



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

FABIANA ALMEIDA MIRANDA

DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA

Salvador
2014

FABIANA ALMEIDA MIRANDA

**DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof. Dr.^a Ana Maria
Fernandes Pitta.

Salvador
2014

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

M672 Miranda, Fabiana Almeida.
Direito à saúde da população em situação de rua/ Fabiana Almeida
Miranda. – Salvador, 2014.
166 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas
Sociais e Cidadania.
Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

1. Direito Sanitário 2. Políticas de Saúde 3. Direito à Saúde
4. População – Situação de rua - Salvador - Bahia I. Título.

CDU 342.7:614(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

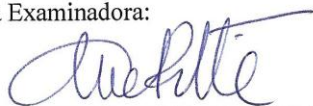
FABIANA ALMEIDA MIRANDA

“DIREITO À 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, 26 de agosto de 2014.

Banca Examinadora:



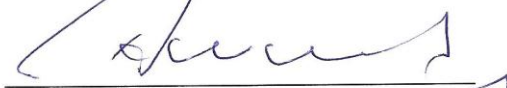
Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta - UCSal – Orientadora



Prof. Dra. . Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima – UFSB



Prof. Dra. Ediná Alves Costa – ISC –UFBA



Prof. Dr. Dirley da Cunha Junior - UCSal

AGRADECIMENTOS

À querida orientadora e professora Ana Pitta, que me acolheu com admirável paciência e sabedoria.

Aos professores Dirley da Cunha e Ediná Costa, pelas valiosas contribuições e embasados ensinamentos.

À minha mãe, Eunice, e ao meu esposo Roberto, pelo apoio diário.

À Juliana Pessoa, maravilhosa amiga e colega que me incentivou e me soergueu todas as vezes em que precisei.

Aos professores e colegas do Programa de Políticas Sociais e Cidadania da UCSAL, pelos momentos vivenciados em sala de aula.

MIRANDA, Fabiana Almeida. **Direito à saúde da população em situação de rua**. 166 f. 2014. Dissertação. (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) Universidade Católica do Salvador (UCSAL), 2014.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo pesquisa a análise da efetivação do direito à saúde da população em situação de rua no Município de Salvador. O trabalho foi iniciado a partir da caracterização da população em situação de rua do Município de Salvador e sua condição face ao direito humano fundamental à saúde. Para tanto, apresentou o conceito, o perfil, as características das pessoas em situação de rua, realçando a sua heterogeneidade, especificidades e os fatores que levam à situação de rua. O direito à saúde da população em situação de rua foi identificado como direito humano, previsto em declarações de direitos, tratados e protocolos de direito internacional, e direito fundamental. Foi acentuado que a situação de rua viola a dignidade da pessoa humana e que em razão do princípio da igualdade, há a necessidade da realização de ações afirmativas para garantir o acesso dos indivíduos em situação de rua aos serviços de saúde. Foi verificado que um Estado que não garanta os direitos sociais de seus cidadãos não se constitui em Democrático de Direito e que, mesmo em situação de rua, o indivíduo tem o direito fundamental de gozar do melhor estado de saúde possível e os poderes públicos têm a obrigação de implantar medidas sanitárias e sociais adequadas para conseguir esse objetivo. Houve a verificação, ainda, de que o conceito de saúde engloba o contexto social em que o indivíduo está inserido e, que por isso, a situação de rua é determinante para a identificação do estado de saúde de uma pessoa que se encontre nessa condição, como também para a formulação de ações de políticas de saúde afirmativas. Foi constatado que o poder público não pode deixar de implementar ações de saúde adequadas e apropriadas às peculiaridades da população em situação de rua, sob o argumento da discricionariedade administrativa, diante da fundamentalidade do direito à saúde. Algumas ações de políticas de saúde para a população em situação de rua foram normatizadas, através de atos administrativos normativos, e constituem-se em normas de direito sanitário, submetidas aos seus princípios e regime jurídico. Como a Organização Mundial da Saúde conceituou saúde como estado de bem estar, físico, mental e social, para a efetivação do direito à saúde da população em situação de rua, deve-se promover também os outros direitos sociais, como a alimentação, a educação, a assistência social, o trabalho e a identificação. Identificou-se as iniquidades em saúde como desigualdades sociais sistemáticas, relevantes, injustas, evitáveis e desnecessárias que prejudicam o exercício do direito à saúde e que, para enfrenta-las, deve-se efetivar ações de políticas de saúde que superem às dificuldades impostas pelo cotidiano da situação de rua. Foi demonstrado que, com a normatização de ações e estratégias para a promoção da equidade em saúde da população em situação de rua houve um grande avanço para o acesso aos serviços de saúde, mas ainda precisa muito a ser feito para a efetivação do direito à saúde desse grupo populacional.

Palavras-chave: Direito Sanitário. Políticas de Saúde. Direito à Saúde. População em situação de rua.

MIRANDA, Fabiana Almeida. **Right to health of the homeless people** (Bahia, Brazil). 166 pp. 2014. Dissertation. (Master in Social Policy and Citizenship) Universidade Católica do Salvador (UCSAL), 2014.

ABSTRACT

This research had as object of study research analyzing the realization of the right to health of the homeless in the city of Salvador. The work was started from the characterization of the population of Salvador Municipality of homelessness and its condition against the basic human right to health. Therefore, the presented concept, the profile, the characteristics of people in the streets, highlighting its heterogeneity, circumstances and the factors that lead to homelessness. The right to health of the homeless was identified as a human right provided for in rights declarations, treaties and international law protocols, and fundamental right. It was pointed out that homelessness violates the dignity of the human person and that because of the principle of equality, there is the necessity of affirmative action to ensure access of individuals on the streets to health services. It was found that a state that does not guarantee the social rights of its citizens does not constitute Democratic rights and that even in the streets, the individual has the fundamental right to enjoy the best possible state of health and the public authorities have the obligation to implement health and social measures to achieve that goal. There was a check, too, that the concept of health encompasses the social context in which the individual is inserted, and that therefore the homeless is crucial to identify the health status of a person in this condition, but also for the formulation of health policies affirmative actions. It was found that the government can only implement appropriate health actions and appropriate to people's peculiarities in the streets, on the grounds of administrative discretion, before the fundamentality of the right to health. Some health policy actions for the people on the streets were normalized through normative administrative acts, and are in sanitary law, subject to the principles and legal framework. As the World Health Organization conceptualized health as well-being, physical, mental and social, for the realization of the right to health of the homeless, one should also promote other social rights such as food, education, social welfare, labor and identification. It was identified health inequities as systematic, relevant, unfair, unnecessary and avoidable social inequalities that affect the exercise of the right to health and to confront them, should be effective health policy action that overcome the difficulties imposed by daily life of the streets. It has been shown that with the standardization of actions and strategies to promote equity in health of the homeless was a great advance for access to health services, but it still needs a lot to be done for the realization of the right to health this population group.

Keywords: Health Law. Health Policy. Right to Health. Homeless People.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSia	Centro de Atenção Psicossocial de atenção à criança e ao adolescente
CIT/MS	Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
GM/MS	Gabinete do Ministro da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei de Orçamento Anual
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNIS	Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PPA	Plano Plurianual
PSR	População em Situação de Rua
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	9
1	INTRODUÇÃO	11
2	QUADRO TEÓRICO	14
2.1	DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COMO DIREITO HUMANO E DIREITO FUNDAMENTAL.....	14
2.2	DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	31
2.3	DIREITO INTERNACIONAL SANITÁRIO.....	50
3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	62
3.1	EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	73
3.2	DETERMINANTES SOCIAIS, PROBLEMAS E DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR	75
3.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DETERMINANTES SOCIAIS, INIQUIDADES E DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR	85
4	POLÍTICAS SOCIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA....	89
4.1	EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	89
4.2	POLÍTICAS NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE SALVADOR.....	96
4.3	SAÚDE, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E DIREITOS SOCIAIS ..	104
5	AVANÇOS, DIFICULDADES E DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	119
5.1	FUNDAMENTOS E DIFICULDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	119
5.2	AÇÕES DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	127
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
	REFERÊNCIAS.....	156

APRESENTAÇÃO

A minha motivação para esse trabalho partiu da necessidade profissional, como defensora pública de direitos humanos do Estado da Bahia, de encontrar estratégias para promover a efetivação de direitos sociais da População em Situação de Rua (PSR).

A Defensoria Pública tem como atribuição constitucional o atendimento jurídico e a defesa dos que dela necessitam. No entanto, a Defensoria Pública do Estado da Bahia não exercia, até 2011, uma atuação institucional voltada para a defesa dos direitos da PSR, contingente populacional obviamente sobremaneira necessitado.

A constatação da imprescindibilidade de um atendimento especializado voltado para esse grupo vulnerável, pela Defensoria Pública baiana, ocorreu a partir do 1º Seminário Nacional sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 01), direcionado aos defensores públicos de todo o país, promovido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em parceria com o Conselho dos Defensores Públicos Gerais e o Ministério da Justiça, realizado em Brasília – DF, entre os dias 29 e 30 de novembro de 2010, objetivando desenvolver estratégias de atuação para levar atendimento jurídico às pessoas que vivem em situação de rua.

Nessa ocasião, os defensores públicos do Estado da Bahia, presentes no seminário, conheceram e mantiveram o primeiro contato com o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR).

Por isso, a partir de 2011, teve início a atuação da Defensoria Pública da Bahia em defesa das pessoas em situação de rua do Município de Salvador, mediante atendimento individual e coletivo, com uma perspectiva de promoção e defesa de direitos humanos individuais e sociais. As pessoas em situação de rua já eram atendidas pela Defensoria Pública baiana, sobretudo, na defesa em processos criminais, quando elas se encontravam privadas de sua liberdade, mas não existia

atuação com uma perspectiva de enfrentamento às violações de direitos humanos, principalmente no tocante aos direitos sociais.

Assim, habilitei-me ao Mestrado em Políticas sociais e Cidadania preocupada com a atuação da Defensoria Pública do Estado em favor da população em situação de rua em face da violação de seus direitos fundamentais. Ao longo do curso de mestrado, houve um recorte do tema, passando a abranger apenas o direito à saúde da população em situação de rua do Município de Salvador.

Busquei fazer um trabalho interdisciplinar, com ênfase no direito, mas coletando informações e dados de outras áreas de conhecimento, principalmente serviço social e saúde, esperando contribuir para o conhecimento desta temática e estimular outras pesquisas interdisciplinares direcionadas às pessoas em situação de rua.

1 INTRODUÇÃO

A relevância do direito à saúde é incontestável, visto que a sua função é preservar a vida ou, muitas vezes, a vida digna, principalmente nos casos de saúde mental. Sua efetivação no ordenamento jurídico brasileiro, é feita através de instrumentos normativos que compõem o chamado direito sanitário.

Quando se fala em direito à saúde ou em direito sanitário da PSR está se tratando das normas que formalizam ações de políticas de saúde criadas para promover a efetivação do acesso à saúde por esse grupo populacional.

Essas normas, criadas para a PSR, vêm formalizadas através de atos administrativos normativos (portarias e resoluções) e pertencem ao sistema jurídico sanitário, obedecendo à sua teoria geral e aos seus princípios.

O direito sanitário é um sistema jurídico, ou seja, um conjunto de normas e princípios próprios, que diferem de outros sistemas, como consumidor e ambiental, ao ter como objeto o direito à saúde e a sua efetivação.

As ações de políticas de saúde para a PSR foram criadas com a finalidade de combater os obstáculos que dificultam o exercício das demandas de saúde desse grupo populacional. Bem como, visam reduzir as iniquidades, ou seja, as desigualdades em saúde, que prejudicam a efetivação do direito da saúde da PSR.

O cenário escolhido para o trabalho foi o Município de Salvador, razão pela qual, a política municipal e a estadual baiana para a PSR foram estudadas, de forma correlacionada com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR).

A finalidade do trabalho é trazer à luz essas normas e descrever o seu conteúdo, analisando-o de forma a extrair o máximo de suas potencialidades para efetivar o direito à saúde da PSR.

Assim, o objetivo da pesquisa é analisar a efetivação do direito à saúde da população em situação de rua no Município de Salvador.

Para isso, pretende-se identificar as políticas públicas de saúde para a população em situação de rua, bem como, discutir os avanços, dificuldades e desafios para a efetivação do direito à saúde desse grupo populacional.

Cabe ressaltar que as normas de direito sanitário da PSR, da mesma forma que os direitos humanos, não foram dados, concedidos pelo poder público. Foram conquistadas pelo MNPR, mediante uma luta social de décadas, que teve como marcos e divisores de água, a chacina da Sé e a publicação do decreto federal nº 7.053 em 2009.

Daí a relevância deste trabalho. Pois da mesma forma, que foi preciso uma luta árdua para que ações de políticas de saúde para PSR fossem previstas em normas legais, é preciso ainda grandes embates, através do movimento social, ladeado, desta vez, pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público, para conseguir aplicar os direitos e as normas na prática, a fim de que se contribua para a efetivação do direito à saúde da PSR.

E para que a Defensoria Pública e o Ministério Público possam realizar o seu dever de promoção do direito à saúde da PSR, é preciso conhecer as iniquidades e demandas de saúde dos seus assistidos e as ações de políticas de saúde, ora normatizadas, e que foram eleitas pelo Ministério da Saúde, para promover esse direito.

Em relação à metodologia do trabalho, optou-se por pesquisa temática ou focal simples, bibliográfica e documental (GIL, 2010, p. 01). Esse trabalho buscou sistematizar a informação disponível para adequá-la a responder ao problema apresentado, sobre o que seja o direito à saúde da PSR. Temática ou focal simples por eleger como objeto uma temática específica, visando o estudo de um fenômeno como contribuição para o debate teórico (VASCONCELOS, 2002, p. 157).

A pesquisa consiste na análise dos regulamentos, legislação e atos administrativos normativos, como decretos, resoluções e portarias, referentes ao direito e às políticas sociais para a saúde da PSR, focando, portanto, em material primário (Constituição Federal, leis, decretos, portarias, resoluções) e em material secundário, no caso a bibliografia já existente para tratar do tema.

A pesquisa é bibliográfica, por se utilizar de textos e dados já publicados, no caso, livros, revistas, teses, dissertações e anais de eventos científicos com conteúdos relacionados ao tema (GIL, 2010, p. 30).

E documental, trabalhando sobre pesquisas e seus relatórios, atos normativos jurídicos, principalmente decretos, resoluções, portarias e planos operacionais de

órgãos federais principalmente oriundos do Ministério da Saúde, do Ministério do Desenvolvimento social e Combate à Fome (MDS), dentre outros órgãos com atuação na temática de população de rua (GIL, 2010, p. 31).

O estudo inicia com a fundamentação teórica e segue caracterizando a população de rua e sistematiza dados coletados de pesquisas referentes ao acesso ao direito à saúde no Município de Salvador.

Em sequência, discorre-se sobre as políticas sociais previstas passíveis de promover a efetivação do direito à saúde da PSR.

A seguir, apresenta-se a descrição de ações de políticas de saúde previstas em normas de direito sanitário, estratégias de efetivação do direito à saúde da PSR e as inferências e reflexões, tendo como base a análise das fontes estudadas e a experiência vivida frente à busca pela efetivação desse direito.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COMO DIREITO HUMANO E DIREITO FUNDAMENTAL

O direito à saúde da PSR é um direito humano e fundamental. Diante disso, é necessário se determinar em que consiste o direito humano e o direito fundamental.

A evolução dos direitos humanos é um processo histórico decorrente de lutas e conquistas sociais, fundamentado nas religiões, na condição inata do ser humano, e na cultura (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 587).

Direitos humanos e direitos fundamentais possuem o mesmo conteúdo. No entanto, a expressão “direitos humanos” é utilizada para se referir a direitos universalmente aceitos, previstos em documentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, enquanto que o termo “direitos fundamentais” foi adotado pelo constituinte nacional para se referir aos direitos humanos escolhidos e selecionados para comporem a Constituição Federal de 1988 (CF/88). A Constituição Mexicana de 1917, por exemplo, nomina os direitos previstos em sua Constituição de “direitos humanos”, enquanto que a Portuguesa de 1974, fala em “direitos fundamentais”¹. Assim, os direitos expressamente relacionados na CF/88 são denominados “direitos fundamentais”², enquanto que os direitos decorrentes de declarações, tratados, pactos ou protocolos internacionais são chamados de “direitos humanos”.

Na Inglaterra medieval encontramos os antecedentes das futuras declarações de direitos humanos que, embora não passassem de normas pertinentes a privilegiar uma classe social específica deixando os demais homens não livres de fora - a

¹ Parte I da Constituição Portuguesa: “Direitos e Deveres Fundamentais”

² Título II da Constituição Federativa do Brasil.

maioria, formada por servos do regime feudal - representaram o nascedouro do reconhecimento formal dos direitos humanos.

A *Magna Carta* (1215) foi o primeiro desses antecedentes, sendo considerada a pedra fundamental da democracia moderna pois, a partir dela, o poder dos governantes pôde ser limitado, não só por normas superiores fundadas no costume ou na religião, mas por direitos subjetivos dos governados. Constituiu-se em um acordo entre o rei João I da Inglaterra, o João Sem Terra (1166-1216), e os barões feudais, em que foram reconhecidas e garantidas certas liberdades aos homens livres do reino inglês e a inviolabilidade dos direitos da Igreja (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 593-595). Na *Petition of Rights* (1628), os membros do Parlamento pediram o reconhecimento de diversos direitos e liberdades para os cidadãos ingleses; o *Habeas Corpus Act* (1679) respondeu às reivindicações de liberdades, suprimindo prisões arbitrárias; e o *Bill of Rights* (1688) firmou a supremacia do Parlamento inglês e a limitação dos poderes reais (SILVA, 1996, p. 152).

O termo direitos fundamentais surgiu na *Declaração de Direitos do Bom Povo de Virginia* (janeiro de 1776), inspirada nas teorias de Locke, Rousseau e Montesquieu, prevendo limitações ao poder estatal, a partir da crença de existência de direitos inatos do homem, desejando-se do Estado que não oferecesse obstáculos ao seu exercício; utilizado também na *Declaração de Independência Norte-Americana* (julho de 1776) e na *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* decorrente da Revolução Francesa (1789) (SILVA, 1996, p. 153-154).

A dignidade da pessoa humana é o núcleo valorativo do neoconstitucionalismo e um dos fundamentos do Estado Brasileiro³, devendo orientar a interpretação e aplicação de todo o ordenamento jurídico nacional.

Neoconstitucionalismo é uma expressão, utilizada pela doutrina, para designar um novo modelo jurídico-político que representa o Estado Constitucional de Direito, surgido a partir de meados do século XX. Por esse moderno pensamento, há o reconhecimento da supremacia do conteúdo material da Constituição, incluindo os valores que a fundamentam, como a liberdade, a igualdade, a fraternidade e, sobretudo a dignidade da pessoa humana, que passam a ser dotados de força normativa, ou seja, com eficácia direta e imediata, estabelecendo deveres de atuação

³ Artigo 1º da CF/88: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana.

para os órgãos de direção política, visando o cumprimento das normas constitucionais (SOARES, 2010, p. 122-124; CUNHA JUNIOR, 2012, p. 38-39)

A dignidade da pessoa humana tem sido uma concepção existente em diversas culturas⁴ ao longo da história, passando pela Antiguidade grega, latina e cristã, pelo Renascimento e pelo Iluminismo da Idade Moderna (SOARES, 2010, p. 129-131).

Porém, em resposta às barbáries e atrocidades cometidas na Segunda Guerra Mundial, o valor da dignidade da pessoa humana passou a ser reconhecida e prevista expressamente, nos textos normativos de direito internacional e nas Constituições nacionais (SOARES, 2010, p. 132-133).

Neste sentido, a DUDH, de 1948, inicia o seu texto com a afirmação de que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (art. 1º).

A partir da CF/88, houve o rompimento do modelo patrimonialista da ordem jurídica nacional (BARRETO, 2012, p. 54) e a dignidade humana passou a ser o fundamento do Estado brasileiro, ou seja, a base, a sustentação, o seu pressuposto, a partir do qual ele se desenvolve.

A proclamação e o reconhecimento da força normativa da dignidade da pessoa humana levaram ao dever de se diligenciar pela efetivação, com a maior amplitude possível, dos direitos fundamentais sociais, tais como, saúde, educação, trabalho, moradia, assistência social. Pois, concretizar os direitos sociais representa proteger a pessoa humana, em face das necessidades de ordem material, garantindo uma existência digna (SOARES, 2010, p. 134-155). Em síntese, a dignidade da pessoa humana ocorre quando se efetiva os seus direitos fundamentais sociais.

Por outro lado, viola-se a dignidade da pessoa humana, quando seres humanos, em extrema pobreza, são forçados a viver em situação degradante ou humilhante; quando uma pessoa é obrigada a mendigar para obter alimentos e outros bens essenciais para a sua sobrevivência; quando sofre práticas discriminatórias, como por exemplo ser impedida de ingressar em algum lugar, ou ter acesso a um serviço público, em razão de sua condição social (DALLARI, 2004, p. 37-40), ou decorrente de seu estado físico, de suas vestes rasgadas, ou por não ter tido condições de tomar banho. Ou seja, a própria condição de ser uma pessoa em situação de rua e as dificuldades que se apresentam em seu cotidiano, caracterizam violação à dignidade da pessoa humana.

⁴ Cultura entendida como “tudo aquilo que é construído pelo homem em razão de um sistema de valores, com o escopo de atender aos seus interesses e finalidades” (SOARES, 2010, p. 129).

E, entendendo a situação de rua, como decorrente da privação do acesso e do exercício dos direitos fundamentais sociais, deve-se realizar o seu enfrentamento, através da promoção dos direitos humanos e direitos fundamentais, sendo a saúde, um dos mais importantes, principalmente, por corresponder à defesa da vida e de sua dignidade.

Aristóteles, na Idade Antiga, já citava que igualdade consiste em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais (MELLO, 2013, p. 10).

A DUDH, em 1948, exprimiu a igualdade em diversos momentos de seu texto, ao falar em “igualdade de direitos dos homens e das mulheres” (preâmbulo), em capacidade para gozar de direitos e de liberdades e de igualdade perante a lei, sem qualquer distinção (artigos 2º e 7º).

Na imensa maioria das Constituições do mundo também está previsto que todos são iguais perante a lei (DALLARI, 2004, p. 46), inclusive na brasileira, no artigo 5º.

Ao se reconhecer que todas as pessoas nascem iguais, está se afirmando que ninguém nasce valendo mais que o outro. No entanto, a sociedade brasileira, trata seres humanos, desde o nascimento, como se fossem diferentes, dando mais oportunidades a uns do que a outros. Por isso, uma criança, no Brasil, que nasce em extrema pobreza, em um subúrbio ou em uma favela, não deverá ter o mesmo acesso aos direitos sociais, como alimentação, saúde, moradia, educação em relação a outra, que tenha nascido em uma família com boas condições financeiras, em um bairro nobre. E essa discriminação, na maioria das vezes, os acompanha a vida inteira (DALLARI, 2004, p. 47-48).

Portanto, não adianta muito falar-se em igualdade, se não for garantida as mesmas oportunidades para todos, desde o nascimento, principalmente no acesso à educação, para que possam partir para a vida em sociedade do mesmo ponto inicial (DALLARI, 2004, p. 50).

Diante disso, a Constituição brasileira não se preocupou apenas com a igualdade formal⁵, promovendo também a igualdade material, ao prever, como objetivo fundamental do Estado, a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III) e a existência digna para todos (art. 170).

⁵ A igualdade formal abrange: igualdade na lei, isto é, nas normas não pode haver distinções que não sejam constitucionalmente autorizadas; e perante a lei, ao se aplicar a lei, deve-se fazê-lo, igualmente sem distinções. Ou seja, tanto o legislador, quanto o aplicador da lei, devem tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida em que se desigualem (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 698).

E como objetivo da ordem social, o bem estar e a justiça social (art. 193) (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 701).

Do princípio da igualdade, em sua dimensão material, decorre o da equidade, em que os serviços de saúde devem considerar que, em cada população, existem grupos sociais que vivem de forma diferente, com seus problemas específicos, distinções no modo de viver, de adoecer e de satisfazer suas necessidades de vida. Destarte, os serviços de saúde devem conhecer quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, diminuindo as desigualdades existentes. Pelo fato da PSR viver em situação de rua, deve-se estabelecer procedimentos, formas de atendimento e diagnóstico flexíveis que considerem inclusive a atenção em meio aberto, para melhor atendê-la. Como explica Varanda e Adorno, implicando na necessidade de “realização de estudos epidemiológicos da população de rua e definições de estratégias e meios específicos que viabilizem o acesso desta população aos recursos de saúde disponíveis” (2004, p. 68).

Objetivando fomentar essa igualdade material, a CF/88 buscou assegurar igualdades de oportunidades a todas as pessoas, ao permitir a adoção de ações afirmativas, “que consistem num conjunto de medidas administrativas e legislativas de política pública que visam compensar desigualdades históricas decorrentes da marginalização social”, como uma “política social de discriminação positiva” (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 701).

As ações afirmativas são necessárias e justificadas para promover a igualdade material, como uma compensação diante de um histórico de marginalização e desigualdade social. A situação de rua, em regra, é resultado da exclusão social, pela falta de acesso aos direitos sociais básicos, como educação, moradia, alimentação e a própria saúde, ou seja, pela privação das capacidades daqueles seres humanos, a quem não foi permitido desenvolver todo o seu potencial, nem a inclusão no mercado produtivo e na sociedade de mercado. Cabe lembrar, ainda, que a maioria da PSR é formada por pessoas negras ou pardas, que sofreram em sua ascendência histórica, a escravidão.

A previsão de ações do Estado específicas para garantir o acesso à saúde da PSR, em razão de suas características, vulnerabilidades e desigualdades em saúde, é considerada ação afirmativa ou discriminação positiva.

A compensação histórica para a PSR foi uma das propostas formuladas no II Encontro Nacional de População em Situação de Rua, em Brasília, no ano de 2009,

que contou com a participação do MNPR e da sociedade civil, e apresentadas na *Carta de Brasília Aberta ao Presidente da República Federativa do Brasil*, nos seguintes termos: “constituição de grupo de trabalho para discutir formas de indenização da população em situação de rua pelas desvantagens sociais a que foi submetida historicamente” (CARTA..., 2009, p. 03).

No entanto, desde a elaboração da Carta, em 2009, não houve vontade política por parte do governo federal para a criação desse grupo de trabalho e para discutir formas de indenização para a PSR.

Isso porque realizar uma política de fato efetiva e eficiente para a PSR, com contornos compensatórios é custosa, posto que a situação de rua é resultado da violação de diversos direitos sociais e, por isso, demanda uma intervenção intersetorial, abrangendo a promoção do acesso à moradia, alimentação adequada, assistência social, saúde, educação etc.

Não obstante, o MNPR conseguiu nos últimos anos, uma série de conquistas e vitórias, representadas pelos atos administrativos normatizados pelas ações de políticas sociais já implementadas. Porém, ainda há muito por ser feito, para que se inicie a elevação das condições dessas pessoas a um patamar de dignidade.

A PSR ainda não tem um peso político forte, nem existe uma exigência por parte da sociedade que reivindique dos gestores a prestação dos direitos sociais para as pessoas em situação de rua.

Na sociedade brasileira, a pobreza e a situação de rua são vistas com naturalidade, como algo comum e rotineiro, e que apenas mereceriam soluções paliativas, e não construído por essa sociedade e que merece ser enfrentado e combatido, a partir de suas causas e fatores.

Também atrapalha a construção dessa política compensatória a falta de alteridade da sociedade e de quem dirige politicamente a gestão pública em relação à PSR, uma vez que a capacidade de empatia decresce a medida em que um indivíduo se distancia socialmente do outro (REIS, 2000, p. 143).

O Estado Democrático de Direito também fundamenta a efetivação do direito à saúde da PSR, pois, para que ele se constitua, como previsto na CF/88⁶, não é suficiente que os direitos humanos sociais estejam previstos expressamente na Constituição Federal, é preciso que sejam cumpridos, se concretizem, se tornem realidade.

⁶ Art. 1º, da CF/88: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]”

Um Estado Democrático de Direito é um princípio fundamental que reúne dois outros princípios: Estado Democrático e Estado de Direito (SILVA, 1996, p. 113; CUNHA JUNIOR, 2012, p. 541).

O Estado de Direito surgiu para limitar o poder estatal, evitando abusos contra os seus cidadãos. Assim, os direitos fundamentais integraram o núcleo material das primeiras Constituições liberais escritas, limitando juridicamente o poder estatal. A noção de Estado de Direito, então, ficou vinculado indissociavelmente aos direitos fundamentais, que poderiam ser exigíveis contra o próprio Estado. Portanto, não se pode falar de Estado de Direito sem mencionar os direitos fundamentais que limitam juridicamente o poder estatal (SARLET, 2012, p. 58).

O primeiro paradigma do constitucionalismo moderno foi o do Estado Liberal, marcado pelo racionalismo iluminista e pela filosofia política liberal, de que se poderia alcançar a Justiça Social a partir de uma distribuição meramente formal de direitos fundamentais (CHAVES, 2008, p. 12-13).

Esses direitos fundamentais, a princípio denominados de direitos humanos de primeira geração e depois de primeira dimensão ou direitos individuais (tais como direito à vida, a liberdade, de ir e vir), apenas exigiam que o Estado se abstinhasse de invadir a esfera jurídica individual do cidadão.

O Estado de Direito tem como protagonista o Poder Legislativo, criador das leis que submetem o Estado e é submetido ao Poder Judiciário, pois os atos legislativos, executivos e judiciais ficam sujeitos ao controle jurisdicional no que tange à legitimidade constitucional e legal (SILVA, 1996, p. 115).

A crise no Estado Liberal se deu no momento em que a ideia de liberdade – principalmente de contratar e de adquirir propriedades – foi insuficiente para sanar a crescente desigualdade social, caracterizada pela exploração econômica das camadas mais pobres.

O Estado de Direito representou um avanço para as sociedades, mas revelou-se insuficiente para assegurar o pleno atendimento das melhorias de condições de vida da população, em sua luta pelo bem estar geral.

O fracasso histórico do modelo do Estado Liberal exigia uma resposta da sociedade europeia, surgindo o modelo de Estado Social como tentativa de atenuar a forte desigualdade provocada pelo capitalismo, sobretudo a partir do término da 1ª Guerra Mundial (CHAVES, 2008, p. 13; 48).

Desta forma, afastando-se de uma visão liberal, passou-se a falar de um Estado Social de Direito que conjugasse os avanços e inovações do capitalismo com a proteção dos direitos sociais dos cidadãos. Por este Estado Social de Direito, o Poder Executivo é o grande protagonista do exercício desses direitos, devendo realizar concreta e diretamente os anseios de bem-estar efetivo para a maioria da população (ALVES e PIMENTA, 2004, p 23).

Para Paulo Bonavides, um Estado de Direito não pode prosperar sem ser também um Estado Social, de preferência com democracia participativa (2013, p. 393).

Em decorrência, visando concretizar esse Estado Social, os direitos voltados à efetivação de políticas sociais, tais como saúde, educação, trabalho previdência e assistência social passaram a integrar as Constituições escritas, ao lado dos direitos civis liberais (CHAVES, 2008, p. 49).

Mas a chegada do Estado Social não alterou as bases econômicas e sociais da sociedade, que continuou capitalista, industrial e individualista (CHAVES, 2008, p. 49).

Com o tempo, no entanto, diante da crise e da dificuldade estatal na implementação de políticas públicas concretizadoras de direitos, disseminou-se um entendimento neoliberal de crise do Estado Social em decorrência de um suposto fracasso na concretização de direitos sociais. Segundo o entendimento liberal, o papel centralizador do Estado em relação às políticas sociais faria com que a máquina estatal, burocratizada e corrupta, não tivesse condições de atender a todas as demandas sociais em crescimento. A saída encontrada pelo neoliberalismo estaria, então, na redução do aparato estatal e no incentivo a iniciativa privada para gerar mais riqueza e distribuição de renda. Ou seja, o retorno aos primórdios liberais. No entanto, não é essa a melhor solução. Evidentemente, houve o crescimento das tarefas do Estado, o que não significa o abandono do dever de cumpri-las. O que se faz necessário é a participação popular na gestão e no controle social das ações governamentais (CHAVES, 2008, p. 15), a fim de se efetivar direitos, reduzindo assim, as desigualdades sociais.

Hoje fala-se em um Estado material de Direito, que revele um Estado em que se crie uma situação de bem estar geral, que garanta o desenvolvimento da pessoa (SILVA, 1996, p. 116), ou seja a sua cidadania, que ocorre quando os direitos fundamentais, inclusive os sociais, são efetivados e não meramente previstos formalmente em Constituições escritas. A realização dos direitos fundamentais é indispensável para legitimar o poder estatal e a própria ordem constitucional.

Os direitos sociais estão indissociavelmente vinculados ao Estado Democrático de Direito. As efetivações dos direitos sociais dependem da existência de um Estado de Direito para exigir dele o seu cumprimento. E o Estado de Direito apenas existe de forma legítima quando realiza e efetiva os direitos sociais.

Não há que se falar em um legítimo Estado de Direito, quando os direitos fundamentais, dentre os quais os sociais, estejam apenas formalizados em um papel que faça parte da ordem constitucional. Pode-se inclusive dizer que o Estado brasileiro é inconstitucional, quando não efetiva os direitos fundamentais sociais inscritos na Constituição Federal (BONAVIDES, 2013, p. 578-580).

Portanto, na atualidade não se pode falar em Estado de Direito se não houver a realização, a efetivação dos direitos sociais. O Estado de Direito se submete à ordem constitucional e jurídica como um todo. A Constituição Federal brasileira dispõe sobre o que são fundamentos do Estado brasileiro (a cidadania e a dignidade da pessoa humana)⁷ e se esses fundamentos não são realizados pelo Estado, este se deslegitima. No momento em que a Constituição Federal brasileira dispõe que são direitos sociais a alimentação, à saúde, a assistência aos desamparados⁸, e ainda temos cidadãos sem acesso à alimentação adequada, à saúde e pessoas em situação de rua sem acesso a moradia, não se tem um Estado de Direito legitimado. Ao contrário, tem-se um Estado “descumpridor” dos direitos.

Ao mesmo tempo, não se pode falar em Estado Democrático sem a realização, a efetivação dos direitos sociais, porque a democracia é conceituada como a realização de valores da convivência humana, como a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa (SILVA, 1996, p. 113). Sem direitos do homem reconhecidos e protegidos não há democracia (BOBBIO, 1992, p. 01).

A democracia que o Estado Democrático de Direito realiza depende de condições econômicas e sociais suscetíveis de possibilitar o seu pleno exercício, através da participação política, no exercício do voto, na possibilidade de ser votado e no controle social das políticas públicas.

⁷ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana.

⁸ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

O Estado Democrático, então, é aquele Estado promotor de Justiça Social (SILVA, 1996, p. 120).

Por isso, quando a CF/88 estatui que a República Federativa do Brasil é um Estado Democrático de Direito⁹, este princípio torna-se um fundamento impositivo dos direitos fundamentais sociais e, por consequência, da efetivação do direito à saúde da PSR.

No entanto, com o Estado sem ser capaz de atender os direitos sociais de sua população, o atual Estado Democrático de Direito brasileiro traz como protagonista o sistema de justiça e seus atores: o Poder Judiciário, através do fenômeno da judicialização da política e dos direitos sociais; e a Defensoria Pública e o Ministério Público com a mesma atribuição de controle de políticas sociais, de forma judicial e extrajudicial. O processo judicial e a atuação extrajudicial dos órgãos do sistema de justiça tornam-se instrumentos que viabilizam a participação política e o exercício da cidadania. A lei deixa de ser vista de forma estática, como regramento e disciplina do *status quo*, devendo exercer uma função transformadora da realidade social (ALVES e PIMENTA, 2004, p. 23).

A resposta para a crise do Estado social, não é o retorno para a política liberal, mas sim uma implementação mais forte do Estado Democrático de Direito, com uma participação mais concreta da participação popular na gestão e no controle das políticas sociais, inclusive através do acionamento de instrumentos essenciais à função jurisdicional como a Defensoria Pública e o Ministério Público, seguidos de um ativismo judicial mais contundente do Poder Judiciário.

O Estado Democrático, portanto, tem que ser visto como um instrumento institucional de concretização de direitos e não como um mero exercício de imaginação ou reflexão sobre o Direito.

Em relação à noção de Estado Democrático, os direitos fundamentais são, ao mesmo tempo, pressupostos, garantias e instrumentos do princípio democrático executado por cada indivíduo, mediante o reconhecimento do direito de igualdade (perante a lei e de oportunidades), por meio do exercício dos direitos políticos, com liberdade e igualdade, com a participação em entidades de controle social, movimentos sociais, exercendo o direito de voto ou como membro de órgão político.

⁹ Art. 1º da CF/88: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

Os direitos fundamentais, com essa conformação, podem ser considerados o fundamento do sentido de Estado Democrático. Mas para que seja um Estado legitimamente democrático é preciso garantir o direito das minorias, como a PSR.

Assim, sem a garantia da realização dos direitos fundamentais sociais não há verdadeira democracia, nem genuína liberdade, nem igualdade de oportunidades, em consequência não há cidadania, nem efetiva participação política.

Um Estado em que os direitos fundamentais sociais não são efetivados não é um Estado Democrático de Direito.

Os direitos humanos são inerentes à própria condição e dignidade humana. Seu conteúdo reconhece e protege os valores e necessidades essenciais a todos os seres humanos, que são iguais para todos, e que devem ser atendidas para que cada indivíduo possa viver com dignidade, como, por exemplo, a vida, a saúde, a liberdade, a alimentação, a educação, a moradia (DALLARI, 2004, p. 12-16; SARLET, 2012, p. 31-33).

O direito à saúde, de qualquer pessoa, esteja ou não em situação de rua, é um direito humano, previsto em documentos internacionais, como na DUDH, no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, sociais e Culturais (PIDESC) e no Protocolo de San Salvador.

Os direitos humanos, como o da saúde, apresentam algumas características, que devem ser mencionadas. A historicidade, por exemplo, decorre de que os direitos humanos são frutos do processo histórico, de luta e conquistas. Como corolário da historicidade, é proibida a supressão de direitos – ou seja, a proibição de retrocesso: “direitos já reconhecidos na ordem jurídica não podem ser suprimidos pelos governantes, pois isto implicaria um retrocesso em detrimento das conquistas históricas da Humanidade” (BARRETTO, 2012, p. 27). Assim, uma ação de política de saúde que promova a equidade para a PSR conquistada, não pode ser abandonada, nem sofrer solução de continuidade por parte do poder público.

Segundo a universalidade, o direito à saúde, como todo direito humano, se destina a todas as pessoas, mesmo que esteja em situação de rua, sem qualquer tipo de discriminação. O universalismo também “denota que o respeito aos direitos humanos é uma questão mundial” (BARRETTO, 2012, p. 28). A universalidade pode ser ilustrada na DUDH que enuncia direitos comuns a todos os seres humanos pela simples condição humana e que todos os seres humanos merecem respeito e dignidade (BARRETTO, 2012, p. 28). O direito à saúde, no Brasil, e o seu Sistema

Único de Saúde (SUS) também tem como um dos seus princípios essenciais, a universalidade (art. 196, CF/88; art. 7º, inciso I, da lei nº 8.080/90).

A universalidade trouxe para o SUS a noção de cidadania como elemento norteador da política de saúde (FERRAZ e VIEIRA, 2009, p. 239). Pois, antes de 1988, o acesso ao serviço de saúde estava vinculado à contribuição previdenciária dos indivíduos. Com a universalidade, o SUS tornou-se a maior política social do país, ao promover o acesso à saúde a todos. Agora, cabe às políticas de promoção da equidade garantir o acesso universal a quem sofre com as desigualdades em saúde, como a PSR.

A imprescritibilidade significa que a pretensão de exigir o respeito e a efetivação dos direitos humanos não se esgota pelo passar dos anos (BARRETTO, 2012, p. 35). Por isso, a todo tempo e momento, a Defensoria Pública e o Ministério Público podem exigir a prestação do direito à saúde para os indivíduos em situação de rua.

A unidade, indivisibilidade, complementaridade e interdependência explicam que os direitos humanos devem ser compreendidos como um conjunto, como um bloco único, indivisível e interdependente” (BARRETTO, 2012, p. 36), estando ligados uns aos outros (PAGLIUCA, 2010, p. 20). Como se vê na prática, com o direito à saúde da PSR, é impensável se promover a saúde, sem uma atuação intersetorial visando a efetivação de outros direitos sociais, como a assistência social, a alimentação adequada, a moradia, a identidade, a inclusão produtiva.

Pela efetividade, deve haver por parte do Estado, instrumentos e mecanismos de controle e eficácia para se garantir a efetivação dos direitos humanos (PAGLIUCA, 2010, p. 20). No caso, o controle social pode ser realizado pelo MNPR, e pelos seus instrumentos, como os órgãos Defensoria Pública e Ministério Público.

Os direitos humanos não surgiram todos ao mesmo tempo. Apareceram em gerações, ou mais modernamente falando, em dimensões, em que um grupo de direitos não substituiu, nem sucedeu o outro, mas interagiu com o anterior, havendo uma expansão e acumulação de direitos, que se entrelaçaram em uma unidade (PIOVESAN, 2002, p. 150).

A chamada primeira dimensão ou geração dos direitos humanos tem como núcleo axiológico a liberdade (COMPARATO, 2008, p. 49) e origem histórica nos séculos XVII e XVIII, possuindo como referências legislativas o *Bill of Rights* de 1688 e a *Declaração de Direitos do Bom Povo da Virginia* de 1776. Essa primeira dimensão é formada por liberdades públicas, direitos civis e políticos, como os direitos à

liberdade e à vida, desejando-se do Estado apenas que não oferecesse obstáculos ao exercício desses direitos.

A segunda dimensão tem como valor a igualdade, surgindo no final do século XIX e no início do século XX, através dos direitos econômicos, culturais e sociais, como o direito à educação, à saúde, ao trabalho, exigindo-se, desta vez, do Estado uma atuação, que promovesse, efetivasse esses direitos.

A terceira dimensão dos direitos humanos aparece após a Segunda Guerra Mundial fundada nos princípios da solidariedade (COMPARATO, 2008, p. 57-58) e da fraternidade (SARLET, 2012, p. 48; BONAVIDES, 2013, p. 587), abrangendo direitos coletivos e difusos, como os como o direito ambiental, o direito do consumidor (BURGER; BALBINOT, 2008, p. 31). Abarcando ainda os direitos à paz, a autodeterminação dos povos, ao desenvolvimento, ao patrimônio comum da humanidade, ao direito de comunicação (SARLET, 2012, p. 48; BONAVIDES, 2013, p. 588).

Os direitos de quarta dimensão são aqueles relacionados ao patrimônio genético, à biotecnologia e à bioengenharia, tratando de questões sobre a vida e a morte, ensejando uma discussão ética prévia (ORDACGY, 2008, p. 88). A globalização política também introduz direitos, tais como, à democracia, à informação, ao pluralismo (BONAVIDES, 2013, p. 590).

Os direitos de quinta dimensão representam os direitos advindos da realidade virtual, como os direitos dos sistemas informatizados e de comunicação (ORDACGY, 2008, p. 88). Para Paulo Bonavides, a paz, é o direito de quinta dimensão, compreendido como condição indispensável ao progresso de todas as nações e premissa da democracia, no caso, a democracia participativa, com seus valores de igualdade e de justiça social (2013, p. 598-613).

A evolução histórica e as dimensões ou gerações dos direitos humanos servem para a compreensão da importância axiológica do direito à saúde, direito humano de segunda dimensão, que se encontra no mesmo grau de importância de todos os outros direitos da mesma e das outras dimensões.

Embora inerentes ao ser humano, foi somente com as declarações solenes, com a sua clareza e a precisão, que os direitos humanos passaram a ser formalmente reconhecidos (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 591).

A DUDH, o Pacto Internacional de Direitos Civis e o PIDESC são os três mais importantes documentos do sistema global, formando a Declaração Internacional de Direitos (*International Bill of Rights*), que corresponde ao sistema geral de proteção

aos direitos humanos, enunciando direitos assegurados a toda e qualquer pessoa (BARRETTO, 2012, p. 136-137).

Declaração é “um acordo que defende ou afirma um princípio” (PAGLIUCA, 2010, p. 26). A DUDH de 1948, pela primeira vez, afirmou princípios e valores básicos dos direitos humanos no mundo, universalizando sua proteção, o que ainda não havia acontecido no cenário mundial (BARRETTO, 2012, p. 127).

A partir da DUDH a proteção aos seres humanos deve ser compreendida a partir da mera condição humana, sem qualquer condicionante, nem discriminação, pelo simples fato de possuírem dignidade humana, fundamento maior dos direitos humanos e da própria Declaração (BARRETTO, 2012, p. 127-128). A DUDH é considerada o documento internacional mais importante em matéria de direitos humanos, por ser a fonte matriz de todos os sistemas de direitos humanos, uma espécie de “Constituição mundial” (BARRETTO, 2012, p. 128). A DUDH, em seu artigo XXV estatuiu:

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médico e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Verifica-se, nesse dispositivo, a previsão expressa ao direito à saúde e aos cuidados médicos, bem como direito à segurança ou à assistência em caso de desemprego ou qualquer hipótese de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle, o que abrangeria, as pessoas que, por qualquer motivo estivessem em situação de rua, antevendo uma conexão intrínseca entre o direito à saúde e o direito à assistência social.

Ressalte-se que o direito à saúde e o direito à assistência das pessoas que estejam em situação de rua encontram-se, desde a DUDH, garantidos em um documento internacional de declaração de direitos. A DUDH adotada e proclamada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 foi assinada pelo Brasil na mesma data. O reconhecimento desses direitos sociais no texto da Declaração suscitou questionamentos internacionais acerca da efetivação de tais direitos no plano interno dos Estados (BARRETTO, 2012, p. 132).

Por força do artigo 10 da Carta das Nações Unidas, que prevê a possibilidade da Assembleia Geral das Nações Unidas fazer recomendações aos seus membros, a

DUDH seria uma mera recomendação, não tendo, em tese, força vinculante, não poderia portanto, se exigir dos países o seu cumprimento. No entanto, como recomendação, ela é a fonte de interpretação de todo o direito internacional dos direitos humanos. Isso significa que, na interpretação dos tratados internacionais¹⁰, as cortes internacionais utilizam a DUDH (BARRETTO, 2012, p. 132- 133).

Por outro lado, tem-se entendido que a vigência dos direitos humanos independe de sua declaração em constituições, leis e tratados internacionais, porque se está diante da exigência de respeito à dignidade da pessoa humana. Além disso, há o reconhecimento de que os direitos humanos, como direitos de cunho internacional, são também constituídos de costumes e princípios gerais de direito, que são normas que vinculam os Estados (COMPARATO, 2008, P. 56-63). Nesses termos, como princípios fundamentais de direitos humanos, os direitos previstos na DUDH seriam imperativos, obrigando o Estado brasileiro a garanti-los.

De qualquer maneira, portanto, a DUDH e a sua previsão de que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem estar, não é um pedaço de papel sem valor. Ela é resultado do reconhecimento do outro, como pessoa humana, como consequência do assombro diante da violência e do genocídio ocorrido nas duas Grandes Guerras mundiais. Esse reconhecimento do gênero humano (ESPINHEIRA, 2002, p. 218) foi materializado na DUDH. Não reconhecer sua relevância, significa retroceder.

O direito à saúde é reconhecido e bem fundamentado em normas internacionais e na CF/88. A missão atual no que tange aos direitos fundamentais sociais, como o da saúde, é efetivá-lo (BOBBIO, 1992, p. 24).

No Brasil, o direito à saúde é previsto no artigo 6º da CF/88, juntamente com outros direitos fundamentais sociais: a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, além da assistência aos desamparados.

No entanto, como esses direitos sociais demandam uma prestação positiva do Estado e necessitam do aporte de recursos materiais e humanos para serem

¹⁰ “Enquanto os tratados são reconhecidos como juridicamente obrigatórios, como instauradores de normas cogentes, vinculantes, as resoluções são qualificadas como meras recomendações, como instituidores de normas diretas, mas não juridicamente vinculativas” (BARRETTO, 2012, p. 132).

efetivados, passou-se a questionar e duvidar da eficácia desses dispositivos constitucionais¹¹ (SARLET, 2002, p. 02).

Por isso, com o advento da CF/88, o posicionamento predominante da doutrina jurídica era de que as normas constitucionais tinham graus de eficácias jurídicas diferentes. Eficácia jurídica¹², aqui entendida como a qualidade do texto normativo de produzir ou irradiar, no seio da coletividade, efeitos jurídicos concretos, que consistiriam na observância e obediência das normas pelas pessoas a quais elas se dirigem. Eficaz também é a norma adequada à realidade social e aos valores vigentes na sociedade (DINIZ, 1997, p. 30-31).

Os constitucionalistas mais tradicionais classificam as normas constitucionais, quanto à eficácia, em: a) de “eficácia plena”, com aplicabilidade direta, imediata e integral; b) “contida”, com incidência imediata, mas de forma limitada; e c) “de eficácia contida”, sujeitas a restrições dependentes de regulamentações. Neste contexto, os direitos fundamentais sociais, como o da saúde, eram considerados de eficácia contida, pois dependentes de normatização de políticas públicas – outras regulamentações - para a sua efetivação. Esses direitos não reuniriam condições de integral aplicação imediata, demandariam transformações da ordem jurídica, das estruturas sociais, e ficaria ao alcance apenas do poder legislador a decisão de quando e de concretizar ou não essas normas. (DINIZ, 1997, p. 114; BASTOS, 1998, p. 57; SOARES, 2010, p. 150-151). E se o legislador não tivesse essa vontade, o direito não produziria efeitos práticos.

Assim, a partir desse entendimento de que a previsão do direito à saúde seria uma norma de eficácia contida, não caberia à sociedade buscar a efetivação desses direitos, apenas aguardar pacientemente a vontade do Poder Legislativo, para que criasse normas que promovessem de maneira expressa e de forma irrestrita as regras suficientes para concretizá-lo plenamente. Não se poderia, a partir deste

¹¹ Mesmo havendo um dispositivo previsto no artigo 5º, § 1º, da CF/88 que ao dispor “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” previa que todos os direitos previstos na Constituição, como o da saúde, tinham aplicabilidade imediata. Os constitucionalistas tradicionais consideravam que essa aplicabilidade imediata – eficácia - dividia-se em graus, que poderiam limitar, restringir essa aplicabilidade.

¹² Ao longo deste capítulo, toda vez que a pesquisadora se referir a “eficaz”, estará se referindo à eficácia jurídica, neste momento conceituada. Como a eficácia tratada neste capítulo é a jurídica, seu conceito é diferente do que é adotado no capítulo 7, deste trabalho. Uma vez que neste capítulo 7, o conceito de eficácia é originário de noções de gestão pública.

entendimento, cobrar a sua efetivação judicialmente, por lhe faltar uma regulamentação posterior.

Atualmente, o entendimento dos constitucionalistas evoluiu: a CF/88 não consiste em um catálogo de palavras com boas intenções; ao contrário, é uma Constituição transformadora e que não veio ao mundo apenas para estruturar o Estado e impor limites ao governo, mas que tem uma pauta de transformação social.

E se uma norma jurídica não puder ser judicializada, ou seja, se não puder ter a sua efetividade cobrada no Poder Judiciário, não é norma, não é direito. É um conto de ficção, um conto da carochinha.

O posicionamento doutrinário e jurisprudencial atual dos constitucionalistas é no sentido de que as normas definidoras de direitos fundamentais sociais, como o artigo 6º da CF/88, que prevê o direito à saúde, têm aplicabilidade imediata, de forma plena, independente do seu grau de eficácia, não dependendo de qualquer interposição do legislador para alcançarem a efetividade ou eficácia social¹³, obrigando diretamente as entidades e órgãos públicos, podendo, sua concretização, ser cobrada judicialmente a qualquer tempo (SARLET, 2002, p. 03; CUNHA JUNIOR, 2012, p. 656).

Os poderes públicos, no desempenho de suas funções, devem respeitar e promover o direito à saúde, sendo vedada quaisquer ações que limitem ou contrariem o exercício desse direito (MAUES e SIMÕES, 2001, p. 479).

A Defensoria Pública e o Ministério Público estão se transformando para buscar a efetivação do acesso a esses direitos, exigindo-os, de forma extrajudicial e judicial e, os juízes, encontram-se mais ativos, dando a real eficácia a essas normas.

No entanto, essa atuação é feita, na maioria das vezes, através da individualização dos casos. Examina-se caso, por caso, requerendo, judicialmente, o direito à saúde de cada indivíduo com as suas particularidades, efetivando o direito para aquela pessoa determinada. No caso da PSR, há uma necessidade de se buscar a efetivação do direito à saúde da coletividade em situação de rua, que possui características essenciais que a define como um grupo distinto de outros vulneráveis, e que, por isso, exige peculiaridades na viabilização do acesso e na prestação do serviço de saúde.

¹³ Também, em face do previsto no artigo 5º, § 1º, CF: § 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

2.2 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Saúde vem do latim *salute*, que significa salvação ou conservação da vida e é ordinariamente conceituada como ausência de doença. Essa concepção, embora precisa, é insuficiente para abarcar o conceito de estado de saúde que abrange também, por exemplo, o bem estar psíquico (DALLARI e NUNES JUNIOR, 2010, p. 07).

Uma definição mais ampla é a da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão especial criado pela Organização das Nações Unidas, que, em seu preâmbulo, conceitua a saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade, considerando ainda, a saúde, como um princípio básico para a “felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos”¹⁴.

Essa concepção foi um avanço social em relação ao conceito de ausência de doença, pois a saúde passou a depender de fatores individuais, físicos e psicológicos, sendo representada como resultado da harmonia existente entre a pessoa suas relações interpessoais e o seu ambiente social, cultural, econômico, religioso (AITH, 2007, p. 45-46; DALLARI e NUNES JUNIOR, 2010, p. 09-10).

A importância do conceito na Constituição da OMS serve como fundamento para se exigir do Estado brasileiro, país-membro dessa organização, a implantação de políticas sociais para efetivar o direito à saúde da população de rua, nos termos ali referidos. Porque em seu preâmbulo também expressamente é dito que é direito fundamental de todo ser humano gozar do melhor estado de saúde que é possível

¹⁴ Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946: “Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança; A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos. O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento. A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde. Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos. Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas”.

atingir, através do acesso aos benefícios dos conhecimentos médicos e psicológicos, sem qualquer distinção, incluindo aí a condição econômica ou social. Assim, mesmo em situação de rua, o indivíduo tem o direito fundamental de gozar do melhor estado de saúde possível e os governos têm a responsabilidade de estabelecer medidas sanitárias e sociais adequadas para conseguir esse objetivo.

Saúde, então, passou a ser entendida como resultado de um conjunto de fatores que leva a um bem estar social. É a conclusão também da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada entre 17 a 21 de março de 1986, formalizada em seu relatório final, ao definir saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 04).

O preâmbulo da Constituição da OMS deve ser usado como fundamento para se exigir a efetivação do direito à saúde da população em situação de rua, em virtude de suas disposições serem consideradas como princípios do conjunto de normas internacionais de direitos humanos. E, no sistema de direitos humanos, como em qualquer sistema jurídico, princípios e costumes devem ser respeitados pelos Estados signatários, como o Estado brasileiro.

No entanto, como afirmam Sueli Dallari e Vidal Serrano Nunes Junior, os dois conceitos de saúde, servem como pontos de partida para se tratar do tema. O da ausência de doença, porque deixa claro que a assistência à saúde é direito subjetivo¹⁵ do indivíduo, tanto para a sua prevenção, como para o seu tratamento. A definição da OMS, em razão de identificar a saúde como um bem jurídico¹⁶ que abrange o bem estar físico, psíquico e social (DALLARI e NUNES JUNIOR, 2010, p. 11).

Sueli Dallari e Vidal Serrano Nunes Junior acabaram por definir a saúde, do ponto de vista jurídico, como

[...] o bem fundamental que por meio da integração dinâmica de aspectos individuais, coletivos e de desenvolvimento visa assegurar ao indivíduo o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social (DALLARI e NUNES JUNIOR, 2010, p. 13).

¹⁵ Direito subjetivo é a faculdade de agir, o poder que o titular do direito tem de fazer valer o seu direito, podendo exigir o seu exercício judicialmente, se for violado. É o poder de exigir ou pretender de alguém um comportamento específico, previsto em lei (FARIAS e ROSENVALD, 2006, p. 04-05). Em relação ao direito à saúde, é direito subjetivo, porque o seu titular, seja indivíduo ou grupo populacional, como a PSR, tem o poder de exigir do Estado que preste a assistência à saúde.

¹⁶ Bem jurídico é aquele que pode servir como objeto de relações jurídicas, isto é, pode ser objeto de direitos subjetivos (FARIAS e ROSENVALD, 2006, p. 306). A saúde é um bem jurídico, porque é objeto do direito à saúde, que, por sua vez, é direito subjetivo, tendo em vista que pode ser exigido judicialmente, se for violado.

Embora, o aparecimento de doenças esteja mais ligado a características e fatores individuais, não deixa também de se vincular aos fatores sociais e às decisões políticas (DALLARI e NUNES JUNIOR, 2010, p. 13). No mesmo sentido, para Fernando Aith, a saúde é um resultado da harmonia existente entre a pessoa e seu entorno social, cultural e religioso (2007, p. 46).

Como o contexto social em que está inserido o indivíduo é elemento essencial da definição do seu estado de saúde, constata-se que as condições do cotidiano das ruas são impactantes na identificação do estado de saúde da PSR, bem como para o processo de saúde, doença e cuidado e para a formulação de estratégias de políticas de saúde para esse grupo populacional.

Na Antiguidade, a saúde pública já era preocupação dos romanos, existindo uma medicina pública a cargo de médicos contratados pelas cidades para tratar dos doentes que não detinham condições financeiras para custear um tratamento, em postos de saúde para escravos e em hospitais de caridade para mendigos e indigentes. Inclusive para os povos conquistados pelo Império Romano, havia a previsão de um tratamento de saúde destinado aos pobres (AITH, 2007, p. 52-53).

Na Idade Média, por outro lado, a remoção de mendigos e prostitutas, era considerada ação de saúde pública, da mesma forma que o controle de hospitais e da profissão médica e a fiscalização dos cemitérios e das fontes de água potável (AITH, 2007, p. 55).

No Renascimento, como consequência da experiência com as epidemias, a saúde pública foi caracterizada pela preocupação em prestar cuidados aos doentes pobres em seus domicílios ou em hospitais, mas tal fato ocorreu para aumentar o poder das cidades europeias em matéria de higiene e o controle sobre as pessoas, tanto que nesse período se define, na Alemanha, a ideia de polícia médica (DALLARI, 2003, p. 39-40).

Com o Iluminismo e a sua filosofia de que a razão é o único caminho para a sabedoria, ocorre a ampla aceitação da obrigação do Estado de controlar o exercício das práticas médico-cirúrgica e farmacêuticas, o combate ao charlatanismo e a regulamentação do ensino médico. Ao mesmo tempo, houve o estímulo à drenagem de pântanos e à abertura de canais, favorecendo a prevenção de epidemias (DALLARI, 2003, p. 41).

A noção contemporânea de saúde pública começa a surgir no Estado Liberal burguês do final do século dezoito. Mas, a assistência pública, abrangendo a

assistência social propriamente dita, através, por exemplo, do fornecimento de alimentação e de abrigo aos desamparados, e a assistência médica, continuou a ser considerada de responsabilidade da vizinhança, das pessoas próximas. O Estado apenas se envolvia se a ação das comunidades locais fosse insuficiente (DALLARI, 2003, p. 41).

Contudo, a proteção da saúde é elevada a *status* constitucional no Estado Liberal, passando a regulamentação das atividades de interesse da saúde e a polícia de saúde a observar às primeiras leis que, nesse período, passaram a vigorar (DALLARI, 2003, p. 41).

A partir da segunda metade do século XIX, a higiene se torna um saber de interesse social, tornando a saúde pública uma prioridade política. Passa a haver uma atenção maior relativa à saúde dos mais pobres, com a disseminação da relação entre a saúde do indivíduo e as suas condições de vida, a modificação generalizada dos hábitos de higiene. As descobertas de Pasteur e a vacinação provocam uma revolução, com as ideias de prevenção de doenças (DALLARI, 2003, p. 42).

No início do século XX, a proteção sanitária passa a ser considerada política de governo, com três formas de prevenção, sendo a primeira delas conhecida como primária, que trata da eliminação de causas e condições de aparecimento de doenças, através de uma intervenção no ambiente, como por exemplo, saneamento básico e segurança nas estradas, ou mediante uma atuação sobre o comportamento humano individual, com o estímulo ao exercício e à dieta, por exemplo. A secundária ou prevenção específica visa prevenir o aparecimento de determinada doença, por meio de vacinação, ações de controle sanitário, investigação de sinais de uma doença numa dada população. A terciária tem como objetivo evitar incapacidades crônicas ou recidivas (DALLARI, 2003, p. 42).

Após a Segunda Guerra Mundial, houve o reconhecimento de que a saúde de uma população está vinculada às suas condições de vida e de que comportamentos humanos podem representar uma ameaça à saúde da coletividade e, por consequência, à segurança do Estado (DALLARI, 2003, p. 43).

O Estado do Bem-Estar Social da segunda metade do século XX se responsabiliza, então, pela implementação da prevenção sanitária, instituindo sistemas de previdência social, que prestam assistência à saúde dos doentes e organizam a prevenção sanitária. Inicialmente há uma distinção entre assistência social, voltada para os mais pobres e custeada com fundos públicos, e previdência

social, restrita aos trabalhadores. Entretanto, logo se consagra o conceito de seguridade social, abrangendo os subsistemas da assistência social, da previdência e da saúde, como ocorre na CF/88 (art. 195) (DALLARI, 2003, p. 42).

No final do século XX, tem-se uma visão da saúde pública, impactada pelo fracasso das políticas públicas de prevenção, na tentativa de superar os limites impostos pela exclusão social, e em face da confirmação da importância decisiva dos comportamentos individuais no estado de saúde (DALLARI, 2003, p. 43).

Além disso, a ideologia neoliberal levou a uma diminuição do Estado, passando as atribuições relacionadas às questões de saúde para grupos e associações privadas e para a responsabilidade do próprio indivíduo. Um exemplo é o caso da AIDS em que, na maioria dos países, prevalece a ideia de que a proteção contra a doença é de responsabilidade do indivíduo e que grupos, de doentes, familiares, amigos, a iniciativa privada devem prestar a assistência à saúde, devendo o Estado apenas cuidar do controle da qualidade do sangue, um dos fatores que causa a enfermidade, mas não o único. “Reforça-se, assim, o papel dos comportamentos individuais e não se questionam as estruturas econômicas e sociais subjacentes” (DALLARI, 2003, p. 43).

Sob essa concepção, é responsabilidade do indivíduo cuidar da própria saúde, por exemplo, se alimentando de forma saudável, praticando atividade física, visitando o médico regularmente e controlando o estresse.

A política de que cabe ao próprio indivíduo prevenir males à sua saúde não é apropriada para as pessoas em situação de rua, pois, abandonadas à própria sorte, sobrevivendo em condições completamente adversas e impeditivas, em que todos os seus esforços físicos e mentais são direcionados a garantir a própria sobrevivência, não têm condições de pensar em cuidados próprios, nem de cuidar de mazelas que as afligem, mas não as incapacitam para o trabalho.

Sendo imprescindíveis para as pessoas em situação de rua ações de saúde de discriminação positiva, tais como, assistência à saúde realizada nas ruas, mediante equipes itinerantes; o conhecimento, pelas entidades socioassistenciais, das necessidades de saúde de cada usuário, para que possa, por exemplo, fornecer a alimentação adequada para diabéticos e hipertensos ou ficar responsável por administrar medicamentos, nas horas prescritas.

O conceito de saúde pública encerra diversos significados. Podendo se referir à uma realidade epidemiológica, ao estado geral de saúde de uma população, à atividade estatal para a administração da saúde, ao campo de conhecimento

organizado dentro do direito sanitário (AITH, 2007, p. 50-51), ou ainda ao controle do comportamento dos indivíduos, pelo Estado, visando impedir qualquer ação nociva à saúde da coletividade (DALLARI, 2003, p. 47).

Adota-se neste trabalho, a concepção de que problema de saúde pública é “aquilo que disser respeito ao bem estar de uma coletividade e que demandar uma intervenção coletiva” (AITH, 2007, p. 58).

Na escolha, pelo Estado, do problema de saúde pública a ser tratado, deve ser considerada a sua frequência, gravidade, características da população atingida, relação entre custo e eficácia das medidas de prevenção e tratamento e principalmente, a sua relevância política (AITH, 2007, p. 58). Assim, quando se utiliza apenas técnicas de saúde pública, analisa-se a frequência com a qual o problema acontece, se é grave, se a população atingida é numerosa e se a relação entre custo e eficácia das medidas de prevenção é alto.

Entretanto, mesmo que não estejam presentes esses fatores, a questão de saúde pode ser escolhida por razões políticas, como ocorre hoje no Brasil, com a ênfase nas políticas relacionadas com o abuso de substâncias psicoativas ilícitas, por ser considerado politicamente um perigo social (AITH, 2007, p. 59) e que repercute negativamente em relação à PSR que faz uso de substâncias psicoativas.

A saúde da PSR passou a ser interesse do Estado brasileiro apenas em razão da luta dos movimentos sociais envolvidos com a causa. Embora, algumas questões, como a toxicomania das pessoas em situação de rua ainda seja tratada mais como caso de polícia do que de saúde pública, como demonstram políticas de internação compulsória adotadas em Estados como São Paulo e Rio de Janeiro (ELIAS, 2012, p. 01).

Assim, ao se falar de saúde pública, também estará se tratando das questões de saúde, escolhidas pelo governo para sofrerem intervenções, através de políticas públicas de saúde. Para se efetivar o direito à saúde da população de rua, é preciso, primeiramente, se traçar estratégias para que essa questão seja eleita, dentre tantas outras, pela administração pública para estar na agenda política como umas das prioridades de saúde pública.

Essas estratégias devem passar pela mobilização da sociedade - tarefa especialmente difícil, diante do preconceito social contra as pessoas em situação de rua, estigmatizadas e rotuladas como “vagabundas”, “drogadas” e “preguiçosas” - e dependem do embate incansável da sociedade civil organizada, especialmente do MNPR.

Também pela atuação dos órgãos do sistema de justiça, Defensoria Pública e Ministério Público, ladeando o MNPR, que devem, cada vez mais, fazerem-se presentes em espaços até então não frequentados, como: reuniões de planejamento de políticas de saúde das secretarias estaduais e municipais de saúde; de decisões orçamentárias das secretarias de planejamento local; e nas comissões, inclusive orçamentárias, das casas legislativas. Sem esquecer a atuação judicial, aproveitando o ativismo dos juízes na área de saúde, fundamentando-se na Constituição Federal, documentos internacionais de direitos, legislação, atos normativos administrativos, quando existirem, e no não cabimento, no caso, da discricionariedade administrativa, por se tratar de violação de direito fundamental social.

O administrador público é obrigado pela Constituição Federal a cumprir suas determinações e objetivos fundamentais, devendo, quando houver alguma necessidade material a ser satisfeita, prestar a política social concretizadora do direito fundamental respectivo.

A discricionariedade significa a possibilidade que o gestor público tem de examinar a oportunidade e a conveniência na prática de um ato administrativo quando existir verdadeiramente a faculdade de escolha, diante de uma variedade de opções para sua realização, dentro de uma margem de decisão. Porém, o administrador não tem a liberdade de decidir não prestar um direito fundamental, (ARRUDA, 2012, p. 04), principalmente, quando se trata da PSR, cuja mera existência viola o princípio norteador do ordenamento jurídico brasileiro e da DUDH, a dignidade da pessoa humana, além de praticamente todos os direitos sociais.

Quando se está lidando com políticas públicas sociais prestadoras de direitos fundamentais, há uma severa limitação constitucional à discricionariedade do gestor público. No momento em que a Constituição ordena a prática da política materializadora do direito social, a omissão estatal consiste em uma ofensa inaceitável aos ditames constitucionais e internacionais de direitos humanos. Não existe discricionariedade administrativa quando se trata do cumprimento de normas constitucionais de direitos fundamentais e internacionais de direitos humanos (ARRUDA, 2012, p. 05).

A Constituição Federal determina a efetivação de suas normas, a concretização de seus mandamentos, para que a sociedade, abrangendo os administrados, os cidadãos, possam ter seus direitos sociais atendidos (ARRUDA, 2012, p.13) e a dignidade humana preservada.

Desta forma, não deve o Estado omitir-se de prestar a assistência à saúde da forma mais adequada e apropriada para a PSR, alegando a discricionariedade administrativa, ou seja, que não seria oportuno, nem conveniente para o administração pública implantar ou implementar uma determinada ação de saúde para esse grupo populacional. O ordenamento jurídico nacional e internacional não permite esse posicionamento estatal.

O direito à saúde é direito fundamental social previsto na Constituição Federal e direito humano, normatizado em declarações de direitos, tratados e protocolos, como, a DUDH, o PIDESC e o Protocolo de San Salvador. Dentre outras, possui como características ser um direito fruto de conquistas históricas. Universal, irrenunciável, inalienável, imprescritível, uno, indivisível, exigível, complementar e interdependente dos demais direitos humanos e fundamentais.

Direito à saúde pode ser entendido, através das suas dimensões subjetiva e objetiva. Em sua dimensão subjetiva, consiste em uma posição jurídica do indivíduo que o faculta a exigir do Estado uma prestação positiva, de efetivação do direito, seja através de uma política pública, de um atendimento médico ou da disponibilização de um medicamento de alto custo, por exemplo.

Em sua dimensão objetiva, o direito à saúde consiste nas normas que tratam da saúde, a grosso modo, seria o que está escrito na Constituição ou na legislação, abrangendo as leis e os atos administrativos normativos, garantindo o exercício e a proteção a esse direito.

O direito à saúde não se confunde com o direito sanitário.

Direito sanitário é um ramo do direito, que tem por objeto disciplinar as ações, a organização e o funcionamento dos serviços públicos e privados e das instituições de interesse à saúde. É formado pelo conjunto de normas jurídicas (regras e princípios) de promoção, prevenção e recuperação da saúde para a efetivação do direito à saúde (AITH, 2007, p. 92; DALLARI, 2010, p. 48).

Constitui-se em um microsistema jurídico, com regime próprio de princípios que sistematiza e harmoniza suas regras. Tem como fundamento o direito à saúde, previsto na Constituição Federal e em documentos internacionais. Os dispositivos que regulam o direito sanitário no Brasil estão distribuídos em leis e normas infralegais¹⁷ esparsas.

¹⁷ Normas infralegais são atos administrativos normativos como decretos, resoluções e portarias. Na estrutura do ordenamento jurídico brasileiro se posicionam abaixo das leis e da Constituição Federal.

Sinteticamente, o direito à saúde é a faculdade do cidadão de exigir que o Estado promova, previna e recupere sua saúde, diferenciando-se do direito sanitário, que é um conjunto complexo de normas jurídicas.

O direito sanitário abarca o direito fundamental à saúde, inclusive o da PSR, tendo como finalidade a sua regulamentação e efetivação. Igualmente, abrange o direito da saúde pública, que consiste no “conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado”. Sua perspectiva é a coletividade, a promoção, proteção e recuperação da saúde do povo, regulamentando ações de política de saúde como vacinação obrigatória e poder de polícia referente à saúde (DALLARI, 2003, p. 48).

Abraça também a ética em saúde, direito internacional sanitário, direito sanitário do trabalho, direito público sanitário, direito civil sanitário (DALLARI, 2003, p. 48)

No Brasil, a partir de 1987, um grupo de professores e profissionais das áreas do direito e da saúde pública introduziram o estudo da disciplina direito sanitário na Universidade de São Paulo, através do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário-CEPEDISA, implantando o curso de especialização sobre o tema, na mesma universidade, em 1989, e criando o Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário (NUP-DISA), em 1990 (DALLARI, 2003, p. 50-51).

Durante o Império e na República Velha, a saúde se apresentava como um favor do Estado à população. Não havia qualquer instrumento jurídico que garantisse ações ou prestações de saúde para o cidadão brasileiro.

A Constituição brasileira de 1824 chegou a falar sobre educação e assistência social (socorros públicos)¹⁸, mas sempre como um favor, uma benesse.

A imensa maioria da população, que não podia pagar pela assistência de um médico, valia-se de benzedeadas e da caridade, através das entidades filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia. As ações de saúde pública eram autoritárias, e tidas como de segurança pública, o que gerava insatisfação na população, como ocorreu durante a Revolta da Vacina, em 1904 (ASENSI, 2012, p. 02).

¹⁸ Art. 179, Constituição brasileira de 1824: “A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte: [...] “XXXI. A Constituição também garante os socorros públicos. XXXII. A Instrução primaria, e gratuita a todos os Cidadãos” (BRASIL, 1824).

Consoante o artigo 10 da Constituição da República de 1934 caberia à União e aos Estados cuidar da saúde e assistências públicas¹⁹. Assim, a partir da era Vargas, na década de 1930, com a industrialização, a crescente urbanização e a migração da população da zona rural para as cidades, houve a criação de caixas de assistência e institutos de seguridade social que prestavam serviços de saúde, para determinadas categorias de trabalhadores, que pagavam por isso. A saúde passou a ser vista como um bem de consumo (ASENSI, 2012, p. 03). Para a imensa maioria, que não pertencia a essas categorias de trabalhadores nem tinha recursos para pagar por serviços médicos particulares, o único acesso à saúde era através de entidades religiosas e caritativas.

A Constituição de 1946 previu uma regra de competência legislativa sobre saúde, determinando que caberia à União legislar sobre a proteção à saúde, mas na prática não houve mudanças em relação à assistência à saúde da população:

Art. 5º - Compete à União:

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;

Na Constituição de 1967 e em sua emenda de 1969, foi assegurada a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva, apenas para os trabalhadores²⁰. Desta maneira, após o golpe de 1964, houve a fusão dos institutos de seguridade social e foi criado o Instituto Nacional de Previdência social (INPS) que ampliou a cobertura de saúde para todos os trabalhadores. O cidadão, então, poderia usufruir dos serviços de saúde de duas formas: sendo trabalhador com carteira de trabalho assinada e contribuinte da previdência social; ou se pudesse pagar um plano privado de saúde, planos esses, que começaram a surgir na década de 1970. O restante da população brasileira, sem contrato de trabalho, ainda se valia da caridade e das entidades filantrópicas (ASENSI, 2012, p. 03).

Em contraposição a essa concepção não universal de saúde, na segunda metade da década de 1970, ganhou destaque o movimento da Reforma Sanitária, que

¹⁹ Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados: [...] II - cuidar da saúde e assistência públicas;

²⁰ Constituição de 1967, art. 158: “A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social”: [...] XV – “assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”. Emenda Constitucional de 1969, art. 165: “A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social”: [...] XV – “assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva”.

defendia, dentre outras bandeiras: a melhoria das condições de saúde da população; a saúde como um direito social universal; responsabilidade estatal, de forma descentralizada, em sua prestação, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a formulação das ações de saúde em espaços públicos de participação social (BRASIL, 1986, p. 04-10; BARROS et al., 1996, p. 13; ASENSI, 2012, p. 03-04).

Os ideais do movimento da Reforma Sanitária foram formalizados e consolidados no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília, (BRASIL, 1986, p. 01), cujos encaminhamentos levaram à previsão do direito à saúde e da maior conquista na área da política social na história recente do país, o Sistema Único de Saúde (SUS), nos artigos 6º e 196 a 200 da CF/88.

Com a nova ordem constitucional de 1988, deve se falar em direito à saúde, acessível para todos, inclusive para a PSR, devendo ser cobrada e exigida a sua prevenção, proteção e reparação, com respaldo na Constituição da República e em documentos internacionais.

Desta forma, o direito à saúde é previsto como direito fundamental social no artigo 6º da CF/88:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Além deste artigo 6º, os artigos 1º e 3º da Constituição Federal alicerçam a garantia da tutela do direito à saúde. O artigo 1º porque trata da dignidade da pessoa humana e sem saúde não há uma existência digna. O artigo 3º, ao ter como objetivos a promoção do bem de todos, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, além da erradicação da pobreza e da redução das desigualdades sociais, fundamenta o acesso universal e a promoção da equidade em saúde. Deixar de garantir a saúde, por exemplo, para o segmento populacional em situação de rua, impede a promoção do bem de todos, pois uma parte da população não estaria com o seu bem estar garantido. Deixar de efetivar políticas de promoção da saúde para pessoas em situação de rua consiste em manter uma sociedade injusta, sem solidariedade, perpetuando-se a pobreza e as desigualdades sociais, violando-se os objetivos da República Federativa brasileira.

Consequentemente, o direito à saúde é cláusula pétrea constitucional. Cláusulas pétreas são as matérias que não podem ser abolidas da Constituição, nem mesmo por emendas constitucionais²¹. Embora o inciso IV, do § 4º, do artigo 60, da CF/88 fale em “direitos e garantias individuais”, a doutrina e a jurisprudência brasileiras já estenderam a aplicação desse dispositivo aos direitos sociais (MAUÉS e SIMÕES, 2001, p. 478).

O artigo 23, inciso II, da CF/88²² estabelece que é competência comum da União, dos Estados membros, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde. A competência para legislar sobre proteção e defesa da saúde é concorrente dos entes federativos, segundo o artigo 24, inciso XII, da CF/88²³.

A prestação dos serviços de saúde é descentralizada político-administrativamente cabendo sua execução aos Municípios (alínea “a”, inciso IX, art. 7º, da lei nº 8.080/90²⁴). Cabendo aos Estados membros, principalmente, a regulamentação, fiscalização e controle dos serviços (art. 17, da lei nº 8.080/90) e à União, primacialmente, a formulação, avaliação e apoio às políticas de saúde (art. 16, da lei nº 8.080/90).

O Título VIII da Constituição Federal, intitulado “Da Ordem social”, é subdividido em capítulos. Sendo que o capítulo da seguridade social abrange a saúde, a previdência social e a assistência social.

O artigo 193, CF/88, apresenta as bases da ordem social, que são, igualmente, alicerces do direito à saúde, destacando-se, novamente, os valores do bem-estar de todos e a justiça social.

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

²¹ Art. 60, § 4º, CF/88: “Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: [...] IV - os direitos e garantias individuais.

²² Art. 23, CF/88. “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

²³ Art. 24, CF/88. “Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: [...] XII - previdência social, proteção e defesa da saúde”.

²⁴ Art. 7º, Lei nº 8.080/90: As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios”.

O direito à saúde é tratado nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, transcrevendo-se abaixo, o disposto no artigo 196:

Art. 196. 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.

Portanto, é dever do Estado garantir a saúde de todas as pessoas, inclusive as que estejam em situação de rua, mediante políticas sociais e econômicas, que tenham por objetivo a redução do risco de doença e de outros agravos. Bem como é dever do Estado promover o acesso universal – a todos, em todos os lugares dentro do território brasileiro - e igualitário - atendendo os desiguais, desigualmente na medida de suas desigualdades e necessidades específicas.

O SUS é misto, abarcando atividades estatais com financiamento público e parcerias privadas, num sistema suplementar de saúde (art. 197²⁵, CF/88), consistindo em “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” (art. 4º, Lei nº 8.080/90).

A exigibilidade imediata da promoção, proteção e recuperação da saúde da PSR se apoia, também, no caráter fundamental e social deste direito, sendo obrigação do poder público desenvolver políticas para a sua promoção e efetivação.

Como visto, a saúde, inclusive a da PSR, é protegida juridicamente no Brasil, através do direito sanitário, que consiste em um conjunto de normas que estabelece uma série de obrigações aos agentes públicos e aos cidadãos para a plena realização do direito fundamental à saúde, previsto na CF/88, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado (AITH, 2007, p. 61).

O microsistema jurídico do direito sanitário abrange, dentre outras normas: a Constituição Federal; dispositivos do Código Civil, do Código Penal, do Código de Defesa do Consumidor; a chamada Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080/90; a lei que regula a participação da comunidade na gestão do SUS, lei nº 8.142/90; a Lei de Organização da Seguridade social, lei nº 8.212/90; a Lei dos Planos de Saúde, lei nº 9.656/98; a Lei da Reforma Psiquiátrica, lei nº 10.216/01; decretos do poder executivo; portarias e instruções

²⁵ Art. 197, CF/88: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

normativas do Ministério da Saúde, como a portaria GM/MS nº 1.060/02, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a portaria GM/MS nº 992/09, instituidora da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; portarias e instruções normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); portarias e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); resoluções dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde.

As normas jurídicas podem ser classificadas entre regras e princípios. Os princípios possuem um grau de abstração mais elevado, são vagos e indeterminados, consistindo em postulados juridicamente impositivos, de natureza estruturante do ordenamento jurídico ou de um sistema jurídico, como o direito sanitário. As outras normas, as regras jurídicas, são menos abstratas, aplicáveis diretamente aos casos concretos e preveem exigências que devem ser cumpridas na exata medida de suas prescrições (CANOTILHO, 2012, p. 1160-1161).

Para Alexy (2012, p. 86-141), os direitos fundamentais, como o direito à saúde, também possuem um caráter duplo, de princípios, por constituírem-se em valores, objetivos, fórmulas abreviadas com ônus argumentativo; e de regras, por serem concreta e diretamente aplicáveis.

Os princípios seriam mandados de otimização, no sentido de ordenar que “algo seja realizado na maior medida possível, dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes” (ALEXY, 2012, p. 90).

Em um ordenamento jurídico existe uma hierarquia de normas, sendo a Constituição Federal, a norma que fica no ápice do ordenamento, por isso todas as outras normas devem se adequar e se submeter a ela. As normas internacionais que tratam de direitos humanos, segundo parte da doutrina, são equiparadas aos artigos que estão na Constituição (PIOVESAN, 2002, p. 109). No entanto, a corrente mais seguida e adotada pelo Supremo Tribunal Federal entende que esses documentos internacionais são infraconstitucionais, isto é, hierarquicamente estariam abaixo da Constituição e acima das leis.

Portanto, abaixo da Constituição e dos tratados internacionais firmados pelo Estado brasileiro, têm-se as leis, que são as normas emanadas do Poder Legislativo, podendo ser federais, estaduais ou municipais promulgadas, respectivamente, pelo Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmaras Municipais. Não há hierarquia das leis em relação aos entes federativos que a promulgaram, embora em muitas matérias o Poder Legislativo federal tenha a prerrogativa de expedir as normas

gerais a serem seguidas pelos demais entes da federação. No mesmo nível hierárquico das leis existem as medidas provisórias, que são expedidas pelo Presidente da República e que têm força de lei.

Abaixo das leis, existem as normas administrativas, que são atos administrativos normativos, oriundos do poder normativo da administração pública, a fim de explicar e aplicar as leis existentes. Essas normas administrativas podem ser de vários tipos e formas. Podem ser decretos que tenham um regulamento em seu bojo, podem ser decretos autônomos, instruções normativas, portarias, quando expedidas por um ministro ou secretário de Estado, resoluções, quando emitidas por órgãos colegiados da administração. A maioria das regras que tratam de políticas públicas voltadas especificamente para as pessoas em situação de rua são normas administrativas.

Essas normas administrativas têm uma gradação a depender do grau de hierarquia da autoridade que expediu o ato. Portanto um decreto, ato normativo específico do chefe do Poder Executivo, no âmbito federal, está hierarquicamente superior a uma portaria do Ministro da Saúde, por exemplo.

As normas de direito sanitário que tratam e mencionam de forma específica e expressa a PSR são administrativas, consistindo em decretos, resoluções e portarias. Em relação à PSR de Salvador, tem-se uma exceção, a lei estadual nº 12.957 de 2014, que instituiu a política estadual para a PSR, ao lado do decreto que estabeleceu a política municipal. A lei estadual e o decreto municipal preveem princípios, diretrizes, objetivos de forma genérica para a PSR, mas também se aplicam às questões relacionadas à saúde, por isso compõem o direito sanitário.

Na atualidade, os princípios, segundo a doutrina, são considerados impositivos, vinculando os poderes públicos e os particulares às suas disposições, bem como, servem de vetores que orientam o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e a aplicação das regras jurídicas (MAUÉS e SIMÕES, 2001, p. 482).

As normas de direito sanitário da PSR, ao serem aplicadas, devem obedecer aos princípios constitucionais da administração pública²⁶, da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, bem como aos outros princípios, também de direito administrativo, previstos na doutrina, como os da razoabilidade,

²⁶ Art. 37, CF/88. “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...]”

proporcionalidade, motivação, finalidade etc, norteados as atividades administrativas do Estado, tais como, o atendimento de saúde prestado a uma pessoa em situação de rua, por um técnico do consultório na rua, ou as capacitações aos profissionais de saúde que atendem a PSR.

Também devem objetivar, em sua aplicação, o bem estar e a justiça sociais, em conformidade com os princípios da ordem social²⁷, previstos na CF/88.

Como o presente trabalho se trata da PSR do Município de Salvador, os princípios contidos nas políticas nacional, estadual e municipal respectivas, devem também ser considerados na aplicação das normas sanitárias específicas.

Além disso, o direito sanitário tem princípios próprios que compõem sua unidade, sua essência, para onde devem convergir e se articular todos os outros atos normativos sanitários. Desta forma, ao analisar e aplicar as leis, decretos, portarias, resoluções e outros atos administrativos que tratam da saúde da PSR, deve-se buscar a sua otimização vinculada aos princípios de direito sanitário, para que haja uma amplitude no exercício e no acesso ao direito à saúde.

Tomando por base a CF/88, destaca alguns princípios gerais que orientam o direito sanitário.

A dignidade da pessoa humana é o valor maior, o alicerce no qual se funda o Estado Democrático Brasileiro, servindo de princípio matricial para todo o ordenamento jurídico.

O princípio da liberdade significa que cada indivíduo tem o direito de decidir ou agir segundo a sua própria vontade ou determinação, exceto se houver algum limite ou impedimento previsto em norma jurídica. Esse princípio, por exemplo, assegura a pessoa em situação de rua de não ser institucionalizada para o tratamento de álcool ou outras drogas, contra a sua vontade, por exemplo.

Segundo esse princípio, igualmente, cada pessoa teria a liberdade de dispor do seu corpo, como bem lhe aprouvesse. No entanto, existem limitações legais, em algumas situações, que também se relacionam à população de rua, como nas hipóteses de proibição: do aborto, da automutilação e do uso de drogas consideradas ilícitas (AITH, 2007, p. 199-205).

Pelo princípio da igualdade, todas as pessoas são iguais, uma não valendo mais, nem menos do que a outra, por isso todas as mulheres e todos os homens

²⁷ Art. 193, CF/88: "A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais"

devem ter a possibilidade de satisfazer as suas necessidades humanas e ter igual acesso à “assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (art. 7º, IV²⁸, lei nº 8.080/90). Essa igualdade não quer dizer absoluta igualdade física, cultural ou psicológica. Cada indivíduo ou grupo tem suas particularidades, sua cultura própria (DALLARI, 2004, p. 72-73). A PSR é um grupo com características próprias que tem necessidades particulares, mas que deve ter o seu direito à saúde atendido, de forma igual ao qualquer outro grupo. O direito à cidadania plena para todos está prescrito e deveria estar garantido na eficácia e eficiência das políticas públicas brasileiras (PITTA e DALLARI, 1992, p. 19-23).

O serviço de saúde é gratuito para todos, ou seja, não pressupõe o pagamento de qualquer contribuição para ter acesso a ele (AITH, 2007, p.220-222).

Integralidade (art. 198, II, CF/88 e art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90) significa que o Estado é obrigado a organizar uma rede de ações e serviços públicos de saúde que garanta ao cidadão, incluindo a pessoa em situação de rua, o acesso a todos os tipos de tratamento necessário para todas as enfermidades e em todos os níveis de evolução (AITH, 2007, p. 223-228). Garantindo o acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde da PSR (art. 196, da CF/88).

O direito à saúde é universal (art. 194, I e 196, CF/88), devendo ser disponibilizado em todo o território nacional, para todas as pessoas, independentemente de suas características e especificidades, devendo o serviço se adequar às singularidades de uma pessoa com deficiência ou de uma pessoa em situação de rua, por exemplo.

Esse princípio, rompeu com o sistema anterior à 1988, em que trabalhadores segurados do sistema de previdência social tinham acesso ao serviço de saúde público e o resto da população, que não pudesse pagar por um plano privado, ficava dependendo da caridade de entidades filantrópicas (MAUÉS e SIMÕES, 2001, p. 482). Assim, todas as pessoas têm “acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (art. 7º, inciso I²⁹, da lei nº 8.080/90).

²⁸ Art. 7º, Lei nº 8.080/90: “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

²⁹ Art. 7º, Lei nº 8.080/90: “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Os princípios da universalidade e da equidade são fundamentais e imprescindíveis quando se trata de efetivar o direito à saúde da PSR. Tanto que a Política Nacional para Inclusão social da População em Situação de Rua (PNIS) (BRASIL, 2008a, p. 20) elaborada em 2008, pelo Grupo de Trabalho Interministerial instituído pelo governo federal, através do decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, para discutir e criar a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), estabeleceu a garantia desses princípios como primeira ação estratégica na área da saúde da PSR. Está disposto expressamente na referida Política, como ação estratégica:

[...] garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais (BRASIL, 2008 a, p. 20).

Efetivar a universalização da saúde consiste no desafio de intervir na realidade tal como ela está constituída. Como a população de rua é parte do cenário urbano, requer intervenções que levem em conta como ela se constituiu e as formas de sobrevivências ali desenvolvidas (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

Pelo princípio da fundamentalidade a Constituição Federal alocou o direito à saúde no rol de direitos fundamentais, fazendo com que ele seja um direito com forte carga valorativa, inerente e indispensável a todo e qualquer ser humano e de aplicabilidade imediata.

Pelo princípio do “caráter democrático e descentralizado da administração” (artigos 194, VII e 198, I, CF/88), com participação da comunidade (artigos 194, VII e art. 198, III, CF/88), entende-se a descentralização como uma regionalização dos serviços, com ênfase na redistribuição das responsabilidades, pelas ações e serviços de saúde para os municípios, pois, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (art. 7º, inciso IX, da lei nº 8.08/90).

A participação da comunidade na gestão do SUS se dá mediante duas instâncias colegiadas, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (incisos I e II do art. 1º da lei nº 8.142/90).

As Conferências de Saúde reúnem-se a cada quatro anos, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de suas políticas (§1º, art. 1º, da Lei nº 8.142/90). Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo,

prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para formular estratégias e para controlar a execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (§2º, art. 1º da lei nº 8.142/90).

A participação do MNPR nas Conferências de Saúde e nas reuniões dos Conselhos de Saúde é essencial para o exercício do controle social, na defesa dos direitos da PSR.

Pelos princípios da regionalização e hierarquização (art. 198, *caput*, CF/88), busca-se facilitar as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade, através do conhecimento maior, por parte da rede de serviços do SUS, dos problemas de saúde da população de uma área delimitada (MAUÉS e SIMÕES, 2001, p. 483).

Segundo o princípio da responsabilidade estatal (art. 196, CF/88), a prestação do serviço de saúde, bem como de sua fiscalização, regulamentação e controle é dever do Estado. A saúde deve sempre ser assegurada através da atuação estatal (mesmo quando prestada por particular, pois este atua de forma complementar ao Estado); cabe ao poder público fixar as diretrizes da prestação de serviços e ações de saúde; quando houver algum dano no exercício da função estatal, a vítima poderá exigir reparação do Estado (DALLARI e NUNES JUNIOR, 2010, p. 69-71).

Sendo assim, verifica-se que houve uma grande preocupação do legislador constituinte em garantir a efetividade do direito à saúde. Não existe nenhum argumento jurídico que possa ser utilizado para negar ou postergar qualquer exigência de efetivação de prestação ao direito à saúde, seja para uma pessoa em situação de rua ou para o grupo populacional que se encontra em situação de rua, sendo obrigação, dever do Estado prestá-lo, sempre, de forma imediata.

No entanto, a PSR não consegue acessar ou acessa de forma precária as ações de promoção, prevenção e reparação à sua saúde, mesmo com a previsão, nos últimos anos, de normas sanitárias administrativas criadas justamente para concretizar o acesso à saúde e para reduzir os obstáculos que causam as iniquidades em saúde desse segmento populacional.

Por isso, as ações de políticas públicas de saúde para a PSR devem focar também as suas necessidades especiais, como as precárias condições de vida que levam à frágil situação da saúde dessas pessoas, atentando-se para os diversos

princípios de direito sanitário, principalmente, a universalização, equidade e integridade (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

2.3 DIREITO INTERNACIONAL SANITÁRIO

Os documentos internacionais, firmados e ratificados pelo Brasil são considerados, em regra³⁰, leis infraconstitucionais³¹, abaixo da CF/88 e acima das demais leis, devendo ser utilizados como fundamento jurídico para se efetivar direitos internamente.

A aprovação da DUDH sob forma de resolução desencadeou um movimento no sentido de se criar um tratado afirmando os direitos nela enunciados como juridicamente obrigatórios e exigíveis aos países (BARRETTO, 2012, p. 134).

Cerca de 20 anos depois, foram aprovados dois instrumentos obrigatórios para os países que os ratificaram: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o PIDESC. Os direitos econômicos, sociais e culturais para as Américas foram tratados no Protocolo Adicional de 1988, o Protocolo de San Salvador, na Conferência de San Salvador.

Pacto é um nome de fantasia para um acordo ou tratado. No caso o PIDESC é um acordo ao qual cada Estado- parte se submete à observação do seu conteúdo, sob pena de sofrer sanções previstas em documentos internacionais (PAGLIUCA, 2010, p. 26).

O PIDESC prevê a aplicação dos direitos sociais, de forma progressiva, como se vê em seu artigo 2º, que dispõe que cada Estado deverá adotar medidas, até o máximo dos recursos disponíveis, que visem assegurar progressivamente o pleno exercício dos direitos reconhecidos no referido tratado³².

³⁰ Em regra, porque se o documento internacional for aprovado no Congresso Nacional, nos moldes do disposto no §3º do artigo 5º da CF/88, passa a ter eficácia jurídica equivalente às emendas constitucionais, ou seja, passa a ser considerado como norma constitucional. Art. 5º, § 3º, da CF/88: “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

³¹ Art. 5º, § 2º, da CF/88: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

³² Artigo 2º. 1. Cada Estado-parte no presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas.

Nesse caso, como a CF/88 prevê que os direitos sociais, tem aplicação imediata, o Brasil possui uma legislação mais avançada do que o PIDESC, no que tange à concretização dos direitos sociais.

O PIDESC de 1966 apenas foi ratificado pelo Brasil através do decreto nº 591, de 06 de julho de 1992. Esse pacto reconhece, em seu preâmbulo, que, em conformidade com a dignidade inerente à pessoa humana, para que o ser humano esteja livre, no gozo das liberdades civis e políticas e liberto do temor e da miséria, devem ser criadas as condições que permitam a cada um gozar de seus direitos civis e políticos, assim como de seus direitos econômicos, sociais e culturais. São direitos econômicos o direito ao trabalho, de sindicalizar-se, à fazer greve, à previdência social; direitos sociais, o direito à saúde, à educação, à moradia, à vestimenta, à alimentação; direitos culturais, direito à participar da vida cultural, à desfrutar o progresso científico etc.

O artigo 11 do PIDESC, abaixo transcrito, reconhece o direito de toda pessoa ter um nível de vida adequado, incluindo alimentação, vestimenta e moradias adequadas, bem como proteção contra a fome. Desta maneira, este dispositivo formaliza, como Direito Humano, a proteção jurídica para a população em extrema pobreza e em situação de rua.

ARTIGO 11

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a nível de vida adequado para si próprio e sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, assim como a uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para assegurar a consecução desse direito, reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre consentimento.
2. Os Estados Partes do presente pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão, individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessárias para:
 - a) melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão de princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegurem a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais;
 - b) Assegurar uma repartição equitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios.

O artigo 12 do PIDESC prescreve o direito à saúde física e mental assegurando, dentre outras medidas, a prevenção, o tratamento e a luta contra as doenças, bem como a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

ARTIGO 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

2. As medidas que os Estados partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) a diminuição da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
- b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) a prevenção e tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

O conjunto de direitos previstos no PIDESC tem como finalidade proteger as classes ou grupos sociais desfavorecidos, como a população em situação de rua, contra a desigualdade socioeconômica. Neste caso, a violação dos direitos ocorre em razão da omissão ou da negligência do Estado (COMPARATO, 2008, p. 337).

A grande dificuldade que os Estados apresentam para efetivar os direitos econômicos, sociais e culturais, leva muitos a sustentar que o PIDESC contém meras exortações aos Estados signatários, não passando de programas não vinculantes. Esse posicionamento denegatório da efetividade do PIDESC é insustentável (COMPARATO, 2008, p. 340).

O núcleo essencial dos direitos subjetivos não está na garantia de sua realização pelo Estado, mas sim na devida atribuição a cada indivíduo dos bens da vida que lhe pertencem. A todos seres humanos, sem exceção, devem ser atribuídas condições sociais de uma vida digna (COMPARATO, 2008, p. 340).

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos, celebrada em San José, na Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, é o principal documento do sistema interamericano, tendo sido ratificada pelo Brasil, em 25 de setembro de 1992 e promulgada na ordem interna pelo decreto federal n. 678, de 06 de novembro de 1992.

A Convenção Americana enunciou basicamente direitos civis, direitos humanos de primeira dimensão, tendo feito menção aos direitos sociais, apenas em seu artigo

26, abaixo transcrito, estabelecendo que os Estados partes devem adotar providências no sentido de conseguir, progressivamente, a efetividade de tais direitos (BARRETTO, 2012, p. 162).

Artigo 26 - Desenvolvimento progressivo

Os Estados-partes comprometem-se a adotar as providências, tanto no âmbito interno, como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados.

Protocolo é um “acordo menos amplo ou complementar ou interpretativo de tratados e convenções” (PAGLIUCA, 2010, p. 27).

O Protocolo de San Salvador preceitua pelo máximo existencial dos direitos, quando fala em “máximo dos recursos disponíveis” para alcançar a “plena efetividade dos direitos”. O artigo 10 prevê expressamente que os Estados-membros devem adotar dentre outras medidas, “a satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis”.

Esse dispositivo serve para fundamentar juridicamente a criação de atos normativos e políticas públicas voltadas para a saúde da população em situação de rua, bem como sua efetivação.

O Protocolo de San Salvador é o instrumento normativo da OEA que cuida dos direitos sociais, econômicos e culturais (BARRETTO, 2012, p. 169). Celebrado em São Salvador, América Central, em 17 de novembro de 1988, o Brasil aderiu a ele em 21 de agosto de 1996, mas somente houve promulgação interna em 1999, pelo decreto federal n. 3.321, de 30 de dezembro de 1999 (BARRETTO, 2012, p. 169).

Este instrumento reproduz, basicamente, os direitos afirmados no PIDESC (BARRETTO, 2012, p. 169).

Assim como o PIDESC, esse protocolo é de aplicação progressiva, dispondo seu primeiro artigo que os Estados se comprometem a adotar as medidas necessárias “até o máximo dos recursos disponíveis e levando em conta o seu grau de desenvolvimento, a fim de conseguir progressivamente e de acordo com a legislação

interna, a plena efetividade dos direitos reconhecidos neste protocolo”³³ (BARRETTO, 2012, p. 169).

Previsão do direito à saúde, no Protocolo de San Salvador:

Artigo 10

Direito à saúde

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:
 - a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e
 - f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

Verifica-se que o conceito de saúde adotado nos documentos internacionais é amplo, abrangendo desde o direito do sujeito à assistência médica em caso de doença, até a necessidade do Estado ao desenvolvimento, através do direito a um nível de vida adequado para garantir a dignidade humana (DALLARI, 2003, p. 47).

Discute-se sobre a redundância de se ter múltiplos instrumentos normativos afirmando a mesma coisa, prevendo os mesmos direitos e garantias, no caso, o da saúde. No entanto, em matéria de afirmação de direitos humanos, a abundância de instrumentos é positiva, quanto mais instrumentos melhor (BARRETTO, 2012, p. 108).

Entende-se que a coexistência de instrumentos afirmando os mesmos direitos não é uma mera redundância, pelo contrário, enfatiza algo que deveria ser básico e óbvio, e que muitas vezes foi esquecido na história da humanidade, que é o respeito à pessoa humana. (BARRETTO, 2012, p. 108).

Aliás como dispõe expressamente o preambulo do Protocolo de San Salvador:

³³ Protocolo de São Salvador. Artigo 1. Obrigação de adotar medidas. Os Estados Partes neste Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre direitos humanos comprometem-se a adotar as medidas necessárias, tanto de ordem interna como por meio da cooperação entre os Estados, especialmente econômica e técnica, até o máximo dos recursos disponíveis e levando em conta seu grau de desenvolvimento, a fim de conseguir, progressivamente e de acordo com a legislação interna, a plena efetividade dos direitos reconhecidos neste Protocolo.

Levando em conta que, embora os direitos econômicos, sociais e culturais fundamentais tenham sido reconhecidos em instrumentos internacionais anteriores, tanto de âmbito universal como regional, é muito importante que esses direitos sejam reafirmados, desenvolvidos, aperfeiçoados e protegidos, a fim de consolidar na América, com base no respeito pleno dos direitos da pessoa, o regime democrático representativo de governo, bem como o direito de seus povos ao desenvolvimento, à livre determinação e a dispor livremente de suas riquezas e recursos naturais.

A previsão do direito à saúde em fontes internacionais de interpretação e de recomendação e de documentos que podem ser exigíveis, são argumentos que devem ser utilizados para a sua efetivação interna no Estado brasileiro.

Existe a possibilidade do Estado brasileiro ser responsabilizado perante a comunidade internacional, pelo descumprimento de direitos humanos previstos em tratados internacionais ratificados, como é o direito à saúde. Mas sempre em caráter subsidiário, recaindo, primeiramente, sobre os tribunais de cada país o dever de julgar casos de violação de direitos humanos (BARRETO, 2012, p. 117-122), incluindo as omissões na prestação do direito à saúde.

Ademais, há uma grande dificuldade em se cobrar a efetividade de direitos sociais na esfera internacional, porque os documentos internacionais preveem que esses direitos apenas deverão ser efetivados progressivamente, mediante os recursos disponíveis³⁴, e não de forma imediata. A justificativa para a previsão de aplicação progressiva, foi a de que, caso o documento internacional falasse em aplicabilidade imediata, vários países desistiriam de ratificar o protocolo (BARRETO, 2012, p. 143-144).

Ocorre que os países não assinariam, não por falta de recursos, mas por falta de vontade política, porque as prioridades são outras que não o atendimento dos direitos sociais de sua população mais pobre e vulnerável (ESPINHEIRA e SOARES, 2004, p. 15).

A DUDH, o PIDESC e os demais protocolos e convenções podem e devem ser utilizados como justificativas legais, argumentos de convencimento do julgador em processos judiciais que visem a efetivação do direito à saúde da PSR, podendo ser manejados na fundamentação jurídica dirigida ao Poder Judiciário.

³⁴ Artigo 2º. 1 do PIDESC. Cada Estado-parte no presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas.

Como já visto, segundo o artigo da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde é resultante de condições de acesso à alimentação, moradia, educação, trabalho. Por isso, a redução do risco de doença e de outros agravos e a promoção, a proteção e a recuperação de uma pessoa em situação de rua enferma exige também o acesso aos outros direitos sociais, principalmente o da assistência social.

2.4 EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

Na qualidade de direito fundamental social, o direito à saúde deve estar em consonância com os fundamentos da cidadania e da dignidade da pessoa humana (art. 1º, CF/88), e atender aos objetivos constitucionais da construção de uma sociedade livre, justa e solidária, da erradicação da pobreza e da marginalização e das desigualdades sociais e regionais (artigos 3º, I e III, CF/88).

O princípio da igualdade, no contexto sanitário, tem duas dimensões: uma formal, que implica a igualdade de todos, perante a lei, em direitos e no acesso igualitário às ações e serviços de saúde. A outra dimensão, da igualdade material, acarreta o acesso universal às ações e serviços de saúde (AITH, 2007, p. 217).

A igualdade material fundamenta-se na equidade, princípio de direito sanitário que tem justamente a atribuição de promover a redução das desigualdades econômicas e sociais, visando alcançar a justiça social, através do tratamento diferente a determinados grupos, fatores ou situações (PAURA et al., 2011, p. 180).

O princípio da equidade pode ser visto pela perspectiva da integralidade do atendimento, exigindo do Estado a organização de “uma rede de ações e serviços públicos de saúde que garanta ao cidadão o acesso a todos os tipos de tratamentos necessários para todos os tipos de doenças em todos os níveis de sua evolução” (AITH, 2007, p. 223), atendendo as suas especificidades.

Outro aspecto do princípio da equidade é a universalidade, visando evitar que barreiras restrinjam o acesso às ações e serviços de saúde, como a dificuldade de deslocamento para os estabelecimentos de saúde ou a espera para o atendimento, obstáculos que prejudicam o exercício do direito à saúde pela PSR.

O conceito de equidade, como a disposição de atender igualmente ao direito de cada um (PITTA e DALLARI,1992, p. 19-23), incorpora o acesso universal, igualitário e singular, aproximando-se da chamada “equidade de oportunidade”, e a ação sobre as Determinantes sociais da Saúde (DSS), relacionada a equidade de condições. Segundo Turner, pela equidade de oportunidade, uma vez garantidos os direitos sociais, todos teriam as mesmas oportunidades, a partir do mérito, de alcançar os seus objetivos. Essa equidade é inseparável da equidade de condições, em que se exige as oportunidades iguais de todos os membros da sociedade, na origem, no ponto de partida, para que possam competir a partir de habilidades e méritos individuais (1986 *apud* DUARTE, 2000, p. 444-447).

Como não há igualdade de oportunidades na origem, na estrutura social e econômica brasileira, aqueles que não se sobressaem pelos seus méritos e esforços, apesar das adversidades, ficam dependentes de políticas de discriminação positiva para acessar os direitos sociais (PAURA et al., 2011, p. 183).

Travassos (1997, p. 02) distingue equidade em saúde de equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Equidade em saúde corresponde à influência social no adoecer, portanto refere-se às determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer. As condições sociais têm uma grande influência sobre a saúde dos indivíduos economicamente mais vulneráveis, como a PSR. Por exemplo, os mais pobres adoecem mais precocemente de doenças crônico-degenerativas.

A equidade no uso ou no consumo de serviços, ou igualdade de acesso também é considerada como “a igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais, ou como igualdade de tratamento para necessidades iguais”. Ou seja, “os indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde” e receber os mesmos cuidados médicos (TRAVASSOS, 1997, p. 02). Essa “equidade de oportunidades” seria a “igualdade de oportunidades” mencionada por Turner.

O estudo da equidade na atenção à saúde da PSR abrange a análise de iniquidades, problemas, demandas, determinantes e desigualdades sociais de saúde.

A *Declaração Política do Rio sobre Determinantes sociais da Saúde*, de 2011, reafirma que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, p. 01).

Deve-se reduzir as iniquidades em saúde através de ações sobre as DSS, através da melhoria das condições de vida; do combate a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e pela avaliação da magnitude do problema, sua compreensão e análise do impacto das intervenções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, p. 01).

As iniquidades em saúde são ocasionadas pelas DSS, ou seja, as “condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, p. 01).

Ao se falar de situação de rua, está se tratando da forma mais extrema de desigualdade social, quando o indivíduo está privado do acesso aos direitos sociais, privado de suas capacidades e vivendo de forma que viola o princípio da dignidade da pessoa humana. E como enfrentamento a essa condição de desigualdade deve-se valer de políticas sociais adequadas.

O estudo de DSS enfatiza a importância das relações entre saúde e condições de vida, posto que as condições de vida dos indivíduos e de segmentos populacionais estão relacionadas com a sua situação de saúde (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 78).

Para a Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da Saúde (CNDSS), as “DSS 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”.

O estudo das iniquidades em saúde consiste na pesquisa das desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 80). Assim fica claro que desigualdade e iniquidade não tem o mesmo sentido. Desigualdades na situação de saúde de pessoas e grupos são normais e sempre existiram e existirão. O que devem ser combatidas são as iniquidades de saúde, ou seja, aquelas desigualdades que, além de sistemáticas e relevantes, são também injustas, evitáveis e desnecessárias.

Ao se combater as iniquidades, está-se promovendo a equidade em saúde.

Está claro que as iniquidades de saúde atingem com maior força os grupos populacionais mais hipossuficientes e vulneráveis, como a PSR.

Existem várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais as DSS provocam as iniquidades em saúde, dentre eles, está a abordagem enfatizada na escassez dos recursos dos indivíduos e na decisão política de não prestar

suficientemente os direitos sociais, entendendo que as desigualdades sociais influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc) decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 82).

Segundo o modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998 *apud* BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 85), a posição social do indivíduo na sociedade gera diferenças na saúde e nas consequências advindas pela doença. Esse modelo é apresentado da seguinte forma:

- a) o indivíduo ocupa uma determinada posição social, como resultado de diversos mecanismos sociais (como o sistema educacional e o mercado de trabalho);
- b) de acordo com esta posição, ele fica mais ou menos exposto a riscos que causam danos à saúde;
- c) uma vez exposto a esses riscos, há diferentes graus de vulnerabilidade em razão do contexto social do indivíduo;
- d) uma vez contraída a doença, existem diferentes consequências sociais (impacto sobre a situação socioeconômica do indivíduo e de sua família) ou físicas, ainda por conta da posição social do indivíduo.

Esses modelos facilitam na identificação de pontos para intervenções políticas (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 85), através de ações de políticas sociais.

A atuação sobre o modelo de Diderichsen e Hallqvist inclui medidas que visam diminuir as desigualdades sociais, relacionadas ao mercado de trabalho, educação, seguridade social e na economia. Abrange também intervenção nas condições de trabalho e de moradia dos indivíduos; fortalecimento das redes sociais etc.

A desigualdade social é uma característica marcante da sociedade brasileira, fruto de diversos fatores, dentre as quais políticas públicas de educação e de saúde pouco eficazes (SANTOS e GERHARDT, 2008, p. 130).

A grande maioria das análises a respeito do tema desigualdades sociais e saúde chegam à conclusão de que a população mais pobre adoece mais (SANTOS e GERHARDT, 2008, p. 130).

O SUS surge com a CF/88 como um sistema que pretende tratar a saúde em sua integralidade, com equidade no acesso a bens e serviços sociais, a informação, a educação, ao lazer, a cidadania, enfim, através da promoção da saúde e da qualidade de vida da população (SANTOS e GERHARDT, 2008, p. 130).

Utiliza-se o conceito de desigualdades em saúde no Brasil como sendo a distribuição desigual dos fatores de exposição, do risco de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde (SANTOS e GERHARDT, 2008, p.133).

Seguindo a concepção consagrada pela CF/88, a saúde deve ser definida de forma multidimensional, abrangendo a situação socioeconômica do indivíduo, a rede social de apoio, as funções físicas e mentais e o acesso e uso de serviços de saúde, isto é, bem estar físico, mental e social.

As desigualdades sociais são caracterizadas por pesquisadores brasileiros em quatro categorias, usadas de forma isolada ou combinadas (SANTOS e GERHARDT, 2008, p. 133):

- a) renda;
- b) escolaridade;
- c) inserção no processo produtivo;
- d) condições de infraestrutura (condições de saneamento básico, abastecimento da rede geral de água, esgoto e destino do lixo, das condições de moradia, posse de bens duráveis, tamanho do domicílio, tamanho das famílias, número de cômodos por domicílio).

Cabe logo ressaltar que um indicador de renda não é o mais indicado para revelar o a posição social do indivíduo, principalmente, em um país como o Brasil em que a imensa parcela da população sobrevive do mercado informal.

Para se definir a noção de desigualdade de saúde, os estudos no Brasil podem ser classificados em cinco categorias (SANTOS e GERHARDT, 2008, p. 134):

- a) acesso e utilização dos serviços de saúde (demandas de saúde);
- b) estilo/hábitos de vida (prática de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis e cuidados próprios – a predisposição do indivíduo de cuidar de si);
- c) exposição a fatores de risco (consumo de substâncias como o álcool e o fumo, a acidentes de trabalho, exposição à violência e à morte);
- d) acesso a bens e serviços sociais (tais como abastecimento de água, rede de esgoto e destino do lixo, acesso à alimentação adequada);
- e) ampla concepção (noção ampliada de desigualdades de saúde, em que esta depende de diferenças individuais e sociais, como também das características culturais e dos padrões adaptativos de comportamento).

A noção de desigualdade social e desigualdade em saúde não deve estar apenas relacionada à dificuldade de acesso e utilização dos serviços médicos, devendo se utilizar uma concepção mais ampla de ausência de doenças ou danos (SANTOS e GERHARDT, 2008, p. 135).

Tratar de desigualdades sociais e suas relações com a saúde exige uma atuação intersetorial, abrangendo políticas de diversos campos sociais.

De um modo geral, embora possa haver exceção, existe uma relação entre a saúde e os rendimentos dos indivíduos: um pior rendimento gera uma saúde mais precária e uma pior saúde, um menor rendimento. Por isso, políticas de saúde pública são políticas de combate à pobreza e à desigualdade (NERI e SOARES, 2002, p. 85).

Pesquisas mencionadas por Neri e Soares (2002, p. 86) constataram que o indivíduo que possui plano de saúde, por exemplo, consome os serviços de saúde 452% vezes mais em relação a quem não tem. Isso significa que o acesso aos serviços de saúde não está relacionado à necessidade de cuidados médicos, mas às possibilidades de acesso aos serviços de saúde.

Em síntese, DSS 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 caso da PSR, consiste na própria situação de rua. São os fatores que provocam problemas de saúde. As DSS provocam as iniquidades de saúde, que consistem na pesquisa das desigualdades em saúde que sejam sistemáticas, relevantes, evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p.80).

3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A População em Situação de Rua (PSR), como grupo populacional diferente dos demais segmentos da sociedade, apresenta características próprias e, ao mesmo tempo, heterogêneas entre si. Cada pessoa em situação de rua tem a sua individualidade e história, que a torna diferente das demais pessoas em situação de rua. Estão nas ruas, mulheres e homens em idade produtiva ou não, crianças, adolescentes, pessoas com transtorno mental, usuárias de substâncias psicoativas, pessoas brancas, pardas e negras etc.

Por isso, a política social de saúde para o trato do processo relacionado à saúde, à doença e ao cuidado da PSR deve ter contornos específicos, respeitando as peculiaridades desta população, levando em conta as suas especificidades – a heterogeneidade e seus elementos essenciais e caracterizadores - principalmente a apartação dessa população da organização espacial, social, urbana, e as consequências dessa marginalização em todos os níveis da sua saúde e na acessibilidade aos recursos públicos (ROSA et al., 2005, p. 335; VARANDA e ADORNO, 2004, p. 67).

A organização do MNPR prefere a denominação de população ou pessoas em situação de rua, ao invés de “moradores de rua”, visando separar o ser humano da situação em que circunstancialmente se encontra (VARANDA, 2003, p. 11), e para caracterizar o princípio da transitoriedade desse processo de absoluta exclusão social, mesmo que se saiba, que sair da rua não é tão simples (ROSA et al., 2005, p. 577).

Estar nas ruas não é um movimento atual da sociedade. A história da organização do Estado e da formação das cidades é paralela a da situação de rua, visto que foi por meio das desapropriações de terras para o crescimento das cidades que se conheceu o aumento de mendigos e indigentes nas ruas, desde a Grécia Antiga. Assim, percorrer distâncias, perambular, não possuir residência fixa é uma dinâmica social relatada desde a Idade Antiga. No entanto, a situação de rua somente

pôde advir a partir da sedentarização da humanidade e da construção de moradias familiares ou individuais (BRASIL, 2013, p. 14).

O fenômeno moderno da PSR remonta ao surgimento das cidades pré-industriais da Europa, passando a compor o cenário da vida urbana em várias partes do mundo (SILVA, 2009, p. 91).

As transformações socioeconômicas ocorridas entre os séculos XVI e XVIII construíram a sociedade capitalista baseada em princípios que promoveram estruturalmente a desigualdade social como condição para a sua reprodução (FLEURY e OUVÉRY, 2008, p. 04).

Saltando para o século XX, desde a década de 1980, não só nos países pobres e em desenvolvimento, como também nos Estados Unidos e nos países europeus, o desemprego tem aumentado, em decorrência da diminuição dos postos de trabalho, principalmente devido ao desenvolvimento de novas tecnologias, como a robótica e a informática. Diante do grande exército de reserva, os excluídos, como as pessoas em situação de rua, passam a ser desnecessários (MACIEL, 2004, p. 25) e tendem a aumentar quantitativamente nos centros urbanos.

O fenômeno da população em situação de rua no Brasil decorre de uma síntese de múltiplas determinações, cuja origem e expansão são oriundos dos processos intrínsecos à acumulação do capital (SILVA, 2009, p. 13).

A inexistência, no Brasil, de redes eficazes de proteção social e de políticas públicas voltadas para a PSR, em virtude das sucessivas gestões políticas descompromissadas com a equidade social, agravam a situação dos desnecessários ao sistema produtivo (MACIEL, 2004, p. 27).

Nos países ricos, existe uma rede de proteção social que garante condições de segurança social (alimentação, serviços de saúde, abrigo e formação profissional), enquanto que no Brasil, a isenção da responsabilidade social do poder público diante do desemprego, da precarização do trabalho, da falta de capacitação para acompanhar as inovações tecnológicas do processo produtivo e da degradação da qualidade de vida, fez surgir a PSR, como se configura hoje (VARANDA, 2003, p. 19; MACIEL, 2004, p. 26).

É através do trabalho, que se adquire identidade social na sociedade capitalista. A PSR tem consistido principalmente em um contingente formado principalmente por adultos, do sexo masculino, capazes e em idade produtiva (BRASIL, 2008b, p.06-07), mas que não conseguem colocação no mercado de

trabalho. Excluídos de qualquer tipo de proteção social e, contraditoriamente à sua realidade, vítimas de um entendimento da sociedade, constantemente disseminado, de que eles não trabalham porque não querem, sendo chamados de “vagabundos” e considerados culpados pela sua condição social. Os incapazes, sejam idosos, mulheres com filhos ou crianças e adolescentes em situação de rua, normalmente são encaixados em algum tipo de proteção social (MACIEL, 2004, p. 30).

Os principais fatores que levam à situação de rua são o desemprego e as desavenças familiares, cabendo ressaltar, que as rupturas do universo familiar e afetivo estão intimamente relacionadas com as mudanças nas relações de trabalho e com o empobrecimento familiar (VARANDA, 2003, p. 20).

Rua não é o mero logradouro para a PSR. É o espaço urbano sobre o qual a pessoa em situação de rua atribui um sentido de lugar próprio e de pertencimento (FRANGELLA, 2004, p. 14), onde passa a desenvolver ações que seriam do âmbito privado, como comer, dormir, praticar relações sexuais e atividades de higiene. A PSR vive na e da rua.

O decreto federal nº 7.053 de 2009 que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua no Brasil (PNPR), traz o conceito legal para esta população, em seu parágrafo único do artigo 1º:

[...] considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

No entanto, neste trabalho, adota-se o conceito previsto na lei estadual nº 12.947/14 que instituiu a política para a PSR no Estado da Bahia. O seu artigo 3º repete o conteúdo da PNPR, com a ressalva da supressão do trecho “de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”.

Art. 3º - Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de estadia e de sustento.

No conceito, disposto no decreto federal, a PSR é aquela que, por não ter moradia convencional e regular, utiliza como espaço de moradia e de sustento os logradouros públicos e as áreas degradadas. E que utiliza as unidades de acolhimento para pernoite ou como moradia provisória.

A lei estadual considerou que a população de rua utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de estadia e de sustento. A norma estadual não considera o logradouro público como local de moradia, mas apenas de estadia, um conceito que enfatiza o estar na rua como situação que deve ser provisória. Além disso, deixou de mencionar, na definição, a utilização das unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Essa diferença traz uma evolução ao conceito, que ficou mais enxuto e enfatizou que a rua não deve ser uma espécie de “moradia”, até explicando melhor porque se prefere utilizar o conceito de “pessoa em situação de rua” em relação à expressão comum “morador de rua”. A rua não é morada de ninguém. As políticas públicas devem trabalhar para que a situação de rua, seja algo provisório, transitório. Também, fez bem em excluir as unidades de acolhimento, que correspondem a equipamentos da política pública sociassistencial, e não elemento conceitual da PSR.

A evolução conceitual é resultado das experiências advindas do Programa Estadual Bahia Acolhe, e foi debatida e pensada por seu Coordenador, Aduino Leite, quando da elaboração do projeto da referida lei estadual, conforme explica o próprio:

Em discussão na Procuradoria Geral do Estado da Bahia, compreendemos que precisaríamos avançar no conceito e em outros pontos do decreto federal.

A ideia foi a de firmar o conceito de provisoriedade, quando afirmamos no discurso que ninguém vai para a rua porque quer, que a rua não é um espaço adequado para se firmar moradia por conta das diversas situações de violação de direito, não nos pareceu lógico ratificar um conceito que, embora embasado em uma realidade - mas não em uma representação segura daqueles que estão nas ruas e querem sair dela (a maioria) -, reforça a perspectiva da permanência, como algo sem solução. Atualizamos o conceito com o que se entende de mais correto e atual, uma vez que não utilizamos mais o termo "morador de rua", não poderíamos permanecer com a ideia de "moradia". Quando firmamos que queremos utilizar o termo "pessoa em situação de rua", logo dizemos que a rua é um espaço de "estadia", marcando a provisoriedade, sem determinar tempo. A estadia pode ser curta ou duradoura, mas nunca definitiva.

A questão dos locais de acolhimento vem sendo tratada no decorrer da lei e sofreu a mesma lógica dentro do conceito. Os locais de acolhimento são estratégias para tornar menos sofrida a estadia nas ruas e ao mesmo tempo mecanismos de apoio para a saída definitiva

das ruas, são políticas de reparação não de permanência. O desejável é que as pessoas estejam em suas próprias moradias, não sendo interessante ratificar isso no conceito que demonstra a essência do entendimento de quem é a população em situação de rua e a perspectiva que se assume para a problemática, a de que ela precisa e deve ser enfrentada com vistas a se constituir soluções eficazes e efetivas (LEITE, 2014, p. 01).

Essa população apresenta as seguintes características cumulativas:

- a) pobreza extrema, definida como a incapacidade de suprir as necessidades básicas, estando o indivíduo fora do sistema econômico e social;
- b) vínculos familiares rompidos ou fragilizados;
- c) inexistência de moradia convencional regular;
- d) utilização da rua e de áreas degradadas como espaço de moradia (o viver na rua) e/ou sustento (o viver da rua), por contingência temporária ou de forma permanente, ou das unidades de acolhimento, apenas para pernoite ou moradia provisória.

Essas características fazem parte das especificidades, peculiaridades da situação de rua que contribuem para produzir, dentre outros agravos, condições de saúde desfavoráveis e desigualdades em saúde, também chamadas iniquidades, que devem ser enfrentadas quando se almeja a efetivação do direito à saúde.

A definição legal do decreto nº 7.053 de 2009 abrange as três categorias de população em situação de rua.

- a) as pessoas que ficam na rua, circunstancialmente;
- b) as pessoas que estão na rua, recentemente;
- c) e as pessoas que “são” da rua, permanentemente.

As pessoas que “ficam” na rua, são aquelas recentemente desempregadas, os migrantes, que buscaram, em outra cidade, um emprego ou um atendimento médico e não têm onde ficar. Normalmente, buscam albergues ou pensões, quando ainda tem dinheiro, mantém relação próxima com a família, ainda que fragilizada, e um projeto de vida (CARNEIRO JUNIOR, 1998, p. 50).

As pessoas que “estão” na rua, já têm mais tempo nesta situação, procuram estar abrigadas em casas de pernoite, mas já estabelecem uma relação com as outras pessoas em situação de rua, tem relações esporádicas com a família, mas mantém ainda um projeto de vida (CARNEIRO JUNIOR, 1998, p. 50).

Para as pessoas que “são” da rua, esta é o espaço de referência e o de relações. Com longo período em situação de rua, apresentam mudanças físicas, em decorrência da má alimentação, falta de higiene e do consumo de álcool e outras drogas (CARNEIRO JUNIOR, 1998, p. 50).

Os catadores de material reciclável são aqueles cuja renda principal provém da coleta, triagem e comercialização de resíduos sólidos urbanos recicláveis, ou seja, da separação, dentre os componentes do lixo, de materiais passíveis de retorno à cadeia de produção.

A PSR não deve ser confundida com os catadores de materiais recicláveis, embora estes sejam trabalhadores que vivem da rua. Aqueles que coletam materiais recicláveis em lixões ou nas ruas e apresentam fragilidade ou rompimento de vínculos familiares, associadas a inexistência de moradia convencional regular, a utilização dos logradouros públicos, áreas degradadas como espaço de estadia, são considerados pessoas em situação de rua que trabalham como catadoras. No entanto, muitas vezes as pessoas pertencentes ao segmento de catadores de materiais recicláveis não apresentam as características de situação de rua, pois têm seu núcleo familiar constituído, estão vinculados a associações ou cooperativas e nunca estiveram morando efetivamente nas ruas (VARANDA, 2003, p. 07). Portanto, nem todo catador de material reciclável é uma pessoa em situação de rua, bem como nem toda pessoa em situação de rua trabalha como catadora de recicláveis.

O segmento dos sem teto distingue-se da PSR, caracterizando-se por terem conexões familiares ou comunitárias bem constituídas (VARANDA, 2003, p. 08), permitindo que o seu movimento seja normalmente coeso, com conquistas políticas concretas através da ocupação de prédios e terrenos, visando à regulamentação fundiária do local ocupado em favor de seus integrantes ou, a sua inserção com prioridade, em programas habitacionais, como atualmente, no Programa Minha Casa, Minha Vida.

A figura do mendigo, segundo Varanda, é associada à do pedinte, à mendicância e ao ato de pedir esmolas, perfil que nem sempre pode ser relacionado à da pessoa em situação de rua. Pois, muitos pedintes, que buscam dinheiro, alimentação ou vestuário nas ruas, têm suas famílias e moram em algum domicílio (VARANDA, 2003, p. 32), embora possam estar em extrema pobreza e/ou incapacitados para o trabalho.

O que caracteriza a pessoa em situação de rua é a desvinculação em relação à família e o desabrigo, sendo assim, há mendigos e pedintes que são pessoas em situação de rua, mas há outros que não são.

Além disso, na linguagem da rua, mendigo é aquele que não se cuida, fica maltrapilho, mal cheiroso, os demais são pessoas em situação de rua (ROSA et al., 2006, p. 335).

O migrante, por outro lado, expulso de sua cidade de origem pela situação de miséria ou pela falta de emprego, acaba fazendo parte da PSR, por não ter vínculos familiares próximos para se apoiar, aportando na rua. O trecheiro é um tipo de migrante em situação de rua, mas já sem qualquer referência de moradia fixa, pois segue a disposição sazonal de oportunidades de trabalho, sendo um trabalhador que não fixa residência em lugar nenhum (VARANDA, 2003, p. 28-29).

Através da análise das pesquisas promovidas pelo MDS, para determinar os fatores que levam à situação de rua, no Brasil, chega-se à uma multiplicidade de causas, normalmente sofrendo o indivíduo uma confluência delas (BRASIL, 2008b, p. 07; SILVA, 2009, p. 82):

a) fatores estruturais: ausência de moradia, desemprego (29,8%) e renda, mudanças econômicas e institucionais;

b) fatores biográficos: ligados à história de vida de cada indivíduo, como rupturas de vínculos familiares (29,1%) e comunitários, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas (35,5%), infortúnios pessoas como a morte de todos os membros da família, roubo de todos os bens, fuga do país de origem;

c) fatos da natureza ou desastres de massas: terremotos, inundações.

Foram colocados, apenas, os percentuais dos fatores mais frequentes que levam à situação de rua, segundo a Pesquisa Nacional sobre População de Rua do MDS (BRASIL, 2008), que são, pela ordem: uso prejudicial de álcool e outras drogas, desemprego e rompimento de vínculos familiares.

Varanda e Adorno usam a expressão “experiências desestruturantes” para designar experiências individuais, que minam o potencial de organização interna de determinados indivíduos, a sua capacidade de articulação com o meio em que vive, a sua autoimagem, autoestima e a identidade dentro do grupo, vulnerabilizando-os; esses eventos se inter-relacionam com as questões estruturais da sociedade e podem levar a situação de rua. Verifica-se que o processo de vulnerabilidade dessas pessoas ocorre antes mesmo da ida para as ruas, no universo das redes de relações das

classes populares, onde ocorrem as experiências desestruturantes, como o desemprego, a pobreza extrema, o rompimento dos vínculos familiares, desocupações praticadas pelo poder público (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 57-63). O fator mais importante é o rompimento ou a fragilização dos vínculos familiares. A família pobre não se constitui como um núcleo, mas como uma rede, com ramificações que abrangem as conexões de parentesco como um todo, configurando uma trama de obrigações morais que enreda seus membros, em duplo sentido, viabilizando a sobrevivência de cada indivíduo e da família no apoio e sustentação básica (SARTI, 2005, p. 16).

Apesar do rompimento dos vínculos familiares, pelo fato da convivência em grupo consistir em necessidade fundamental do ser humano, estando em situação de rua, há uma ressignificação de suas relações sociais, constituindo novos grupos, reconstruindo vínculos afetivos, muitas vezes reproduzindo um contexto familiar, com denominações peculiares, tais como: “família da rua”, “irmão da rua”, “mãe/pai da rua”, “filho da rua” (BRASIL, 2012a, p. 35).

Qualquer pessoa pode vir a estar em situação de rua. Esse reconhecimento é fundamental para entender o fenômeno da população de rua. Como dito, é um grupo heterogêneo, por isso, eventualmente, pode também abarcar pessoas que sofreram tragédias pessoais ou acontecimentos extraordinários e que acabaram completamente excluídas da sociedade.

O massacre mais antigo de pessoas em situação de rua que se tem notícia na história recente do Brasil é o de 1962, quando quase 30 (trinta) moradores de rua foram assassinados na chamada “Operação Mata-Mendigo”, na capital do Rio de Janeiro, que teria sido comandada pelo então governador Carlos Lacerda. O objetivo era “limpar” as ruas da cidade para receber a rainha Elizabeth II da Inglaterra no ano seguinte. Com o golpe militar de 1964, os inquéritos que acusavam policiais de envolvimento nos assassinatos foram arquivados, e a rainha acabou vindo somente em 1968 (ESCALEIRA e RAMOS, 2009, p. 01).

Desde a década de 1980, movimentos sociais identificaram uma necessidade de atuação intersetorial comandada pelo Estado, fundamentada em direitos, que substituísse a atenção até então dada à situação de rua, que era assistencialista e caritativa.

Passaram-se mais de 20 anos até que esta pauta fosse inserida na agenda da política pública federal. Isso apenas ocorreu, após décadas de mobilização da

sociedade civil, e de chacinas tendo como vítimas pessoas em situação de rua, o que levou à criação de um movimento social próprio, visando coibir as violências praticada contra o povo da rua.

A chacina da Candelária, também ocorrida no Rio de Janeiro, ficou para a história como um dos mais bárbaros massacres contra crianças e adolescentes em situação de rua, tendo oito deles sido mortos. O crime ocorreu em 23 de julho de 1993. Três policiais militares foram condenados e dois foram absolvidos (ESCALEIRA e RAMOS, 2009, p. 01).

Nas madrugadas dos dias 19 e 22 de agosto de 2004, aconteceu o massacre da Sé, em São Paulo, em que foram mortas sete pessoas em situação de rua que dormiam na Praça da Sé, e outras oito ficaram feridas. Todas atingidas com golpes na cabeça. Não houve condenação. A denúncia foi rejeitada por falta de provas em relação à autoria de quatro dos acusados, pelo Superior Tribunal de Justiça (BRASIL, 2012c, p. 12-13), mas o processo original continua tramitando no Tribunal de Justiça de São Paulo em relação a dois outros réus (UM MASSACRE..., 2012, p. 01).

Assim, como repúdio à violência do massacre da Sé surgiu o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), atualmente, o movimento social mais atuante em defesa dos direitos da população em situação de rua.

Em 2003, aconteceu o acolhimento histórico da PSR, pelo governo federal, quando essa pauta foi, finalmente, levada aos ministérios. O MNPR demonstrou, então, ser capaz de atuar politicamente para promover a expedição de atos normativos referentes à situação de rua, que se seguiram ao longo dos últimos dez anos.

Em 2005, o MDS, através de sua Secretaria Nacional de Assistência Social, realizou o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, onde foram discutidas, com os movimentos sociais representativos desse segmento, as políticas públicas a serem destinadas a essa parcela da população. Como ação prioritária foi destacada a necessidade de se realizar uma pesquisa nacional visando quantificar e caracterizar esse grupo populacional (BRASIL, 2008b, p. 03), que aconteceu entre 2007 e 2008.

A PSR jamais fora contabilizada pelos censos realizados periodicamente no Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) vem realizando pesquisas experimentais, visando se preparar para incluir esta parcela da população no próximo censo demográfico nacional de 2020 (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2013, p. 01).

Em 2000, o Instituto Municipal de Pesquisa, Administração e Recursos Humanos realizou a pesquisa Moradores de Rua da Cidade de Fortaleza, apontando que 2.040 pessoas se encontravam nas ruas da capital cearense (MACIEL, 2004, p. 12).

Em 2005 foram realizadas pesquisas específicas nas cidades de Belo Horizonte e Recife (BRASIL, 2008b, p. 03-04). Na capital mineira, foram identificadas 916 pessoas adultas. Somando-se as crianças, os adolescentes e os adultos, atingiu-se o total de 1.164 pessoas. Em Recife, estimou-se o contingente de 1.590 pessoas em situação de rua, sendo 888 adultos.

Na Pesquisa Nacional sobre a População Adulta em Situação de Rua promovida pelo MDS, em 2008, realizada em 71 municípios brasileiros, não abrangendo São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, que fizeram as pesquisas próprias acima mencionadas, foi identificado um contingente de 31.922 pessoas em situação de rua com 18 anos ou mais de idade. Em média o contingente descrito corresponde a 0,061% da população das cidades pesquisadas (BRASIL, 2008b, p. 06).

Em 2011, foram contabilizadas em Porto Alegre, 1.203 pessoas adultas em situação de rua (PORTO ALEGRE, 2012, p. 06).

O censo realizado pelo Município de São Paulo em 2011 encontrou 14.478 (quatorze mil, quatrocentos e setenta e oito) pessoas, abrangendo crianças, adolescentes e adultos em situação de rua. A pesquisa não estimou a quantidade de pessoas com mais de 18 anos, diante de um número expressivo de pessoas sem informação etária (SÃO PAULO, 2012, p. 21).

Segundo a pesquisa nacional promovida pelo MDS, de 2008, a PSR é predominantemente masculina (82%), mais da metade (53%) das pessoas possuem entre 25 e 44 anos (BRASIL, 2008b, p. 06). Ou seja a maioria absoluta é formada por homens, adultos, em idade produtiva.

Em relação à cor, 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas, 27,9%, negras e 29,5%, brancas (BRASIL, 2008b, p. 06).

Os níveis de renda são baixos, visto que a maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 (vinte reais) e R\$ 80,00 (oitenta reais) semanais; 74% dos entrevistados sabem ler e escrever; 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome (BRASIL, 2008b, p. 07).

Entre 2002 foi realizada uma pesquisa em Salvador, pela Prefeitura de Salvador e pelo Governo do Estado da Bahia que contou 818 pessoas no dia 10 de

maio de 2002, dormindo nas principais ruas e avenidas da cidade, nas unidades de abrigo e em organizações comunitárias. Nesta pesquisa constatou-se que 77% eram homens, 98% negros e 1/3 estavam na faixa etária entre 25 e 39 anos (SALVADOR, 2002, p. 05).

Em 2009, a Prefeitura de Salvador realizou outra pesquisa, identificando 2.076 pessoas em situação de rua, abrangendo crianças, adolescentes e adultos. Segundo dados do IBGE, em junho de 2009 a cidade de Salvador contaria com uma população estimada em 2.998.056, assim a PSR em relação à população de Salvador estimada para 2009 seria de 0,067%. (SALVADOR, 2010, p. 15).

A população de rua encontrada em 2009, em Salvador, também era majoritariamente negra, masculina, adulta e em idade produtiva.

Nesta pesquisa, 74% originavam-se da própria Região Metropolitana de Salvador. Apenas 16,8% dos indivíduos entrevistados nasceram em outras regiões da Bahia, e 9,2% em outras unidades da federação ou em outros países (SALVADOR, 2010, p. 20):

A população de rua de Salvador origina-se, portanto, em sua própria região metropolitana, cuja economia historicamente nunca se mostrou capaz de incorporar a oferta de mão de obra existente na região, apresentando, por isso mesmo, uma das mais elevadas taxas de desemprego do País e um elevado percentual de ocupados em atividades informais, em boa medida trabalhando nas ruas da cidade. Nas últimas duas décadas e, em especial nos anos de 1990 e até 2003, num contexto de reestruturação produtiva, de anos com baixas taxas de crescimento da economia e de rápido crescimento da população jovem, as taxas de desemprego dos adolescentes e jovens explodiram na RMS chegando a atingir 44,1% do grupo etário de 18 a 24 anos em outubro de 2003, por exemplo (SALVADOR, 2010, p. 22-23).

Mais recentemente, em 2011, o Instituto de Humanidades da Universidade Federal da Bahia, sob a coordenação da professora Renata Veras, realizou uma pesquisa qualitativa com 195 entrevistados, visando caracterizar e investigar as condições de vida e de trabalho da população em situação de rua de Salvador. O resultado identificou 85% de homens, 15% de mulheres; 57% de negros, 34% de pardos e 09% de brancos; 45% entre 19 e 30 anos, 37% entre 31 e 49 anos, ou seja, 82% em idade produtiva (VERAS et al., 2014, p. 165-169).

Em relação aos motivos para estarem nas ruas: 50,2% relataram conflitos familiares; 13% desemprego; 13% álcool e drogas; 23% outros motivos. O uso abusivo

do álcool e outras drogas como um motivo de ida para as ruas (13,33%) (VERAS et al., 2014, p. 169).

Dos entrevistados desta última pesquisa, 43,59% estavam nas ruas há mais de 10 anos; 15,9% entre 05 a 10 anos; 25,64% entre 01 e 05 anos; 2,56% entre 06 meses a um ano; e 11,28% estavam nas ruas há menos de 06 meses (VERAS et al., 2014, p. 169).

Tais achados servem para contextualizar a magnitude dos problemas enfrentados pelas pessoas em situação de rua, introduzindo a questão: em que consiste o direito à saúde da população em situação de rua do Município de Salvador e como ele poderá ser efetivado.

3.1 EQUIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

O contraste entre as vulnerabilidades características de quem vive na situação de rua e a insuficiência dos recursos obtidos através da rede de serviços de saúde – grupos organizados da sociedade civil ou patrocinados pelo poder público – são indicadores de que a vinculação do tema população de rua e a saúde pública pode se evidenciar, não somente devido às precárias condições de saúde em que estas pessoas vivem, mas no tocante à articulação de políticas públicas integradoras das populações com necessidades especiais tendo em vista os princípios da universalização, equidade e integralidade, preconizados pelo SUS (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

A universalização da saúde apresenta o desafio de intervir na realidade tal como ela está constituída. Hoje a população de rua é parte do cenário urbano, requerendo intervenções que levem em conta como ela se constituiu e as formas de sobrevivências ali desenvolvidas (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

Segundo o princípio da equidade, deve-se tratar desigualmente os desiguais. Isso implica, em primeiro lugar, na realização de estudos epidemiológicos da população de rua e definições de estratégias e meios específicos que viabilizem o acesso desta população aos recursos de saúde disponíveis.

Estabelecer políticas públicas universais, como o SUS, considerando o princípio de equidade, significa estabelecer procedimentos, formas de atendimento e

diagnóstico flexíveis que considerem inclusive a atenção extramuros ou em meio aberto estendendo o serviço de saúde a essa população (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

Seguindo este entendimento, o Ministério da Saúde andou bem, ao elaborar um Plano Operativo com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde da população em situação de rua, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das respectivas condições de vida (falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc.) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (BRASIL, 2012b, p, 01).

As políticas sociais na área de saúde estão, pelo menos, minimamente reguladas por marcos legais, como a Constituição Federal e atos normativos do Ministério da Saúde que estabelecem protocolos e fluxogramas de ação, que se não são perfeitos, são bons, no papel, para o atendimento a demandas de saúde. O problema é que os municípios não executam como o previsto, por falta de gestão adequada, o cumprimento dos requisitos exigidos pelo Governo Federal.

As estratégias de enfrentamento do fenômeno PSR no Brasil, em suas esferas federal, estadual e municipal, na prática não oferecem políticas acessíveis e adequadas na área de saúde a esse grupo.

Para a maioria da PSR, a exclusão histórica é resultante do processo de precarização ou extinção de vagas de trabalho em razão das inovações tecnológicas, da existência de um grupo inumerável e permanente de desfiliaados, que não são considerados nem exército de reserva, por não terem perspectivas de serem inseridos no mercado de trabalho formal. Além disso, a ausência de violação de direitos sociais, negou-lhes a oportunidade de competir em igualdade de condições com os indivíduos que tiveram acesso à educação, saúde, moradia, alimentação adequada.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua do MDS, foram contadas, em 2008, 31.922 adultos no Brasil, excluindo-se São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que fizeram pesquisas próprias; 3.289 pessoas em situação de rua foram contadas em Salvador (BRASIL, 2008b, p. 03).

O MNPR trabalha desde a sua criação em 2005, inicialmente em São Paulo e em Minas Gerais, na visibilidade da PSR, no enfrentamento à discriminação e ao preconceito e na afirmação e efetivação de direitos, dentre os quais, o da saúde.

A relevância do princípio da equidade ganha destaque, quando se trata da PSR, pois essa população precisa de condições especiais nas ações e serviços e saúde, através de ações afirmativas, incluindo o empoderamento das pessoas em situação de rua, para que possam exercer o seu papel de titular e sujeito de direitos e exigir do Estado a prestação do seu direito.

Atualmente, a situação das ações e políticas de saúde em relação à PSR é de exclusão e injustiça. Ao menos, existe um posicionamento oficial do Ministério da Saúde, do reconhecimento das desigualdades e da necessidade de combatê-las a fim de se promover e efetivar o acesso à saúde desse grupo populacional, embora poucas ações foram concretamente implementadas.

No Município de Salvador, permanecem práticas discriminatórias por parte dos profissionais e pelos serviços e ações que impedem o acesso aos serviços de saúde, ou fazem com que as ações e serviços implementados não sejam ofertados de forma adequada e apropriada para atender as pessoas em situação de rua. Não há um reconhecimento de que há diferenças e desigualdades, nem uma disposição para superá-las.

Os principais obstáculos para a garantia do direito à saúde da PSR em Salvador consistem na invisibilidade desse grupo populacional, em face dos profissionais e gestores do SUS, no não reconhecimento das diferenças desse público e na não implementação das ações discriminatórias positivas.

3.2 DETERMINANTES SOCIAIS, PROBLEMAS E DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

No que tange ao conceito de “problema de saúde” optou-se por adotar um bem simples, de alteração do estado normal de saúde do indivíduo.

Também considerou-se “necessidades de saúde” e “necessidades médicas”, assim como, “demandas de saúde” e “demandas médicas” como similares, embora epistemicamente diferentes.

A construção de demandas de saúde é influenciada decisivamente por três atores distintos, com universos e pontos de vistas diferenciados, que se inter-relacionam: o indivíduo, o profissional médico e a instituição (PINHEIRO e LUZ, 2007, p. 26).

Neste trabalho, apenas se tratará das demandas construídas a partir do indivíduo. E, circunscrevendo mais, constituídas a partir do indivíduo em situação de rua.

Sobre demanda e necessidade, diz Iunes:

Sob um primeiro exame, o conceito de demanda se choca diretamente com o conceito de necessidade. Enquanto o primeiro está centrado sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências, o conceito de necessidade é uma definição exógena feita por um *expert*. (1995, p. 117).

Neste sentido, ocorre uma demanda de saúde quando o indivíduo, percebendo ter um problema médico, entende que deve demandar, isto é, acessar um serviço de saúde. Demanda, portanto, é o problema de saúde do ponto de vista do indivíduo, relacionado à questão do seu acesso ao serviço.

Necessidade de saúde, por sua vez, é a questão do problema de saúde do ponto de vista do profissional de saúde. Necessidade de saúde se dá, portanto, quando se apresenta, em um indivíduo, problema de saúde constatado por um médico ou equipe de saúde.

Ainda, no que tange à necessidade, diante da presença ou não de uma determinada condição, os profissionais de saúde, caracterizam uma situação como de necessidade médica ou não. O indivíduo, por sua vez, pode apresentar uma condição que se caracterizaria como uma necessidade médica, mas, pode não se conscientizar deste problema de saúde, por falta de conhecimento ou informação, ou porque o problema é assintomático. No entanto, com ou sem a necessidade médica, a pessoa pode demandar serviços de saúde (IUNES, 1995, p. 117):

A demanda, aqui, é entendida como o desejo de buscar atenção médica, e não o consumo efetivo, já que fatores externos não controlados pelo indivíduo, principalmente aqueles relacionados ao acesso (como distância, disponibilidade de médicos ou exames, períodos de espera muito altos, etc.), podem impedir que a demanda se transforme em utilização (IUNES, 1995, p. 117)

Tanto a demanda, quanto a necessidade de saúde da PSR são afetadas por fatores decorrentes da própria situação de rua.

O estigma e a discriminação permeiam a vida das pessoas em situação de rua, porque elas são vistas como não importantes para a sociedade. Quando se fala em

invisibilidade, se fala em desimportância, em desvalor. São consideradas cidadãs de segunda classe pela sociedade (MOURA JR., 2013, p. 19).

A PSR tem como uma das características a incapacidade aquisitiva (ESPINHEIRA, 2004, p. 03). Essa incapacidade aumenta ainda mais o desvalor da PSR em uma sociedade de consumo, como a brasileira. “A sociedade da informação, da informática, da revolução eletrônica, é também a sociedade do descarte do ser humano” (ESPINHEIRA, 2004a, p. 02).

Nesse contexto, a PSR geralmente é alvo de práticas discriminatórias, fazendo com que à pessoa em situação de rua assimile o estigma de inferioridade frente aos demais, provocando a autodepreciação. Essa concepção de inferioridade que rotula o indivíduo e que este toma para si, acaba por funcionar como justificativa para as práticas estigmatizadoras e para as agressões às pessoas em situação de rua, por eliminarem qualquer sentimento de alteridade (MOURA JR et al., 2013, p. 19).

O estigma é constituído de símbolos que representam as formas como as pessoas são reconhecidas.

“No caso das pessoas em situação de rua, esses signos poderiam ser representados pela pele desgastada, pela sujeira no corpo, pelas sacolas carregadas, pelo cheiro de suor, pelas doenças, pela loucura e pelo espaço público como morada”. (MOURA JR et al., 2013, p. 19).

O estigma retrata a pessoa em situação de rua como vagabunda, suja, doente, drogada, criminosa, violenta e culpada pela sua situação de pobreza (MOURA JR, 2012, p. 105-106).

A demanda de saúde da PSR é diretamente influenciada pelo estigma e pelas práticas discriminatórias, que geram dificuldades para o acesso ao serviço de saúde, quando há a percepção pessoal de um problema médico.

Além disso, o indivíduo em situação de rua pode não estar consciente do problema de saúde, por falta de conhecimento, informação, pelo problema ser assintomático ou em virtude da autodepreciação, fazendo com que ele não acesse o serviço de saúde, mesmo apresentando uma necessidade médica.

Cabe ressaltar também que a demanda pelo serviço de saúde da PSR, ocorre em grau diferenciado em relação aos outros segmentos da sociedade. A população em situação de rua sofre uma “resignação”, que interfere na forma de lidar com as questões de saúde e dificulta a relação com os profissionais dos serviços de saúde. Aliada com a autodepreciação, essa resignação faz com que o indivíduo em situação de rua não

reconheça seu corpo doente, fazendo com que ele raramente procure o serviço de saúde, suportando a presença dos sintomas de doenças, recorrendo à rede ambulatorial em último caso, com a acumulação de vários problemas de saúde ou quando os sintomas paralisam as suas atividades diárias ou ainda quando se encontra em estado extremamente grave (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 67; BRASIL, 2012a, p. 33-34).

Assim, muitas pessoas só se submetem a tratamentos de saúde quando são conduzidas pelo serviço de resgate ou por meio de instituições de assistência, ou quando ocorre a reincidência de doenças mal tratadas, como tem acontecido com casos de tuberculose (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 65).

Para Kenneth Arrow o conceito de demanda, na área de saúde, apresenta particularidades e características próprias, dentre as quais se destaca, que “a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível. Isto é, a maioria de nós não sabe quando e com que frequência vai necessitar de atenção médica” (1963 *apud* IUNES, 1995, p. 112).

Essa característica da demanda de saúde é ainda mais grave para a pessoa em situação de rua, caracterizada pela noção diferenciada do tempo e pela visão imediatista (BRASIL, 2011a, p. 152). Assim, quando submetida à inflexibilidade do agendamento de horários e ao fluxo rígido dos protocolos dos serviços de saúde, fica impossibilitada de segui-los e cumpri-los, inviabilizando o seu atendimento.

Apesar disso, a internalização do estigma social e da autodepreciação (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 67) não faz com que ela perceba que houve uma barreira provocada pelo sistema ao serviço de saúde. Ela concebe que a falta de acesso se deu, não pela inadequação do sistema às suas individualidades, ao contrário, entendendo que houve uma inadequação dela ao sistema, e acaba por se resignar e desistir da busca pelo atendimento de saúde.

A constatação das necessidades de saúde da PSR, por sua vez, é prejudicada, pelas práticas discriminatórias da sociedade, em relação à situação de rua, que acaba por influenciar a avaliação médica, posto que os médicos fazem parte dessa coletividade e acabam por comungar de seus valores e crenças.

Assim, a PSR pode apresentar uma condição que, segundo os profissionais de saúde, não caracterizaria uma situação de necessidade médica. Mas que, se aquela mesma condição de saúde fosse identificada em uma outra pessoa, que não estivesse em situação de rua, poderia ser considerada necessidade médica.

Essa disparidade entre o entendimento do que é necessidade médica, diante de um indivíduo em situação de rua e de outro que não esteja nesta situação, é possível, porque a noção do que seja necessidade médica de uma pessoa ou de uma sociedade é relativa: por não ser facilmente estabelecida ou acordada entre os profissionais da área essa noção; por não haver um padrão claramente definido do que seja "boa saúde"; pelo não conhecimento perfeito das condições de saúde da população, nem das intervenções capazes de melhorar as condições de saúde das pessoas. Como Cooper, citado por Iunes, coloca: "Necessidade é, em todo caso, uma questão de opinião médica, não um fato médico" (1974 *apud* IUNES, 1995, p. 119). Se é opinião, pode ser influenciado por valores sociais.

Atuações na área de educação para a saúde podem modificar as percepções de necessidades médicas, por parte dos usuários de saúde (IUNES, 1995, p. 118), e por parte dos médicos, reduzindo as iniquidades e injustiças em face da PSR.

O cotidiano da PSR é cercado pela violência, discriminação, humilhação, autodepreciação, que correspondem às DSS dessa população, ou seja, repercutem na saúde física e mental destas pessoas. A rua é um ambiente hostil e não garante condições básicas de vida e de saúde.

O *Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua*, publicação, do Ministério da Saúde, visa instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na promoção do cuidado à PSR, em sua prática profissional. Os fatores ou determinantes sociais de ocorrência de problemas de saúde e de risco (DSS) que ali estão considerados para a PSR são: a violência; alimentação incerta e em baixas condições de higiene; água de baixa qualidade e pouco disponível; privação de sono; privação de afeição; variações climáticas; cobertura limitada pelas equipes de Saúde da Família, pois em muitas cidades não há equipes específicas *extra muro*, para o atendimento da PSR (BRASIL, 2012a, p. 14, 52-53).

Em Salvador, estão em funcionamento, quatro³⁵ equipes de consultórios na rua, que fazem parte da Estratégia Saúde da Família. Segundo a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, em 2008, havia 3.289 pessoas em situação de rua em Salvador (BRASIL, 2008b). Como o Ministério da Saúde prevê uma equipe de Consultório na Rua para cada grupo de 80 a 1.000 pessoas em situação de rua (portaria GM/MS nº 123/12), o número de quatro consultórios na rua no Município de

³⁵ Consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 14 de jul. 2014.

Salvador está dentro da previsão normativa, entretanto é insatisfatória para uma atenção personalizada e ajustada a pluralidade de problemas de saúde e locais onde as pessoas em situação de rua se situam. Não é razoável se pretender uma devida assistência à saúde da PSR e promover a equidade e o acesso à saúde da PSR no Município de Salvador com uma rede de atenção tão fragilizada e com um número de consultórios na rua tão pequeno.

Outras DSS da PSR apontadas pelo Ministério da Saúde: falta de tempo para buscar atendimento para o cuidado da saúde, para garantir a sobrevivência, trabalhando, principalmente no mercado informal, normalmente catando materiais recicláveis e lavando carros; vergonha de buscar atendimento médico, em razão de sua “condição de higiene ou vestimentas malcuidadas”; ausência de escuta qualificada dos profissionais de saúde; a falta de autocuidado, uma vez que a PSR não percebe a própria necessidade de saúde; indicação de alta, meramente por critérios clínicos, desconsiderando a necessidade da pessoa em situação de rua de cuidados específicos de saúde; dificuldade de adesão e acompanhamento do tratamento pelo indivíduo em situação de rua (BRASIL, 2012a, p. 52-53).

Segundo Carneiro Junior e outros, observa-se prevalência maior de algumas enfermidades na PSR, quando comparada às da população em geral, tais como, seis vezes mais gestações, uma incidência 30 vezes maior de alcoolismo e uma ocorrência 57 vezes maior de tuberculose, “demonstrando, proporcionalmente, o grau de vulnerabilidade desse grupo” (2010, p. 709).

De acordo com a Pesquisa Nacional de 2008 promovida pelo MDS, 29,7% dos entrevistados relatou ter algum problema de saúde (BRASIL, 2008b, p.11).

Os problemas de saúde mais citados foram hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Relataram fazer uso de algum medicamento, 18,7% dos entrevistados. Desse grupo, 48,6% conseguem os medicamentos através de postos ou centros de saúde. Quando ficam doentes, 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuram o posto de saúde (BRASIL, 2008b, p.11).

Na pesquisa de 2002, ocorrida em Salvador, das pessoas que apresentaram ter algum problema de saúde (a pesquisa não informou quantos apresentaram ter problemas de saúde, em relação ao total de entrevistados), 43% apresentaram sofrer de alcoolismo ou dependência química, 47% de transtornos psiquiátricos e 10% de

doenças infectocontagiosas (BAHIA, 2002, p. 22). Essa pesquisa não demonstrou a possibilidade de uma mesma pessoa sofrer de mais de uma enfermidade. Porque a soma dos 43%, 47% e dos 10%, dá exatamente, 100%. Não houve a possibilidade de se averiguar comorbidade de doenças. Outro ponto relevante, a pesquisa não informou se as pessoas relataram ter esses problemas de saúde ou se o registro foi feito pelo pesquisador a partir de sua observação.

Pela pesquisa realizada em Salvador, em 2009, 20,1% das pessoas respondeu ter histórico de internação em hospital psiquiátrico; 13,4% em Centro de Reabilitação de Dependentes Químicos (SALVADOR, 2010, p. 24).

Em relação à ocorrência de enfermidades, 22,3% relataram sofrer de algum problema de saúde. As patologias mais frequentes foram: doença mental (6,2% do total; 27,7% em relação ao total de pessoas que relataram ter algum problema de saúde); problemas cardiovasculares (2,1% do total; 9,6% das que relataram ter problemas); tuberculose (1,9% do total; 8,5%, em relação a quem tinha problemas); problemas ortopédicos/traumas (1,7%; 7,4%, respectivamente); asma (1,4%; 6,4%); problemas gastroentéricos (1,4%; 6,4%); DST (1,2%; 5,3%); anemia (1%; 4,3%); outros problemas respiratórios (1%; 4,3%). Do total de pessoas entrevistadas, 45,4% informaram fazer uso de álcool ou outras drogas. Mas, salienta que 53,2% das pessoas se recusaram a responder esta pergunta (SALVADOR, 2010, p. 48).

Entre março a setembro de 2009, dois pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), também realizaram uma pesquisa, qualitativa com 13 pessoas em situação de rua do Município de Salvador, e identificaram, como principais problemas de saúde, referidos pelas pessoas entrevistadas: abuso de substâncias psicoativas, HIV/Aids, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais (AGUIAR e IRIART, 2012, p. 118).

Sobre problemas de saúde, na pesquisa de 2011, realizada em Salvador, pelo Instituto de Humanidades Artes e Ciências- IHAC da UFBA, 32% alegaram ter algum problema de saúde; 67% informaram que não possuíam problema médico (VERAS et al., 2014, p. 172).

No que tange às demandas de saúde, o *Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua* apresenta uma lista de barreiras para o acesso à saúde pela PSR:

1. Hospitais exigem acompanhante para a pessoa em situação de rua ser atendida;
2. As UBS tradicionais não costumam adscrever moradores de rua;
3. O SAMU, por considerar um problema social, muitas vezes tem dificuldade em atender pacientes que julgam ser em situação de rua;
4. Horários de consultas às vezes são incompatíveis com horários de sobrevivência na rua;
5. Profissionais de saúde alheios à realidade da PSR prescrevem medicamentos inexistentes na rede e caros;
6. Falta de vagas suficientes de psiquiatria em hospitais gerais para a população;
7. Dificuldades na dispensação de medicamentos para quem não pode absolutamente comprá-los;
8. Serviços que deem suporte a usuários de álcool e droga em quantidade suficiente;
9. Falta habilidade para os profissionais trabalharem com a população em situação de rua;
10. Dificuldade no acesso a vagas em leitos de urgência;
11. Locais adequados para restabelecimento após alta hospitalar em quantidade suficiente;
12. Dificuldade dos usuários com a marcação de consultas especializadas, não tendo acesso à guia de referência quando marcadas as consultas;
13. Demora na marcação de consultas em algumas especialidades (BRASIL, 2012a, p. 40).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua promovida pelo MDS, entre agosto de 2007 a março de 2008, em 71 (setenta e uma) cidades brasileiras, as pessoas em situação de rua são impedidas de acessar e receber atendimento dos serviços de saúde (18,4%), entrar em estabelecimentos comerciais (31,8%), entrar em shopping centers (31,3%), em transportes coletivos (29,8%) e em órgãos públicos (21,7%) (BRASIL, 2008b, p. 08).

Na pesquisa realizada em 2009 em Salvador e, com relatório publicado em 2010, 43,6% dos entrevistados declararam já terem sido rechaçados e impedidos de entrar em espaços públicos ou privados. Desses, 37,1% foram barrados de ingressar em estabelecimentos comerciais, 23,1% em transporte coletivo, 23,8% em Shopping Centers, 7,5% em bancos, 4,6%, não puderam ingressar em repartições públicas, e 3,9% foram proibidos de sequer entrar em estabelecimentos de saúde. Dos entrevistados, 39,4% informaram ter buscado algum serviço hospitalar. 24,9% relataram ter buscado algum serviço ambulatorial de saúde (SALVADOR, 2010, p. 42-43).

O percentual de 18,4% de pessoas em situação de rua impedidas de ingressar em algum hospital, posto, centro ou outro serviço de saúde, à primeira vista, pode aparentar que a imensa maioria da PSR, ou seja, 81,6% teria amplo acesso ao direito à saúde e aos seus serviços e que a alegada dificuldade de acesso ao direito e ao

serviço de saúde seria exceção. Em maior proporção, pode-se dizer que praticamente não há falta de acesso ao serviço de saúde pública em Salvador, com o percentual de 3,9% de pessoas impedidas de ingressar em unidades de saúde, desta capital (SALVADOR, 2010, p. 42).

Essa conclusão não é correta e a situação é mais complexa. O fato de ter serviço público de saúde disponível não garante o seu acesso (CARNEIRO JUNIOR et al., 2010, p. 710).

Como dito no sumário da pesquisa nacional, “as pessoas em situação de rua sofrem muitas discriminações, que se expressam, por exemplo, no fato de serem frequentemente impedidas de entrar em certos locais”. Por isso, é importante ressaltar que a mensuração da informação da referida pesquisa (18,4%), se deu, apenas, com base em informações sobre impedimentos sofridos. Desconsiderando, as possíveis não tentativas, advindas do fato de que muitos indivíduos nem tentam entrar em certos locais para evitar o constrangimento de serem barrados (BRASIL, 2008b, p. 13).

Na pesquisa realizada em Salvador, pelos pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), um dos entrevistados revelou que evitava acessar os serviços de saúde: para “não incomodar os outros” (AGUIAR e IRIART, 2012, p. 121). Demonstrando, que a autodepreciação e a baixa autoestima são fatores impeditivos da demanda de saúde da PSR.

Na pesquisa qualitativa realizada, em 2009, pelos dois pesquisadores do ISC-UFBA, em Salvador, com 13 pessoas em situação de rua, elas tenderam a fazer uma avaliação positiva de suas condições de saúde. A maioria relatou se sentir bem, porém, ao mesmo tempo, alegou sentir problemas médicos, como dores de cabeça, problemas gastrointestinais, gripes, pequenos ferimentos ou problemas de visão, dentre outros. Essas falas demonstram que, saúde para a PSR, “está associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas” (AGUIAR e IRIART, 2012, p. 120).

A doença, para a PSR de Salvador, pela mesma pesquisa, foi associada ao estado de debilidade, a ponto do indivíduo não poder trabalhar, nem ganhar dinheiro, nem realizar tarefas simples, e, em caso extremo, do organismo não suportar o sofrimento, enfraquecer e sucumbir ou não conseguir reagir, nem para pedir ajuda (AGUIAR e IRIART, 2012, p. 120).

Assim, “doença, para a população em situação de rua, geralmente tende a ser considerada como tal, quando é aguda, demandando pronto atendimento, ou, quando é impeditiva de atividades cotidianas” (AGUIAR; IRIART, 2012, p. 120).

Nesta mesma pesquisa, os entrevistados justificaram o fato de não recorrerem aos serviços de saúde, também, pela dificuldade de deixar de trabalhar e garantir a sobrevivência, para fazê-lo. “Também foi questionada a efetividade do atendimento médico, dado que eles iriam em seguida retornar para as ruas sem o acesso aos medicamentos prescritos” e sem ter condições para dar continuidade ao tratamento. Por exemplo, um dos interlocutores da pesquisa apresentou uma fratura em um dos ossos da mão e, apesar da dor, havia retirado o gesso, para poder trabalhar (AGUIAR e IRIART, 2012, p. 121).

Por isso, muitas pessoas em situação de rua apenas se submetem a tratamentos de saúde quando são conduzidas pelo serviço de resgate ou por meio de instituições de assistência ou ainda por equipes de serviço social que fazem abordagens nas ruas, porque, como já dito, encontram dificuldades em recorrer aos serviços de saúde espontaneamente (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 67).

Isso significa que 18,4% ou o 3,9% dos entrevistados, da pesquisa de 2009, de Salvador, por si só já vulnerabilizadas e alquebradas pela condição de encontrar-se em situação de rua, com dificuldades cotidianas básicas de sobrevivência, em razão de um ambiente de violência e discriminação, capaz de enfraquecer sua saúde física e psíquica, em razão do estigma e da autodepreciação, dirigem-se ao serviço de saúde, em último caso, quando não suportam mais o acúmulo de vários problemas de saúde e, mesmo precisando de tratamento imediato, são impedidas de ter acesso ao serviço de saúde.

Na pesquisa realizada, em Salvador, em 2009, pelos pesquisadores do ISC-UFBA, profissionais que trabalham com PSR, em uma entidade filantrópica, relataram que:

[...] o atendimento da população em situação de rua no serviço público soteropolitano é precário e marcado pela existência de preconceito por parte de profissionais de saúde, incluindo denúncias de práticas que causam sofrimento desnecessário como a realização de suturas sem anestesia (AGUIAR e IRIART, 2012, p. 121).

Assim, embora a rede de saúde, em tese, possa ser acessada por qualquer pessoa, há uma convenção silenciosa que discrimina e obsta o acesso a ela, pelas pessoas em situação de rua, em razão do preconceito e do estigma que a sociedade

nutre em relação à PSR e que também afetam os profissionais dos serviços de saúde, em geral, não capacitados em relação às especificidades do usuário em situação de rua, impondo obstáculos, às vezes intransponíveis, ao tratamento (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 67; MOURA JR et al., 2013, p. 19-26).

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DETERMINANTES SOCIAIS, INEQUIDADES E DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

As ações estratégicas para a efetivação do direito à saúde da PSR do Município de Salvador, cuja promoção é objeto deste trabalho, precisam enfrentar e focar:

- a) os problemas de saúde mais comuns da PSR e suas determinantes sociais;
- b) as dificuldades da PSR em acessar o serviço de saúde para atender suas demandas médicas.

Saúde, conforme a OMS, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social. E, não é possível gozar do estado de saúde desejável, sem o cumprimento dos direitos fundamentais. O estado de completo bem estar também se configura através da extensão das capacidades que, igualmente, se dá mediante a promoção dos direitos sociais, como educação, alimentação, moradia etc.

De acordo com o *Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua*, existe uma variedade de fatores que determinam a ocorrência de problemas de saúde (BRASIL, 2012a, p. 52-53), que também afetam as pessoas em situação de rua de Salvador.

Para enfrentar essas DSS e promover um melhor estado de saúde para a PSR, é preciso diligenciar a concretização de direitos sociais.

Os fatores ou determinantes mais comuns entre a PSR são os que se seguem, com o Direito social correspondente que deveria demandar a política social responsável pelo seu enfrentamento: violência – direito à segurança; alimentação incerta e em baixas condições de higiene, água de baixa qualidade e pouco disponível – direito à segurança alimentar e nutricional; privação de sono, variações climáticas – direito à assistência social e direito à moradia; privação de afeição – direito ao lazer; indisponibilidade de tempo para acessar o serviço de saúde – direito ao trabalho e à inclusão produtiva; vergonha – direito à educação em direitos humanos; necessidade

de escuta qualificada – direito à saúde, com a capacitação dos profissionais que atendem a PSR; falta do autocuidado – direito à saúde, com educação em saúde; indicação de alta, meramente por critérios clínicos – direito à saúde, com internação por vulnerabilidade social; dificuldade de adesão e acompanhamento do tratamento, direito à saúde, com implantação de uma casa de cuidados.

Os problemas de saúde mais recorrentes da PSR do Município de Salvador encontrados foram: escabiose, disenteria, piolhos, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, transtornos mentais, elevadas prevalências de HIV e vírus de hepatite B e C, hanseníase, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, problemas dermatológicos principalmente nos pés, gravidez de alto risco, doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes, problemas de visão/cegueira, problemas ortopédicos/traumas, asma, problemas gastroentéricos e gastrointestinais, anemia, outros problemas respiratórios e doenças bucais (BORDIGNON et al., 2013, p. 631; BRITO et al., 2007, p. 48; BRASIL, 2008a, p. 20; BRASIL, 2012a, p. 57-80; AGUIAR e IRIART, 2012, p. 118).

Para o cuidado adequado dessas enfermidades, o Ministério da Saúde optou pela implantação de equipes de Consultório na Rua que realizam, externamente, através de uma equipe de abordagem, o atendimento de atenção básica e de redução de danos, relacionado à saúde mental, incluindo a relativa ao uso de álcool e outras drogas (portarias GM/MS nº 2.488 e 3.088 de 2011 e 122 e 123 de 2012).

As dificuldades da PSR em acessar o serviço de saúde para atender suas demandas médicas, estão listadas, abaixo, juntamente com possíveis ações estratégicas de política de saúde para o seu enfrentamento:

Quadro 1 – Fatores de iniquidades em saúde da população em situação de rua e ações específicas de enfrentamento

Dificuldades da PSR em acessar o serviço de saúde para atender suas demandas médicas (fatores de iniquidades em saúde)	Ação específica de política de saúde para garantir a equidade em saúde
Exigência de acompanhante em Hospitais para o atendimento da PSR	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua e adequação do fluxo e protocolo de atendimento dos serviços de saúde às demandas da PSR
As unidades básicas de saúde não costumam registrar, em seu grupo de pacientes, pessoas em situação de rua	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua e adequação do fluxo e protocolo de atendimento dos serviços de saúde às demandas da PSR
O SAMU ainda tem se recusado à atender PSR, por entender que é atribuição dos órgãos de assistência social socorrer indivíduo em situação de rua que demanda uma necessidade médica	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua e sobre políticas sociais; educação em direitos humanos e controle social por parte do indivíduo em situação de rua, através de reclamação à Ouvidoria da Secretaria Municipal De Saúde.
Horários de consultas às vezes incompatíveis com horários de sobrevivência na rua	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua e adequação do fluxo e protocolo de atendimento dos serviços de saúde às demandas da PSR
Profissionais de saúde, alheios à realidade da PSR, prescrevem medicamentos inexistentes na rede e caros	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua
Falta de vagas suficientes de psiquiatria em hospitais gerais para a população	Aumento do número de vagas em Hospitais Gerais, com leitos em psiquiatria
Dificuldades na dispensação de medicamentos para quem não pode absolutamente comprá-los	Fornecimento gratuito pelo SUS dos medicamentos necessários na rede de farmácias de todos os serviços de Saúde Pública
Serviços que deem suporte a usuários de álcool e droga em quantidade suficiente	Centros de Atenção Psicossocial I, II e III e equipes de consultórios na rua, em número suficiente para atender a demanda populacional em situação de rua
Falta de habilidade dos profissionais para trabalharem com a população em situação de rua	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua
Dificuldade no acesso a vagas em leitos de urgência	Aumento do número de leitos de urgência e Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua
Locais adequados para restabelecimento após alta hospitalar em quantidade suficiente	Implantação de casas de cuidados para a PSR
Dificuldade de demora para a marcação de consultas	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua e adequação do fluxo e protocolo de atendimento prioritário dos serviços de saúde às demandas da PSR
Proibição de ingresso no estabelecimento de saúde	Capacitação dos profissionais de saúde para as especificidades da situação de rua
A pessoa em situação de rua não se percebe doente ou deixa de acessar o serviço, em razão de autodepreciação e baixa autoestima	Educação em saúde para a PSR

Fontes: (BRASIL, 2012a, p. 40; AGUIAR e IRIART, 2012, p. 121; VARANDA e ADORNO, 2004, p. 67)

Os problemas enfrentados pela PSR em relação ao acesso e efetivação do direito à saúde são complexos e devem ser enfrentados de forma intersetorial, abrangendo ações que visem a efetivação de políticas sociais diversas, para efetivar os variados direitos sociais de assistência social, moradia, trabalho, alimentação, educação.

As estratégias de enfrentamento às questões relacionadas às condições de saúde da PSR, devem ser focadas na promoção de igualdade de oportunidades, no enfrentamento à privação de capacidades, em suma, deve abranger a efetivação dos diversos direitos sociais, através de políticas públicas.

4 POLÍTICAS SOCIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

4.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Para a finalidade desta pesquisa, adota-se as seguintes concepções de política e política pública.

Política é a decisão adotada no tocante ao uso e à administração dos bens públicos. Essa decisão pode gerar, ou não, políticas públicas, que consistem em conjuntos de ações e programas estatais que visem implementar as decisões políticas adotadas.

Uma política pública pode ser conceituada como a coordenação dos meios à disposição do Estado, de modo a harmonizar as atividades estatais e privadas visando a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados (BUCCI, 1997, p. 91). Em suma, o conjunto de ações estrategicamente escolhidas para implementar determinadas decisões tomadas pelo governo.

A política pública é chamada de pública não porque oriunda de uma decisão do Estado, mas porque é de todos, envolvendo o Estado e a sociedade.

A justificativa para o aparecimento das políticas sociais são os próprios direitos sociais, visto que eles exigem uma prestação do Estado, que se dá através deste tipo de políticas públicas (BUCCI, 1997, p. 90).

Políticas sociais são mecanismos políticos e institucionais que as sociedades constroem, a partir da força de movimentos sociais e políticos, visando proteger ou promover os direitos sociais de seus membros (IPEA, 2011, p. 03).

No Brasil, as políticas sociais, e por consequência, os direitos sociais, são implementados através de ações estatais e estão constantemente no centro do debate político, entre outros motivos, porque respondem por uma fração considerável do gasto público (IPEA, 2011, p. 03).

No entanto, desde a Constituição de 1988, constata-se que, através das políticas sociais é que se está estruturando e melhorando as condições básicas de vida da população, principalmente às relacionadas à pobreza e à desigualdade (IPEA, 2011, p. 03).

Políticas sociais, neste contexto, são ações e programas estatais que visam implementar planos, programas ou projetos de efetivação de direitos sociais.

Efetivar significa tornar concreto, realizar, que se manifesta por uma atividade real. O que se quer, através de uma política social, é que um direito social se torne efetivo, passe do mundo normativo para o mundo real, garantindo o seu exercício pelas pessoas, que dele necessitam.

São políticas sociais as políticas de previdência, saúde, assistência social, de educação, de habitação. Neste trabalho, investiga-se a efetivação da política social de saúde para a PSR. Porque, é através de políticas sociais que se efetiva o direito à saúde.

São programas e ações da política social de saúde no Brasil, por exemplo: o programa de agentes comunitários de saúde; as equipes de saúde da família; as equipes de saúde bucal; as consultas médicas (IPEA, 2011, p. 05) e especificamente para a PSR, os consultórios na rua.

Portanto, política pública não é gasto, é investimento. Investir no ser humano é investir na sociedade.

Todavia, as políticas sociais universais, como a de saúde, têm sido implantadas de forma residual e restritiva. Essas restrições aparecem de diversas formas no que tange à PSR, através, por exemplo, das exigências formais, para poder participar dos programas de saúde, como exigir a apresentação do documento de identificação ou exames médicos de pessoas em situação de rua, que têm os seus documentos extraviados constantemente.

As políticas sociais de saúde precisam ser direcionadas, de forma específica, respeitando as singularidades deste grupo populacional, com financiamento regular, nacionalmente articuladas, com intervenção conjugada das três esferas do governo. Além disso, devem ser vinculadas a uma capacitação permanente dirigida aos profissionais de saúde que devem prestar serviços públicos à PSR, visando romper o estigma social e a falta de cuidado que recaem sobre esse grupo.

Diante desse quadro, relacionando-se a desigualdade social, a pobreza e a situação de rua no Brasil com a ausência de políticas sociais suficientes e adequadas

para a população em extrema pobreza, fica claro que, para se enfrentar a questão da situação de rua, os fatores determinantes de problemas de saúde e de risco e as desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde, é fundamental a efetivação de políticas sociais específicas e peculiares para este grupo vulnerável.

Por isso, para efetivar os direitos sociais da PSR, foram normatizadas algumas ações de políticas sociais próprias para assistir esta população.

A relação histórica entre as políticas sociais e a PSR, no Brasil, é quase ínfima ou inexistente, o que pode ser comprovada pela pesquisa nacional realizada com a PSR em 2008, pelo MDS, que demonstrou que 88,5% das pessoas entrevistadas não tinham acesso a quaisquer benefícios de órgãos governamentais (BRASIL, 2008b, p. 12).

Durante a redemocratização do país, iniciada na década de 1980, houve forte mobilização popular, tanto na área de saúde, como também pela construção de políticas públicas para minorias e grupos vulneráveis, como a PSR, o que culminou na Constituição Federal de 1988, com forte cunho social.

Em 1993, aconteceu o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, o primeiro Grito dos Excluídos, em 1995 e a primeira Marcha do Povo da Rua, em 2001.

Em 2003, de forma inédita o governo federal reconheceu e promoveu uma interlocução com representantes do MNPR, passando a analisar as suas demandas.

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência social, através da resolução do Conselho Nacional de Assistência social (CNAS) nº 145, de 15 de outubro de 2004, que passou a atribuir, à Proteção Social Especial do Sistema Único de Saúde (SUAS), o atendimento da PSR.

Em 2005, houve uma alteração na Lei de Organização de Assistência social (LOAS) beneficiando a PSR, passando a incluir expressamente atendimento especializado para a esse grupo populacional³⁶.

Neste mesmo ano, houve o 1º Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. O relatório deste encontro, publicado pelo MDS em 2006, contém a síntese dos resultados produzidos e os subsídios para a construção do primeiro esboço de uma Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR).

³⁶ Art. 23 da Lei n.º 8.742/93, com redação dada pela lei nº 11.258, de 2005. “Entendem-se por serviços assistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei. Parágrafo único. Na organização dos serviços da Assistência social serão criados programas de amparo: I – às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990; II – às pessoas que vivem em situação de rua”.

O decreto federal sem número de 25/10/2006 criou o Grupo de Trabalho Interministerial para discutir e criar a PNPR.

Entre agosto de 2007 e março de 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua pelo MDS, através da Meta Instituto de Pesquisa de Opinião.

Em maio de 2008, foi publicada, pelo Grupo de Trabalho Interministerial, criado em 2006, uma proposta de Política Nacional para a Inclusão social da População em Situação de Rua (PNIS), visando orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas para a PSR.

Nos dias 19 e 20 de maio de 2009, houve o 2º Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, quando foi concluída a discussão a respeito da PNPR. Ao final do Encontro, no dia 20 de maio, foi elaborada e divulgada a *Carta de Brasília Aberta ao Presidente da República Federativa do Brasil*, onde são listadas uma série de proposições em favor da PSR, dentre as quais, escolhidas como prioritárias, a necessidade da formalização da PNPR, a implantação de um Comitê Nacional para monitorá-la e a criação de um Centro Nacional de Defesa de direitos humanos (CNDDH) da PSR.

Em junho de 2009, ficou pronto o relatório deste 2º Encontro, intitulado *Propostas de Políticas Públicas para Inclusão social da População em Situação de Rua* (BRASIL, 2009b, p. 01) que respaldou, de fato, a construção da PNPR instituída, finalmente, em 23 de dezembro de 2009, com a expedição do decreto federal nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.

Ainda em 2009, o Conselho Nacional de Assistência social (CNAS) expediu a resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 aprovando a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que organiza e descreve as unidades e os serviços ofertados pelo Sistema Único de Assistência social (SUAS).

Na Tipificação, foram previstos serviços específicos para a PSR: como o serviço especializado em abordagem social, que atende e acompanha as pessoas nas ruas; o serviço especializado de atendimento e acompanhamento para a PSR, oferecido em Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP); e serviços de acolhimento institucional.

Em 2010, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde divulgou o *Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua* (BRASIL, 2010d, p. 01).

Em 07 de abril de 2011, foi inaugurado, em Belo Horizonte, o Centro Nacional de Defesa dos direitos humanos da População em Situação de Rua e dos Catadores de Material Reciclável (CNDDH), com a incumbência de fazer o levantamento dos números da violência envolvendo a PSR e o atendimento local dos casos noticiados.

A portaria nº 610 de 26 de dezembro de 2011, do Ministério das Cidades, dispôs sobre os parâmetros de priorização e o processo de seleção dos beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida, autorizando o Distrito Federal, estados e municípios a definir critérios que pudessem priorizar pessoas em situação de rua para o recebimento de unidades habitacionais, através do referido programa.

Em 18 de abril de 2013, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência social (CNAS), a resolução nº 09, de 18 de abril de 2013, que trata da expansão qualificada e do reordenamento dos serviços especializados em abordagem social, atendimento e acompanhamento e acolhimento das pessoas em situação de rua.

Na área da saúde, tem-se as seguintes estratégias e formulações relacionadas às políticas sociais para a PSR.

A PNIS publicada em maio de 2008, pelo Grupo de Trabalho Interministerial para a PSR criado em 2006, previu ações e estratégias específicas para enfrentar dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a população de rua.

Em outubro de 2008, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), solicitou ao seu Comitê Técnico Assessor, que procedesse à revisão das recomendações vigentes no país para o controle da tuberculose. Diante disso, o referido comitê organizou-se em Grupos Técnicos Permanentes, divididos por áreas a serem revisadas, tendo sido criado um GT Permanente para a PSR.

Como fruto do trabalho desses GTs, em 2010, foi publicado, pelo Ministério da Saúde, o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*, reservando um capítulo para tratar da PSR.

A portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009 do Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua.

A portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, do Ministério da Saúde, regulamentou o Sistema Cartão Nacional de Saúde, desobrigando, especificamente, as pessoas em

situação de rua de apresentarem comprovante do endereço do domicílio, no momento do cadastramento do cartão do SUS³⁷.

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde, publicou a portaria nº 2.488, de 21 de outubro aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, onde previu equipes de consultório na rua, cujas diretrizes, organização e composição foram definidas nas portarias nº GM/MS 122 e nº 123, ambas de 25 de janeiro de 2012. Essas equipes são da Atenção Básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

A portaria GM/MS nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011, dispôs sobre a transferência de recursos aos estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no SUS. Em contrapartida ao repasse de recursos, prescreveu a realização de encontros de participação popular e de controle social com gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam nos movimentos da PSR (alínea “a”, inciso I, do art. 3º) e o estabelecimento de Comitês Técnico de Saúde da População de Rua estaduais (inciso V, do art. 5º).

A portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Prevendo, como um dos objetivos específicos expressos da RAPS, a promoção de cuidados em saúde especialmente de grupos mais vulneráveis, como a PSR.

A portaria SAS/MS nº 160, de 1º de março de 2012, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, estabeleceu normas para o cadastramento, pelos municípios, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, das equipes de consultórios na rua para a PSR.

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou a publicação: *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*, visando instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional, buscando

³⁷Art. 23 da portaria n. 940/2011 do Ministério da Saúde: “Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento. § 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua”.

ampliar e construir novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população (BRASIL, 2012a, p. 14).

No mesmo ano, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, publicou o *Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015*, tendo como finalidade a apresentação de ações e estratégias para a intervenção do SUS – e seus órgãos de gestão federal, estadual/distrital e municipal – no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR (BRASIL, 2012b, p. 02).

A resolução CIT/MS nº 05, de 21 de novembro de 2012, estabeleceu diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a PSR no âmbito do SUS.

A resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, instituída pela Comissão de Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde, definiu diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR também no âmbito do SUS.

No contexto o Município de Salvador, primeiramente foi publicado o decreto estadual nº 13.795 de 21 de março de 2012, instituindo o *Programa Bahia Acolhe* no Estado da Bahia, no âmbito da assistência social, tendo por objetivo a promoção de ações integradas voltadas para a garantia dos direitos socioassistenciais da PSR³⁸.

No ano seguinte, foi expedido o decreto municipal nº 23.836 de 22 de março de 2013, instituindo a Política Municipal para a População em Situação de Rua de Salvador. E, em 2014, a lei nº 12.947 de 10 de fevereiro, instituiu a Política para a População em Situação de Rua no Estado da Bahia. Ambos os diplomas legislativos praticamente repetiram, adaptando para os âmbitos municipal e estadual, a PNPR.

³⁸ Artigo 1º do decreto estadual nº 13.795/2012.

4.2 POLÍTICAS NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE SALVADOR

O decreto nº 7.053 de 2009 foi expedido, pelo então Presidente da República, instituindo a PNPR, tendo por finalidade declarar princípios, diretrizes e objetivos para a atuação da administração pública federal, e para os entes federativos que aderirem à referida Política.

Os estados membros e os municípios que não aderirem à PNPR não são obrigados a segui-la.

O decreto consiste em um ato administrativo, resultado do poder normativo da administração pública. Embora não seja uma lei, emanada do Poder Legislativo, o decreto tem o caráter de ser exigível em face da própria administração pública que o expediu (MARINELA, 2006, p. 140).

É um ato geral, pois não tem um destinatário específico. Destina-se a toda a administração pública federal e aos entes que a aderirem ao decreto.

O ato normativo visa complementar uma previsão constitucional ou legal. No caso, o decreto federal nº 7.053/2009 está regulamentando a própria CF/88, como o seu inciso III, do art. 1º, que trata da dignidade da pessoa humana; o seu conteúdo está cumprindo os objetivos fundamentais do Brasil, previstos nos incisos I, III e IV do art. 3º, quais sejam: a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais; e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. O referido decreto também é um instrumento para a promoção da assistência aos desamparados prevista no art. 6º da CF/88; da busca da aplicação dos objetivos da ordem social prevista na CF/88, quais sejam, “o bem-estar e a justiça sociais” (art. 193, CF/88).

Como as pessoas em situação de rua são destituídas de acesso aos direitos sociais básicos, sem moradia regular ou convencional, com os vínculos familiares rompidos ou fragilizados são consideradas desamparadas nos termos constitucionais.

Política Nacional é a forma de atuação, ideologicamente orientada, de um governo federal, em relação a um determinado tema de interesse público, visando nortear a tomada de decisões e alcançar determinados objetivos.

Assim, o decreto federal n.º 7.053/09 serve de marco legal para nortear o sistema de proteção jurídica para a PSR, uma vez que prevê princípios, objetivos e diretrizes da política nacional.

A Política Nacional é importante porque: faz com que a atuação intersetorial tenha um norte, pois terá que seguir os princípios, diretrizes e objetivos previstos no decreto da PNPR; pretende facilitar a discussão do orçamento necessário para cada área de atuação, ao traçar orientações norteadoras para a política para a PSR; busca qualificar o acesso aos serviços de promoção e proteção de direitos sociais; e, principalmente, representa um compromisso público de que o governo federal está empenhado em efetivar direitos sociais das pessoas em situação de rua.

Os chefes do Poder Executivo do Município de Salvador e do Estado da Bahia não assinaram³⁹ o termo de adesão à PNPR⁴⁰. Porém, o Estado da Bahia publicou a lei nº 12.947 de 10 de fevereiro de 2014, que instituiu a Política Estadual para a População em Situação de Rua, e o Município de Salvador editou a Política Municipal para a População em Situação de Rua, através do decreto nº 23.836 de 22 de março de 2013.

Tanto a lei que prevê a Política Estadual, quanto o decreto que criou a Política Municipal para a PSR repetem o conteúdo disposto na PNPR, com pequenas alterações e principalmente adaptações referentes às esferas municipal e estadual de governo, vinculando suas respectivas secretarias aos mesmos princípios, diretrizes e objetivos da PNPR e servindo de instrumento para controle e fiscalização pelos órgãos de defesa de direitos – a Defensoria Pública e o Ministério Público – e do controle popular, através do movimento social organizado e do Fórum Permanente de Discussão da População em Situação de Rua de Salvador.

O artigo 2º, do decreto federal, dispõe que a PNPR deverá ser implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de instrumento próprio.

Para que haja a implementação da PNPR é essencial que os entes federativos, a União, os Estados e os Municípios se articulem na efetivação das políticas sociais.

³⁹ Goiânia, São Paulo, Curitiba, Maceió, Porto Alegre e Florianópolis foram as capitais que aderiram à Política Nacional para a População em Situação de Rua até 08 de agosto de 2014. Sergipe foi o único Estado. O Distrito Federal foi a primeira unidade da federação a celebrar a adesão.

⁴⁰ Art. 2º do decreto federal 7.053/09. A Política Nacional para a População em Situação de Rua será implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de instrumento próprio. Parágrafo único. O instrumento de adesão definirá as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas.

O artigo 3º do decreto nº 7.053/09 dispõe que os entes da federação que aderirem à PNPR, deverão instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da PSR, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população.

Esses comitês, denominados de Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento, estão previstos também no art. 7º do decreto nº 22.836/13, o comitê municipal, e no art. 8º da lei nº 12.947/14, o estadual, que devem ser integrados por representantes da sociedade civil e das secretarias municipais e estaduais de promoção social e combate à pobreza, da saúde, da educação, da infraestrutura, da ordem pública e da casa civil. Esses comitês são paritários, pois também preveem a participação da sociedade civil com igual número de representantes⁴¹. Também possibilita o controle da lei e da efetiva aplicação dos direitos fundamentais sociais, mediante a participação como convidados do Ministério Público e da Defensoria Pública⁴². No âmbito estadual, a secretaria de segurança pública também pode ser convidada.

Diante das obrigações constitucionais da Defensoria Pública, este órgão tem por obrigação, participar desses comitês. A Lei Federal Orgânica da Defensoria⁴³ e a Lei Orgânica da Defensoria Estadual⁴⁴ preveem a participação da Defensoria em conselhos de direitos estaduais, municipais, comunitários grupos de trabalho e comissões, afetos às funções da Defensoria Pública. Evidentemente que inclui os comitês Intersetoriais municipal e estadual de acompanhamento e monitoramento das políticas municipal e estadual para a PSR, visto que as pessoas em situação de rua

⁴¹ Art. 7º da Política Municipal. § 1º A sociedade civil terá 6 (seis) representantes, titulares e suplentes, sendo 3 (três) de organizações de âmbito municipal da população em situação de rua, sendo assegurada a participação do Movimento de População de Rua e 3 (três) de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua. Art. 8º da Política Estadual: II - Representantes da sociedade civil: a) 03 (três) representantes de organizações de âmbito municipal da população em situação de rua; b) 03 (três) representantes de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua; c) 02 (dois) representantes do Estado da Bahia, indicados pelo Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

⁴² Art. 7º. § 2º da Política Municipal. O Ministério Público da Bahia e a Defensoria Pública Estadual poderão compor comitê como membros convidados. Art. 8º da Política Estadual: § 1º - Poderão participar do Comitê como convidados, representantes dos seguintes órgãos: I - Ministério Público da Bahia; II - Defensoria Pública Estadual; III - Secretaria da Segurança Pública - SSP.

⁴³ LCF n. 80 de 1994. Art. 4º São funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras: XX – participar, quando tiver assento, dos conselhos federais, estaduais e municipais afetos às funções institucionais da Defensoria Pública, respeitadas as atribuições de seus ramos

⁴⁴ LCE n. 26 de 2006 do Estado da Bahia. Art. 7º - São funções da Defensoria Pública, dentre outras: V - participar dos conselhos de direitos estaduais, municipais e comunitários, grupos de trabalho e comissões, afetos às funções da Defensoria Pública.

devem ser assistidas pela Defensoria, por se enquadrarem na categoria de necessitados prevista na CF/88⁴⁵, na Lei Orgânica Federal da Defensoria Pública⁴⁶, na Constituição do Estado da Bahia⁴⁷ e da Lei Orgânica Estadual também da Defensoria Pública⁴⁸. Assim como nos conceitos de “outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado”⁴⁹, previsto na Lei Orgânica da Defensoria e no de “carentes”⁵⁰, contido na Constituição Estadual da Bahia⁵¹. Ressalta que a Defensoria Pública da União participa do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Esses comitês, tanto o nacional, composto por representantes da sociedade civil e dos ministérios, quanto o municipal e o estadual, têm a função de acompanhar, monitorar a política para a PSR e propor ações para a efetivação de direitos desta população. A importância desses comitês é patente, pois promovem a intersectorialidade das ações públicas voltadas para esse estrato social. Para a efetivação do direito à saúde da PSR, por exemplo, é fundamental a promoção de outros direitos sociais, como o de assistência social, educação, alimentação, moradia e, para que tal ocorra, é preciso que os órgãos do Poder Executivo, que têm a atribuição de prestar esses serviços sociais, atuem em conjunto para oferecê-los, com metodologia específica, que possibilite aos indivíduos em situação de rua acessá-los.

⁴⁵ Art. 134. A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV.

⁴⁶ Art. 4º São funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras: I – prestar orientação jurídica e exercer a defesa dos necessitados, em todos os graus.

⁴⁷ Art. 144 — A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados.

⁴⁸ Art. 7º - São funções da Defensoria Pública, dentre outras: I - prestar assistência e orientação jurídica integral e gratuita aos necessitados [...].

⁴⁹ Lei Complementar 80/94: Art. 4º São funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras: XI – exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa portadora de necessidades especiais, da mulher vítima de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado.

⁵⁰ A palavra “carentes”, encontra-se atualmente em desuso, utilizando-se, em seu lugar, a expressão “em situação de vulnerabilidade e risco social” (BRASIL, 2009a).

⁵¹ Art. 144: § 2º — A Defensoria Pública promoverá, em juízo ou fora dele, a defesa dos direitos e as garantias fundamentais de todo cidadão, especialmente dos carentes, desempregados, vítimas de perseguição política, violência policial ou daqueles cujos recursos sejam insuficientes para custear despesas judiciais.

A PNPR é recente, de 2009, e a efetivação dessa política demanda mudança de cultura, principalmente de que política pública para as pessoas em situação de rua consiste em promover acesso aos serviços públicos e não se trata de caridade, assistencialismo, nem simplesmente retirá-las das ruas, em um processo de higienização. A dificuldade é que é imprescindível a atuação intersetorial da saúde, assistência social, segurança alimentar, moradia, segurança para essa população.

Os princípios previstos no artigo 5º da PNPR e repetidos nos artigos 3º da Política Municipal de Salvador e no 5º, da Política Estadual, servem como fios condutores de todo o sistema de proteção jurídica fundamental social da população em situação de rua, inclusive relacionado à saúde.

Esses princípios precisam ser efetivamente afirmados e promovidos. São eles: igualdade e equidade; respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

As diretrizes da PNPR, que estão previstas no artigo 6º do decreto federal nº 7.053/09, no artigo 4º da Política Municipal de Salvador e no artigo 6º da lei estadual, são quase as mesmas, nas três esferas, com pequenas diferenças, e devem ser adotadas como norte na elaboração e efetivação das políticas públicas.

Essas diretrizes devem ser aplicadas na promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais da PSR. Como esta pesquisa trata do direito à saúde das pessoas em situação de rua, as diretrizes previstas nas políticas podem ser trabalhadas na efetivação de políticas de saúde.

Uma das diretrizes trata da responsabilidade do poder público na elaboração e financiamento de todas as políticas de promoção de direitos sociais referentes à PSR. Embora, no que tange aos serviços de saúde, a CF/88 e a lei que regula o SUS, já tenha deixado isso claro, essa diretriz é importante para reafirmar que o amparo aos indivíduos em situação de rua, através de serviços de saúde, não se trata de assistencialismo, favor ou caridade. É direito do cidadão em situação de rua e dever do Estado.

A lei da Política Estadual previu expressamente que o Estado da Bahia também deve executar a política. Isso é importante. No âmbito socioassistencial, a LOAS, lei nº 8.742/93, prevê em seu artigo 12, que a União ficará responsável pelo

cofinanciamento, monitoramento e avaliação da PNAS; os Estados serão responsáveis pelo cofinanciamento; pela prestação de serviços assistenciais, em conjunto com os Municípios, em caráter de emergência; e pelo monitoramento, a avaliação e o assessoramento dos Municípios em relação à política de assistência social (art. 13). Cabe aos Municípios, principalmente, o cofinanciamento e a prestação dos serviços socioassistenciais. Por isso, quando a lei estadual nº 12.947/14 dispõe que cabe ao Estado da Bahia executar a política, significa que a lei autoriza o Estado a prestar serviços socioassistenciais em face da PSR, o que de fato, já vem fazendo através do Programa Bahia Acolhe, em face do precário serviço de assistência social existente atualmente em Salvador para a PSR.

Segundo o artigo 2º da referida Política Estadual, ela tem: “por objetivo assegurar os direitos sociais da PSR, criando condições para promover a garantia dos seus direitos fundamentais, da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (artigo 2º, da Lei Estadual nº 12.947/14). Além disso, uma de suas diretrizes, é a promoção de todos os direitos sociais em face da PSR, como o da saúde.

O SUS tem, como um de seus princípios básicos a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, nos exatos termos da alínea “a”, do inciso IX, do artigo 7º da Lei n.º 8.080/90. Por outro lado, embora o inciso I do artigo 18 da mesma lei preveja que cabe ao Município: “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”, o inciso III, do artigo 17, ainda da mesma lei, autoriza que o Estado federado preste apoio técnico e financeiro aos Municípios e execute supletivamente ações e serviços de saúde.

Isso significa que, segundo a lei que organiza o SUS, cabe ao Município prestar os serviços de saúde, cabendo aos Estados membros, além de várias outras funções, entre as quais a coordenação dos sistemas públicos de alta complexidade (inciso IX, do artigo 17, da lei nº 8.080/90), a execução supletiva dos serviços de saúde, na ausência, omissão ou impossibilidade do município em prestar o serviço.

Portanto, essa diretriz de que cabe também ao Estado membro executar a política de saúde para a PSR vai ao encontro do já disposto na lei que rege o SUS.

Outra diretriz, repetida nas três políticas, impõe a articulação das políticas públicas, pelo Governo Federal, nas três esferas (inciso III, artigo 6º do decreto federal nº 7.053/09, inciso IV, do artigo 4º do decreto municipal nº 23.836/13 e inciso IV, do artigo 6º da lei nº 12.947/14), devendo os governos federal, estadual e municipal

trabalharem juntos e integrados para a execução das políticas públicas. O que não acontece, pois é comum as três esferas de governo, sequer dialogarem.

E a integração das políticas públicas entre si, dentro de cada nível de governo (inciso IV, do artigo 6º do decreto federal nº 7.053/09 e inciso III, do artigo 4º do decreto municipal nº 23.836/13). A lei estadual nº 12.947/14, ainda chama a atenção para que haja “intersectorialidade e transversalidade na elaboração e execução da Política Estadual” (inciso II, artigo 6º). O que também não vem ocorrendo na prática. As secretarias responsáveis pela habitação ou assistência social não dialoga com a pasta da saúde, por exemplo, e vice-versa.

Necessidade de integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para a execução das políticas sociais, através da participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da PSR – que devem ser incentivadas e apoiadas pelo governo neste papel - na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas, incluindo as de saúde também são diretrizes das políticas para a PSR (incisos V, VI e VII do artigo 6º do decreto federal nº 7.053/09, incisos V, VI e VII do artigo 4º do decreto municipal nº 23.836/13 e incisos IV, V e VI do artigo 6º da Lei Estadual nº 12.947/14). O MNPR vem fazendo o seu papel e buscando incansavelmente promover e manter o diálogo com as três esferas de governo.

O trabalho de articulação e integração das várias políticas públicas dentro da mesma esfera do governo, com as outras esferas e com a sociedade civil organizada é atribuição dos Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento das políticas nacional, estadual e municipal previstos em todos os três diplomas legislativos e cuja composição já foi mencionada neste trabalho (artigos 9º do decreto federal nº 7.053/09, 7º do decreto municipal nº 23.836/13 e 8º da Lei Estadual nº 12.947/14).

Por fim, também são diretrizes, o respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde; a implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional, na área de saúde; e a democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos de saúde (incisos VIII, IX e X do artigo 6º do decreto federal nº 7.053/09, incisos VIII, IX e X do

artigo 6º do decreto municipal nº 23.836/13 e incisos VII e VIII do artigo 6º da lei nº 12.947/14).

Os artigos 7º, do decreto nº 7.053/09, 5º do decreto municipal nº 23.836/13 e o 7º da Lei Estadual nº 12.947/14 preveem os objetivos das Políticas Nacional, Municipal e Estadual para a PSR. Perseguir o cumprimento desses objetivos consiste em buscar a efetivação dos direitos sociais, inclusive o da saúde. Pois, esses objetivos, em sendo alcançados, representam a efetivação do direito, da promoção, da proteção, da recuperação e do acesso à saúde para as pessoas em situação de rua.

Assim, quando se tratar de se efetivar o direito à saúde para a PSR deve-se formular estratégias também para se alcançar os seguintes objetivos:

a) assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde;

b) garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas à saúde das pessoas em situação de rua;

c) produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura do serviço público à saúde da população em situação de rua;

d) incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, na área da saúde;

e) incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas de saúde voltadas para este segmento;

f) criar meios de articulação entre o SUAS e o SUS para qualificar a oferta de serviços.

Tendo sido visto os princípios, objetivos e diretrizes das Políticas Nacional, Estadual e Municipal é preciso se analisar as ações de políticas sociais que já foram normatizadas em prol da PSR.

4.3 SAÚDE, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E DIREITOS SOCIAIS

Atenas e Roma, durante a antiguidade, já tinha seus mendigos e andarilhos, portanto a situação de rua não é algo novo.

No entanto, a situação de rua atualmente é um problema mundial das grandes metrópoles, fruto de um contexto de mudanças sociais, políticas e econômicas das últimas décadas (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 57).

As demandas e necessidades da PSR não são mais meramente de responsabilidade de entidades filantrópicas, caritativas ou religiosas. As pessoas em situação de rua são titulares de direitos sociais, dentre os quais, a saúde, a assistência social, a alimentação, a educação, sendo dever do Estado prestar esses direitos através de serviços públicos, de forma contínua e eficiente⁵².

O tratamento da questão da situação de rua é complexo, não envolvendo apenas a temática da assistência social, muito menos práticas “assistencialistas”. Envolve também a saúde e a efetivação do seu direito, por isso o direito à saúde da PSR não se resume a ações medicalizantes - de meros diagnósticos médico-clínicos - muito menos deve-se entendê-la pela ótica higienista, da remoção das pessoas que estejam perambulando pelas cidades (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 57).

As ações de saúde para a PSR precisam ser articuladas e demandam outras intervenções intersetoriais, bem como a implementação de políticas públicas sociais, (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 57) pertinentes aos demais direitos sociais destinados para esse grupo populacional.

A efetivação do direito à saúde da PSR representa um desafio à saúde pública e exige a construção de políticas públicas que atendam de forma adequada esse grupo populacional.

Isso significa dizer que saúde é mais uma questão de cidadania e justiça social e não um mero estado biológico independente da condição social do indivíduo (VENTURA et al., 2010, p. 81). Portanto, garantir o direito à saúde de um indivíduo, principalmente se ele estiver em situação de rua, significa que a pessoa tem direito a mais do que a simplesmente não estar doente: tem direito a uma moradia, a um meio ambiente não agressivo, à informação, à oportunidade de crescimento na vida, à opinião, à um salário digno e a não ser submetida ao medo, nem à violência endêmica.

⁵² A continuidade e a eficiência são princípios que compõem o regime jurídico de Direito Administrativo, ao qual o serviço público se submete.

Saúde é a possibilidade de trabalhar, não é apenas hospital e remédio. É a possibilidade de buscar a melhor qualidade de vida possível. Se uma pessoa ganha muito pouco e não consegue garantir a subsistência para a sua sobrevivência, se enfraquece. Se a pessoa mora ou se abriga mal das intempéries, não tem educação, se não se alimenta com o mínimo adequado para ela, enfraquece e não consegue se proteger das agressões do meio ambiente em que vive. E não sabendo se proteger, se alimenta pior ainda, ganha menos ainda, mora ou se abriga das intempéries ainda pior, ou não tem como se abrigar, adoce cada vez mais. É exatamente o que acontece com a PSR no Brasil.

Quanto pior a educação, pior a comida, pior a vestimenta, piores as condições de trabalho e de vida, a pessoa torna-se cada vez mais vulnerável, em risco social e adoce.

Por isso, buscar a efetivação dos direitos sociais à identidade, à moradia, à assistência social, à alimentação adequada é essencial para se efetivar o direito à saúde da PSR.

É o que diz, também, a lei que organiza o SUS, Lei n.º 8.080/90, que dispõe em seu artigo 3º, abaixo transcrito:

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

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A principal categoria de direito social para a promoção do direito à saúde consiste nos direitos socioassistenciais. No que tange à PSR, há uma interconexão lógica e inseparável entre a prestação do direito à saúde e o da assistência social. Não se pode garantir o direito à saúde de uma pessoa em situação de rua, se não se oferecer amparo e abrigo tanto para o enfermo, para garantir a sua recuperação, quanto aos não enfermos, para prevenir acúmulos de agravos à saúde física e mental.

Tanto é assim, que as políticas nacional, estadual e municipal para a PSR previram expressamente a necessidade de se: “criar meios de articulação entre o SUAS e o SUS para qualificar a oferta de serviços” (inciso X, do artigo 7º do decreto federal nº 7.053/09 e da lei estadual nº 12.947/14); “implantar e implementar centros

de referência especializados para atendimento da PSR, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência social” (inciso X, do artigo 5º do decreto municipal nº 23.836/13).

A CF/88 consagrou um regime constitucional da seguridade social, no artigo 6º e nos artigos 194 a 204, abarcando três eixos: saúde, previdência social e assistência social, com objetivo, em tese, de oferecer a todos uma vida digna e saudável (SARLET et al., 2012, p. 607-608).

Os artigos 203 e 204 da CF/88 expressamente estabeleceram o amparo e a assistência à família, maternidade, infância, adolescência e à velhice.

Embora o artigo 203 da CF/88 não fale de forma expressa em população em situação de rua, sua redação é suficientemente ampla para abranger as mulheres e homens adultos, capazes e em idade produtiva, que se encontram nas ruas, em situação de extrema vulnerabilidade social, jurídica e econômica. O seu texto dispõe que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de qualquer contribuição. Este é o fundamento maior de todo o serviço de assistência social previsto para a PSR.

Em 1993, foi aprovada a LOAS, lei nº 8.742, que regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, reconhecendo a assistência social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, garantindo a universalização dos direitos sociais. Em 30 de dezembro de 2005, a lei nº 11.258, alterou a lei nº 8.742 para a inclusão da obrigatoriedade expressa da formulação de programas de amparo à PSR.

O SUAS tem previsto ao longo dos últimos anos, dispositivos que expressamente estabelecem o direito à assistência social à PSR.

No entanto, é preciso de metodologia específica para que essas pessoas tenham acesso aos direitos sociais. Porque a PSR não costuma acessar a serviços de promoção e proteção de direitos sociais espontaneamente.

Por exemplo, há uma dificuldade da PSR de acessar o cadastro único do MDS, o que leva a uma dificuldade de inserção no programa bolsa família.

A PNAS, que consiste em uma política que visa a padronização, a melhoria e a ampliação dos serviços de assistência do país, reconheceu a atenção à PSR no âmbito do SUAS.

A partir da PNAS foi criado o SUAS, que previu a existência de centros de referências e especializados visando o trabalho em rede. Há inclusive a previsão dos

Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP), que necessitam trabalhar em rede com os demais atores que atuam com a PSR.

Essas equipes do Centro POP (e dos demais Centros – Centro de Referência de Assistência social –CRAS- e Centro de Referência Especializado em Assistência social -CREAS, que devem trabalhar com PSR, nas localidades onde não exista Centro POP), através da abordagem ativa ou em atendimento à população de rua, estabelecem vínculos de confiança com as pessoas em situação de rua e servem como primeira porta de acesso aos demais serviços que prestam direitos sociais.

A Instrução Operacional conjunta da Secretaria Nacional de Assistência Social e da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania de nº 07, de 22 de novembro de 2010, orientou os municípios e o Distrito Federal a incluírem pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas sociais do Governo Federal, possibilitando, que essas pessoas, preenchendo os requisitos, possam receber benefícios assistenciais e programas de transferência de renda.

A portaria nº 381 de 2006 previu o repasse mensal para as unidades de acolhimento denominadas de abrigos, casas de passagem e repúblicas. Somente abrangeu os municípios com mais de 250 mil habitantes, porque segundo o entendimento dos técnicos do MDS é na zona urbana das grandes cidades onde se concentra o maior contingente de PSR.

O artigo 1º da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, prevista na resolução nº 109 de 2009, traz o quadro síntese dos serviços para as pessoas em situação de rua e para prevenir que indivíduos que estejam em extrema pobreza e vulnerabilidade social, com vínculos familiares fragilizados, possam ir para a situação de rua:

Art. 1º. Aprovar a Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, conforme anexos, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção social Básica e Proteção social Especial de Média e Alta Complexidade, de acordo com a disposição abaixo:

I - Serviços de Proteção social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II - Serviços de Proteção social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
- b) Serviço Especializado em Abordagem social;
- c) Serviço de Proteção social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;

- d) Serviço de Proteção social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;
 - e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
- III - Serviços de Proteção social Especial de Alta Complexidade:
- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:
 - abrigo institucional;
 - Casa-Lar;
 - Casa de Passagem;
 - Residência Inclusiva.
 - b) Serviço de Acolhimento em República;
 - c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
 - d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Segundo essa resolução, existem serviços que são mais amplos, mas que incluem a PSR, e outros específicos para este grupo vulnerável.

Desta forma, são direitos fundamentais de assistência social para a PSR, nos termos dessa resolução, o direito de ser atendido pelo serviço especializado em abordagem social, pelo serviço de atendimento especializado e o direito de ser abrigado em unidades que prestem serviços de acolhimento. Ou seja, pelo previsto na norma, teoricamente, toda a pessoa em situação de rua teria o direito de não precisar dormir, nem permanecer na rua, em virtude do seu direito de assistência social de ser acolhido e amparado.

Ainda segundo a Tipificação prevista na resolução nº 109/09, os serviços previstos para a PSR têm a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida (BRASIL, 2009, p. 27-29).

Esses serviços devem promover para a PSR, o acesso a espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação civil. Deve ainda ser o endereço institucional para utilização, como referência, do usuário nos demais serviços públicos, como o de saúde, por exemplo (BRASIL, 2009, p. 27-29).

Além disso, esses serviços também devem oferecer aos seus usuários:

- Segurança de Acolhida.
 - Ser acolhido nos serviços em condições de dignidade.
 - Ter reparados ou minimizados os danos por vivências de violências e abusos.
 - Ter sua identidade, integridade e história de vida preservadas.
 - Ter acesso à alimentação em padrões nutricionais adequados.
- Segurança de convívio ou vivência familiar, comunitária e social
- Ter assegurado o convívio familiar e/ou comunitário.

- Ter acesso a serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas setoriais, conforme necessidades.
- Segurança de desenvolvimento de autonomia individual, familiar e social
- Ter vivência pautada pelo respeito a si próprio e aos outros, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania;
- Construir projetos pessoais e sociais e desenvolver a autoestima;
- Ter acesso à documentação civil;
- Alcançar autonomia e condições de bem estar;
- Ser ouvido para expressar necessidades, interesses e possibilidades;
- Ter acesso a serviços do sistema de proteção social e indicação de acesso a benefícios sociais e programas de transferência de renda;
- Ser informado sobre direitos e como acessá-los;
- Ter acesso a políticas públicas setoriais;
- Fortalecer o convívio social e comunitário (BRASIL, 2009, p. 27-29).

O serviço de república, também previsto na Tipificação da resolução nº 109/09, abriga as pessoas que têm um pouco mais de autonomia, que se encontram em avançado processo de saída da situação de rua. A ideia é parecida com a de uma república de estudantes. As pessoas vão dividir as obrigações. Não pagam aluguel, pois o imóvel é do município, e têm acompanhamento técnico, através da orientação de assistentes sociais. É gerido em regime de cogestão entre as pessoas em situação e rua e a equipe técnica. Os usuários auxiliam na gestão e devem trabalhar (como catadores de materiais recicláveis ou em empregos informais ou formais, por exemplo) para, com seus recursos, ajudarem nas despesas.

O serviço de acolhimento institucional, prevê o limite máximo de 50 pessoas por unidade, 04 pessoas por quarto (BRASIL, 2009, p. 30).

Mesmo sendo importantes, as proteções sociais aqui apresentadas não são suficientes para se enfrentar a condição de risco e vulnerabilidade dessas pessoas. É preciso se investir na promoção social, na prevenção quando houver uma condição de risco. E, mais importante, é indispensável se efetivar, se concretizar essas políticas sociais de assistência e promoção social, aqui elencadas.

Embora as ações de assistência social sejam bem normatizadas, não há eficácia dos poderes públicos em implementá-las, pois a PSR não é considerada prioridade pelos sucessivos governos.

Em Salvador, não existem serviços de acolhimento em quantidade suficiente para abrigar as pessoas em situação de rua, nem são adequados, nem obedecem ao disposto nas normas de assistência social que aqui foram relacionadas.

Quando se ingressa com ações judiciais, os julgamentos são favoráveis à implementação das ações, mas demoram muitos anos, fazendo com que as circunstâncias que levaram ao ajuizamento da ação transformem-se. Além disso, mesmo julgadas procedentes, as decisões não são cumpridas pelos gestores e não há punições eficazes para garantir o seu cumprimento.

Na jurisprudência brasileira, existem alguns exemplos de demandas judiciais interpostas para se efetivar o direito à assistência social da PSR. Na década de 90, o Ministério Público de São Paulo interpôs ação civil pública, tendo como escopo, que os poderes públicos de São Paulo providenciassem a estrutura de atendimento necessária para a prestação de assistência social básica à PSR. A ação foi julgada parcialmente procedente, em 1999, pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, com a determinação da implementação de uma política pública eficaz, por estar prevista na Constituição da República. Decisão essa ratificada apenas em 2010, pelo Supremo Tribunal Federal, tendo sido expressamente assinalado, na decisão, que tal determinação não se caracterizaria como ingerência do Poder Judiciário no Poder Executivo (SÃO PAULO, 1999, p. 125; BRASIL, 2010e, p. 01).

No Rio de Janeiro, o Ministério Público ingressou com uma ação civil pública requerendo a criação de 65 (sessenta e cinco) vagas, em abrigos, para pessoas em situação de rua, tendo o Supremo Tribunal Federal acolhido o pedido, entendendo, inclusive, que não ofenderia o princípio da separação de poderes a determinação, pelo Poder Judiciário, em situações excepcionais, de realização de políticas públicas indispensáveis para a garantia de relevantes direitos constitucionais (BRASIL, 2012d, p. 01-07).

Essas ações judiciais levaram mais de uma década para terem o seu julgamento definitivo, tendo havido modificações em relação ao contexto inicial, que fizeram com que seu julgamento, mesmo procedente, não se revelasse tão útil e eficaz para a PSR, no momento de se executar o seu cumprimento.

O direito fundamental à moradia é consequência da proteção à vida e do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (SARLET et al., 2012, p. 587).

É na moradia que a pessoa encontra abrigo, tanto para se defender do frio, do calor, da chuva, quanto dos perigos e pressões da vida social. Para cumprir suas finalidades, a moradia deve ainda ser digna, condizente com as exigências mínimas da natureza humana (DALLARI, 2004, p. 51-52)

Como direito social que é, o direito à moradia comporta uma dimensão prestacional, de exigir do Estado a concessão deste direito, ou seja, que o poder público conceda, a quem necessite, uma moradia. A fundamentação que embasa a prestação do serviço de saúde, do serviço público de educação, do serviço de assistência social, por meio de dedução lógica também justifica a concessão, pelo poder público, de uma moradia, através de programas de promoção social ou de transferência de renda, como o aluguel social, por exemplo.

A ausência de moradia e a situação de rua é uma clara violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, princípio norteador que se encontra no ápice do ordenamento jurídico, além de consistir em afronta ao direito à vida, à integridade física e à saúde. É obrigação do Estado, em caso dos direitos sociais prestacionais, satisfazer a pretensão subjetiva, amparada, ainda mais, pelas mais relevantes normas constitucionais.

Não se está aqui se querendo conferir um caráter messiânico à Constituição Federal (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 772), mas apenas se quer cumprir as suas determinações, exigindo que o poder público obedeça às suas disposições. É objetivo fundamental da Constituição Federal a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais (artigo 3º, inciso III, CF/88). E toda a palavra ou norma escrita na Constituição tem sentido, cogência e imperatividade, devendo ser valorizada e respeitada.

A única formalização de política social relacionada à moradia para a PSR é a portaria nº 610 de 26 de dezembro de 2011, do Ministério das Cidades, que dispôs sobre os parâmetros de priorização e o processo de seleção dos beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida, autorizando o Distrito Federal, Estados E Municípios a definir critérios que possam priorizar pessoas em situação de rua para o recebimento de unidades habitacionais, através do referido programa.

No entanto, é uma mera autorização, que os Estados federados e Municípios não são obrigados, pela norma, a cumprir. Por outro lado, essa autorização pode conferir prioridade às pessoas em situação de rua após o sorteio das unidades habitacionais. Não houve vontade política do governo federal em priorizar as pessoas em situação de rua, cujo conceito tem em sua essência, justamente, a inexistência de moradia convencional regular. Foram priorizadas para terem a possibilidade de receberem unidades habitacionais, sem sorteio, apenas “grupo de famílias provenientes de um mesmo assentamento irregular, em razão de estarem em área de risco, terem

sido desabrigadas por motivo de risco ou outros motivos justificados em projetos de regularização fundiária e que tiverem que ser realocadas” (item 3.3, fl. 2, da portaria nº 610, de 26 de dezembro de 2011, do Ministério das Cidades).

Educação é uma capacidade essencial para se prevenir agravos de saúde, principalmente para um grupo populacional que se encontra extremamente vulnerável, como é a PSR.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre PSR, promovida pelo MDS, 74% dos entrevistados sabem ler e escrever. No entanto, desses, quase a metade, 48,4%, não concluíram o ensino fundamental. Dos entrevistados, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome (BRASIL, 2008b, p. 7).

A educação consiste em um projeto de aprendizagem e aperfeiçoamento, através do qual as pessoas se preparam para a vida, aprendendo um ofício, um trabalho. A pessoa mais bem educada compreende as demais para aceitar as diferenças que existem entre os indivíduos, acabando por gerar uma sociedade mais tolerante e justa (DALLARI, 2004, p. 66).

A Constituição Federal brasileira reconhece a educação como direito fundamental social, ao afirmar que é direito de todos e dever do Estado, nos termos do seu artigo 205. No entanto, seguindo o entendimento do artigo 208, I, apenas o ensino fundamental é obrigatório, inclusive, para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 771).

Essa garantia de ensino fundamental obrigatório para adultos, previsto no artigo 208, I, CF/88, não deixa de ser pertinente para as necessidades da PSR visto que cerca de 63% dos entrevistados, na Pesquisa do MDS, informaram que ou não concluíram o ensino fundamental, ou não sabem ler e escrever ou apenas sabem assinar o nome (BRASIL, 2008b, p. 7).

O professor Dirley da Cunha Junior acentua que em caso de descumprimento do dever de prestar educação pública para um menor, cabe ação judicial contra o Estado, bem como uma ação judicial que determine a construção de uma escola, ou o custeio do estudo do menor em escola privada, além da condenação do Estado ao pagamento de indenização, em virtude da omissão ilícita (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 771-772).

Diante disso, seguindo a mesma linha de pensamento, é perfeitamente possível se transportar o mesmo entendimento para o adulto em situação de rua. O inciso I, do artigo 208 da Constituição Federal autoriza que se pleiteie judicialmente que o Estado

ofereça educação primária gratuita para as pessoas em situação de rua que não tenham tido o acesso a esse direito. Nos pedidos, pode-se requerer, igualmente, a determinação de construção e funcionamento de uma escola ou de um espaço físico adequado para ministrar aulas ou até que o Estado custeie o estudo da pessoa em escola privada que ofereça educação fundamental para adultos.

Juridicamente, a identidade conceitua-se como o conjunto de características próprias e exclusivas que, delimitadas legalmente, tornam a pessoa, um indivíduo único, diferenciando-o dos demais na sociedade (CALTRAM, 2010, p. 31-32)

Quando se fala em direito à identidade, portanto, está se falando em elementos que individualizam a pessoa natural, sendo eles, o nome, o estado e o domicílio (CALTRAM, 2010, p. 32).

O nome é definido no artigo 16 do Código Civil brasileiro: “toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome”, consistindo o prenome o nome que os pais escolhem para identificar a pessoa, individualizando-a e distinguindo-a dos demais. O sobrenome é o nome familiar, também chamado de patronímico.

Outro elemento de individualização da pessoa natural é o estado, consistindo no conjunto de qualidades do indivíduo, dividindo-se em estado individual, familiar, político e profissional. O estado individual diz respeito às características físicas da pessoa, tais como idade, sexo, cor, altura etc. Referindo-se a particularidades que exercem influência sobre a capacidade civil (menor, maior, capaz, homem, mulher). O estado familiar, por sua vez, indica a posição da pessoa na família, em relação ao casamento, na condição de casado, solteiro, viúvo, e ao parentesco, tal como mãe, filha, avô. O estado político qualifica o indivíduo quanto à sua nacionalidade, ou seja, se é brasileiro nato ou naturalizado, ou estrangeiro. Por fim, o estado profissional identifica a pessoa quanto à profissão que exerce (CALTRAM, 2010, p. 34-35).

O domicílio é o lugar onde a pessoa física estabelece a sua residência com ânimo definitivo, conforme dispõe o artigo 70 do Código Civil brasileiro.

O direito à identidade, em suas acepções, portanto, é um requisito indispensável para o exercício da cidadania. Sem um documento de identidade, o indivíduo fica privado de seus direitos fundamentais e sem acesso a benefícios sociais.

Além disso, o fundamento constitucional da cidadania está relacionado à ideia de que a pessoa que se encontra no gozo de direitos pode participar da vida política, inclusive com o direito de votar e ser votado (CALTRAM, 2010, p. 10).

Sem os documentos de identificação o indivíduo não pode exercer os direitos políticos, deixando de ter acesso ao exercício da sua cidadania.

Sendo assim, como o parágrafo 2º, do artigo 5º da Constituição Federal dispõe que os direitos fundamentais previstos expressamente na Carta Magna não são taxativos, não excluindo outros decorrentes do regime e dos princípios constitucionalmente adotados, entende-se que o direito à identidade seria um direito fundamental, vinculado à noção de cidadania e ao princípio constitucional de dignidade da pessoa humana.

Desta forma, a identidade pessoal é considerado um direito fundamental implícito, porque se trata de um mínimo necessário e imprescindível à dignidade humana, sem o qual o indivíduo não pode estar inserido na sociedade em que vive, devendo ser reconhecido a todos, de forma concreta e material (CALTRAM, 2010, p. 16-23).

Segundo dados da Pesquisa Nacional promovida pelo MDS, 24% da PSR não tem nenhum tipo de documentação (BRASIL, 2008, p. 12), estando completa e inteiramente desprovida de cidadania e do direito a uma identidade física, integralmente privada de acesso a direitos fundamentais e a quaisquer benefícios sociais.

Ainda de acordo com a mesma pesquisa, 41% das pessoas em situação de rua não estavam portando documento de identidade; a metade, 50%, não portava certidão de nascimento ou de casamento; 58%, Cadastro de Pessoa Física (CPF); 60%, carteira de trabalho; 62%, título eleitoral; e apenas 22% da população ouvida estava de posse de todos os documentos (BRASIL, 2008, p. 12).

Fica cristalino que a PSR é completamente destituída do exercício pleno do direito fundamental à identidade pessoal e, por consequência, violada em sua cidadania e afrontada em sua dignidade da pessoa humana.

Uma determinada quantidade de pessoas em situação de rua, nem chegou a ter alguns documentos de identificação. Mas, na grande maioria dos casos, as pessoas têm os seus documentos extraviados, em decorrência de uma multiplicidade de fatores, mas todas ligadas à situação da extrema vulnerabilidade que é estar em situação de rua: furto, roubo, perda, deterioração em virtude da chuva e outras intempéries, além de destruição em razão de violência institucional.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, a identificação é importante. Embora, não se possa impedir alguém que não esteja munido do cartão do sistema

SUS de receber atendimento médico⁵³, para obter esse cartão, e facilitar o seu acesso ao serviço de saúde, o agendamento de consultas e cirurgias eletivas, o cidadão, mesmo em situação de rua, precisa apresentar a carteira de identidade e o CPF. Ao menos, às pessoas em situação de rua estão legalmente desobrigadas de comprovar o endereço da residência, para o cadastramento do cartão SUS, conforme a portaria nº 940 de 2011 do Ministério da Saúde⁵⁴.

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) está em permanente construção, posto que a questão alimentar e nutricional está relacionada com diversos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos de uma sociedade. Por isso, também, o conceito evolui à medida que avança a história da humanidade e alteram-se a organização social e as relações de poder em uma sociedade (LEÃO, 2013, p. 11).

No Brasil, o conceito de SAN vem sendo debatido há pelo menos 20 anos. Na evolução do conceito de segurança alimentar no Brasil, tem-se o seguinte entendimento emanado da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição realizada, entre os dias 27 e 30 de julho de 1994, em Brasília:

[...] a garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, com base em práticas alimentares que possibilitem a saudável reprodução do organismo humano, contribuindo, assim, para uma existência digna (Doc. Final da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, 1986), (LEÃO, 2013, p. 13).

Segundo o conceito legal, previsto no artigo 3º da lei 11.346/06 – Lei de Organização da Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN:

A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

⁵³ Art. 13 da portaria n. 940/11 do Ministério da Saúde. “Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde: I - inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde; II - desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e III - impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde”.

⁵⁴ Art. 23 da portaria n.º 940/11 do Ministério da Saúde: “Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento. § 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua”.

Portanto, são elementos cumulativos do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional:

- I – realização do direito de todos;
- II – acesso regular a alimentos;
- III – acesso permanente a alimentos;
- IV – alimentos de qualidade;
- V – alimentos em quantidade suficiente;
- VI – acesso a alimentos sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais;
- VII – práticas alimentares promotoras de saúde;
- VIII – práticas alimentares que respeitem a diversidade cultural;
- IX – práticas alimentares que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

A SAN possui duas dimensões, a alimentar e a nutricional, sendo ambas pertinentes à PSR e à sua saúde.

A dimensão alimentar da SAN refere-se à produção e disponibilidade de alimentos, que devem ser suficientes e adequadas para atender a necessidade biológica do indivíduo (LEÃO, 2013, p. 14).

A dimensão nutricional da SAN relaciona, umbilicalmente, o direito à alimentação e o direito à saúde, por abranger as relações entre o ser humano e o alimento.

Assim, a dimensão nutricional da SAN implica em: acesso à alimentos saudáveis; condições de promoção da saúde, da higiene e de uma vida saudável para melhorar e garantir a adequada utilização biológica dos alimentos consumidos; condições de promoção de cuidados com a própria saúde; direito à saúde, com o acesso aos serviços de saúde garantido de forma oportuna e resolutiva; prevenção e controle dos determinantes que interferem na saúde e nutrição, tais como as condições psicossociais, econômicas, culturais e ambientais (LEÃO, 2013, p. 14).

O direito humano à alimentação adequada tem origem no PIDESC. Em 2002, o Relator Especial da ONU para o direito à alimentação definiu o direito humano à alimentação adequada da seguinte forma:

O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (LEÃO, 2013, p. 27).

A PSR vive em estado de insegurança alimentar e nutricional, o que leva, por consequência, à violação do direito à saúde, com a ocorrência de seus agravos. Não existe ainda, de fato, uma política pública consolidada de alimentação que atenda às necessidades da PSR, no Brasil.

Os obstáculos e desafios para a realização do direito fundamental à alimentação da PSR são estruturais, relacionados a aspectos políticos e econômicos que, por sua vez, também dificultam a efetivação dos demais direitos sociais, aqui analisados, e principalmente, prejudica a efetivação do direito à saúde.

A efetivação do direito ao trabalho para a PSR tem se voltado para ações de políticas sociais relacionadas à inclusão produtiva, através de atos administrativos normativos expedidos pelo MDS: portaria nº 566, de 14 de novembro de 2005, permitindo o cofinanciamento de prefeituras e organizações não governamentais para projetos de inclusão produtiva da população em situação de rua e suas famílias; portaria nº 136, de 24 de abril de 2006, referente a Projetos de Promoção da Inclusão Produtiva do Programa de Economia Solidária em Desenvolvimento; portaria nº 225, de 25 de junho de 2007, sobre o Projeto de Inclusão Produtiva, incluindo como destinatários indivíduos e famílias em situação de rua.

Não foram implementadas para a PSR nenhuma ação ou política social referentes à alimentação adequada, nem ao trabalho em prol da PSR do Município de Salvador. Especificamente em relação à moradia, que também não foi efetivada, é necessário, que o Conselho Estadual das Cidades estabeleça as diretrizes locais referentes ao Programa Minha Casa, Minha Vida para dar prioridade no sorteio à PSR, o que ainda não aconteceu.

A educação tanto em direitos humanos, como para capacitação técnica, com a utilização de alternativas pedagógicas, com ênfase no empoderamento, tem sido realizada em Salvador, pelo MNPR, em parceria com órgãos estaduais, federais e outras organizações não governamentais. Mas, vem atingindo e favorecendo um número ainda ínfimo de pessoas em situação de rua.

O direito à identidade, que seria uma das atribuições dos equipamentos socioassistenciais, tem sido realizada pela Defensoria Pública do Estado da Bahia (MIRANDA e RODRIGUES, 2011 p. 248). No entanto, algumas pessoas em situação de rua, dada a sua vulnerabilidade ainda não conhece o serviço ou tem obstáculos para acessá-lo, como por exemplo, a dificuldade de deslocamento.

Em relação ao direito à assistência social, da mesma forma não se encontram políticas que efetivem os direitos desse grupo, mas tão somente paliativos como albergues e abrigos, muitas vezes, insalubres, com banheiros quebrados, sem higiene (SILVA, 2009, p. 113), superlotados, com profissionais não capacitados e que não conseguem formar vínculos, elemento essencial para que a assistência e o acompanhamento técnico do plano individual de processo de saída das ruas, ocorra. Os serviços públicos de atendimento e de acolhimento fazem com que, muitas pessoas em situação de rua, prefiram permanecer ao relento e expostos aos seus perigos. Pois na prática o que o poder público normalmente oferece aos extremamente pobres, como a PSR, em matéria de saúde e assistência social, é a enganação, através de serviços ineficazes, não efetivos e ineficientes (ESPINHEIRA e SOARES, 2004, p. 15). Um dos maiores desafios para a efetivação de uma política social é enfrentar essa enganação, esse fazer de conta.

Além disso, a PSR, no Brasil, tem sofrido práticas higienistas, banimentos, linchamentos e abandonada à própria sorte pelo Estado. A violência contra essas pessoas é a materialização do preconceito e da intolerância da sociedade (SILVA, 2009, p. 182-183), e que também consistem em um dos maiores obstáculos à efetivação de ações e políticas específicas de saúde para a PSR, como será visto no próximo capítulo.

5 AVANÇOS, DIFICULDADES E DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

5.1 FUNDAMENTOS E DIFICULDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A efetivação de um direito consiste na sua realização concreta e imediata, no mundo físico e real. No entanto, não é porque o direito está previsto na CF/88 que, por si só, automaticamente, em um passe de mágica, transformar-se-á em realidade (GRAU, 2011, p. 334). É preciso se valer de mecanismos e instrumentos para se promover a sua concretização, através de medidas, políticas, legislativas e administrativas, concretas e determinadas (CANOTILHO, 2012, p. 519).

O fundamento legal e expresso da efetivação dos direitos fundamentais, como o da saúde, está disposto no art. 5º, § 1º, da CF/88⁵⁵, ao determinar que todas as normas versando sobre direitos fundamentais devem ser imediatamente aplicadas.

A aplicabilidade imediata do direito fundamental à saúde estende-se às leis, decretos, resoluções e portarias que o regulamentam. Esse regramento é importante, ao delimitar o modo de exercício do direito e da oferta do serviço, com o intuito de reduzir as iniquidades em saúde, enfatizando as especificidades necessárias para que a PSR consiga efetivamente ter acesso ao SUS, diante das suas dificuldades peculiares, em relação aos demais segmentos da sociedade.

E, se o regramento já existente não for suficiente e adequado para garantir o direito à saúde pela PSR em uma dada circunstância específica, mesmo assim, o direito deverá ser efetivado, cabendo ao Poder Judiciário viabilizar o seu exercício, ao ser acionado pela Defensoria Pública ou pelo Ministério Público ou através de advogado particular, representando alguma entidade da sociedade civil organizada.

⁵⁵ Art. 5º, § 1º, da CF/88: “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”.

A participação do indivíduo e da sociedade civil organizada, no caso, do MNPR, na cobrança pela efetivação dos direitos sociais, é fundamental para se exigir a efetividade do direito à saúde da PSR.

São exemplos de atuação extrajudicial, no âmbito da efetivação do direito à saúde: o acionamento de canais de reclamações do poder público, como o sistema de ouvidoria do SUS; a exigência de escolhas políticas mais eficazes e cuidadosas na promoção do referido direito junto ao Poder Executivo e seus organismos de gestão de programas e políticas públicas, aos conselhos de políticas públicas e aos representantes do Poder Legislativo; a utilização de instrumentos de exigibilidade como o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), “documento firmado pelas autoridades competentes no qual se comprometem a ajustar sua conduta aos preceitos legais, dentro de um período estipulado” (LEÃO, 2013, p. 76).

São várias as dificuldades para se efetivar o direito à saúde da PSR. A própria Defensoria Pública, apenas recentemente, passou a se dedicar a promoção dos direitos humanos, enfatizando a atuação extrajudicial. Por isso, ainda faltam instrumentos e mecanismos, na ordem interna e administrativa das Defensorias Públicas, além de recursos humanos suficientes, que viabilizem e facilitem a atuação extrajudicial do defensor público na defesa e promoção de direitos sociais. Atualmente, a atuação extraprocessual do defensor público, na defesa de direitos humanos, depende muito de sua autonomia funcional, de suas características individuais e de sua proatividade.

Outros obstáculos relacionam-se com a participação e o controle social das políticas públicas, pelas pessoas em situação de rua, consistindo: na desinformação sobre os direitos que elas têm e sobre a forma de exigí-los; na descrença nas instituições; na, ainda fragilidade do MNPR, apesar da visibilidade conquistada.

Outro complicador muito presente para a garantia de direitos sociais da PSR é a desinformação dos agentes públicos dos seus deveres em relação ao cidadão em situação de rua. Os profissionais que trabalham diretamente no atendimento das pessoas em situação de rua, como das áreas de serviço social ou de saúde, muitas vezes, desconhecem as especificidades, as peculiaridades e as técnicas para a formação de vínculos com as pessoas que estejam em situação de rua, bem como são desinformados em relação aos regulamentos, políticas, normas e metodologias de trabalho voltadas para esse seguimento populacional. Não se pode aplicar na prática o que não se conhece.

E, ainda mais grave para o processo de efetivação de direitos, é o fato de que muitos gestores, mandatários e detentores de cargos públicos em geral, no Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como dos membros dos Conselhos de Saúde, ainda não conhece as normas que formalizam políticas para a PSR, nem reconhece os indivíduos em situação de rua como cidadãos e titulares de direitos. Prevalendo ainda a representação estigmatizante de que essas pessoas são “perigosas” ou “vagabundas” (MATTOS e FERREIRA, 2004, p. 47), que prestação de serviço público para elas consiste em favor ou caridade, e não políticas públicas, e que as ações mais adequadas para a situação de rua são as práticas higienistas, como a remoção, ao lado de medidas de limpeza pública, como o recolhimento dos seus pertences ou outros métodos coercitivos (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

Tanto é assim que a educação permanente dos gestores e trabalhadores de saúde, acerca dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da PSR, consiste em uma das ações estratégicas da Política Nacional para a Inclusão da PSR (BRASIL, 2008a, p. 20).

Assim, existem poucas ou ínfimas políticas sociais para a população em situação de rua, primeiro porque qualquer política para a PSR é custosa, pois necessariamente tem que ser intersetorial, para produzir resultados concretos. A discriminação e o preconceito da sociedade fazem com que uma atuação pública em prol da PSR não renda muitos votos e não tenha sido ainda prioridade nas agendas políticas. Por isso se prioriza o investimento de recursos públicos para outras políticas que não as voltadas para a PSR. O que é inconstitucional, pois esse grupo populacional tem a sua dignidade violada ininterruptamente, estão no nível mais baixo da desigualdade social, e, tem praticamente todos os seus direitos humanos violados.

A situação de rua é violentadora do Estado Democrático de Direito, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, fundamentos da República brasileira. Desta forma, fomentar políticas sociais para a PSR, significa cumprir os objetivos da República Federativa do Brasil: a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza, da marginalização, a redução das desigualdades sociais; e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º da CF/88).

No entanto, em razão da luta do MNPR, há alguns anos, decretos, portarias e resoluções vem sendo expedidos, principalmente, pelo Ministério da Saúde, visando normatizar estratégias de políticas de saúde, que visam reduzir iniquidades em saúde,

e promover o direito à saúde. Ao mesmo tempo, políticas relacionadas a outros direitos sociais foram transformadas também em normas.

Esses atos administrativos normativos consistem em importantes instrumentos que municiam órgãos do sistema de justiça, como a Defensoria Pública e o Ministério Público, em seu papel de garantidores de direitos.

A Defensoria Pública é uma instituição do Sistema de Justiça brasileiro, incumbindo-lhe a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados⁵⁶. Ao realizar a orientação jurídica, a Defensoria assiste juridicamente aos necessitados, prestando serviços, seja através da assistência judiciária, patrocinando uma causa em juízo, seja mediante atividades extrajudiciais.

A definição de necessitado abrange as concepções econômica e organizacional. No plano econômico, seriam aqueles que não possuem recursos para pagar custas de um processo, honorários advocatícios e todas as despesas exigíveis para se litigar em juízo, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família⁵⁷. Os necessitados organizacionais são todos aqueles socialmente vulneráveis, em face das relações sóciojurídicas existentes na sociedade contemporânea, caracterizados pela carência de recursos jurídicos ou de direitos, como consumidores, idosos, crianças e adolescentes (GRINOVER, 2011, p. 155). A PSR ajusta-se ao conceito de necessitado sob os dois pontos de vista, econômico e organizacional.

Pela mesma razão, por ser a afirmação do Estado de Direito um dos objetivos da Defensoria Pública⁵⁸, a efetivação do direito à saúde da PSR, bem como dos demais direitos sociais, necessariamente, acaba por consistir em sua atribuição.

Além disso, quando a Constituição expressamente estabelece que a Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, quis dizer

⁵⁶ Art. 134, CF/88: “A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal”.

⁵⁷ Art. 2º, parágrafo único, da lei federal n. 1.060 de 1950: “Considera-se necessitado, para os fins legais, todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família”.

⁵⁸ A LCF n. 80 de 1994 estabelece no inciso II do artigo 3º-A e a Lei Complementar Estadual n. 26 de 2006, no inciso I do artigo 3º, que um dos objetivos da Defensoria Pública é a afirmação do Estado Democrático de Direito.

essencial não apenas ao funcionamento do Poder Judiciário, mas sim essencial à plenitude do Estado Democrático de Direito. A busca pelo direito vai além da mera postulação em Juízo, compreendendo igualmente a orientação e informação jurídica, além da postulação administrativa (SANTOS, 2007, p. 49) e também da atuação extrajudicial.

O Ministério Público tem como missão a defesa da sociedade, mesmo colidindo com os interesses do Estado, cabendo-lhe a defesa de direitos coletivos e de direitos indisponíveis. Possui, em relação à promoção dos direitos sociais da PSR, as mesmas atribuições que a Defensoria Pública.

A Defensoria Pública difere do Ministério Público porque assiste juridicamente os necessitados, ajuizando processos individuais em defesa dos direitos deles e defendendo-os em processos judiciais. Nos processos criminais, a Defensoria defende os réus, enquanto que o Ministério Público tem o papel da acusação. Na defesa jurídica de interesses coletivos, a Defensoria Pública pode fazê-lo em relação aos necessitados, o Ministério Público não tem essa limitação, podendo atuar coletivamente em favor de qualquer grupo social.

Vive-se um momento de crise do Poder Judiciário, com a morosidade no trâmite dos processos e, por consequência, do provimento jurisdicional, fazendo com que, para efetivar os direitos, se prefira uma atuação extrajudicial sob pena de não se conseguir alcançar resultados concretos a curto e médio prazo.

Neste processo de promoção de direitos humanos, é imprescindível o diálogo dos defensores públicos e dos promotores de justiça, em sua condição de agentes de transformação social, com a sociedade civil organizada, para que se busque a implementação das promessas constitucionais (BURGER e BALBINOT, 2008, p. 35).

Ressaltando que cabem à Defensoria Pública e ao Ministério Público um papel coadjuvante. A protagonista da atuação de exigência de direitos coletivos sociais deve ser a sociedade civil organizada, que representa o indivíduo que assume a posição jurídica de exigir do Estado a prestação positiva de acesso ao direito fundamental social, no caso da PSR, o protagonista deve ser o próprio indivíduo em situação de rua e o MNPR.

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral podem, devem e estão sendo decididas pelo Judiciário (BARROSO, 2012, p. 04).

Antes de 1988, não existiam demandas nas áreas de saúde e educação, porque os direitos fundamentais eram aplicados apenas nos termos de alguma lei. Como não havia lei regulamentando os direitos fundamentais, não havia a sua aplicação, nem a possibilidade de se acionar o Poder Judiciário para implementá-los.

Após a CF/88, a situação se inverte, fala-se da lei nos termos dos direitos fundamentais. Ninguém precisa esperar uma lei ou o legislador para aplicá-los.

O ativismo judicial é uma atitude, um posicionamento, é uma deliberada expansão do papel do Poder Judiciário, através do uso da interpretação constitucional para suprir lacunas, sanar omissões legislativas ou determinar políticas públicas quando ausentes ou ineficientes (BARROSO, 2012, p. 08-10).

Como já visto, a reivindicação da prestação do direito à saúde fundamenta-se no direito constitucional à saúde, em leis nacionais e declarações e tratados internacionais, principalmente, no dever estatal de prestar assistência à saúde individual e coletiva de forma integral, universal e gratuita, pelo SUS, sob a responsabilidade conjunta da União federal, Estados e Municípios (VENTURA et al., 2010, p. 78).

Porém, a teoria da reserva do possível, originária da Alemanha, foi recepcionada em diversos países, inclusive no Brasil, no sentido de que a efetivação dos direitos sociais estaria condicionada à ela (SGARBOSSA, 2010, p. 189).

Segundo Sarlet, a Corte Constitucional Federal da Alemanha,

[...] versando sobre o direito de acesso ao ensino superior, firmou jurisprudência no sentido de que a prestação reclamada deve corresponder ao que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, de tal sorte que, mesmo em dispondo o Estado dos recursos e tendo o poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável (SARLET, 2012, p. 285).

Essa concepção do direito alemão, Estado que conseguiu efetivamente concretizar o que se entende como Bem Estar social, ao garantir o acesso aos direitos sociais para seus cidadãos, foi trazida ao Brasil, como um argumento de limitação financeira de ordem orçamentária, que impediria o exercício dos direitos sociais. Seria a reserva do financeiramente possível. Tal posicionamento, na atual conjuntura, não é adequado à situação social brasileira, um país que precisa efetivar os direitos sociais de seus cidadãos, que não têm acesso ao mínimo existencial para sobreviver ou para ter uma vida digna. A realidade social brasileira é diametralmente oposta à da Alemanha.

No entanto, a teoria da reserva do possível foi adaptada ao Brasil, com o sentido de que, o reconhecimento dos direitos sociais dependeria da disponibilidade de recursos públicos necessários e suficientes para a satisfação das prestações materiais, tais como serviço de saúde, de educação, assistência social, e que o Estado teria a discricionariedade de decidir prestar ou não o acesso a esses direitos (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 759-762-; SARLET, 2012, p. 287).

A reserva do possível consiste, assim, naquilo que se poderia razoavelmente exigir do poder público tendo em vista as condições orçamentárias, ou seja, os recursos previamente disponibilizados para a efetivação daquele específico direito social.

É uma construção jurídica que justificaria a limitação do Estado em satisfazer necessidades e direitos sociais fundamentais, em razão de restrições orçamentárias.

De fato, efetivar o direito à saúde tem um custo.

No entanto, o Estado foi criado para servir à coletividade e prover os cidadãos das condições mínimas de existência. Segundo a nossa Constituição Federal, o ser humano é uma finalidade a ser alcançada, e o Estado um meio para se garantir a felicidade humana e o bem estar coletivo. Nesta seara, a reserva do possível só se justificaria no momento em que o Estado conseguisse garantir a existência digna de todos. Fora deste contexto, essa teoria consiste em desconstrução do Estado Constitucional de Direito, com a frustração das expectativas, anseios e necessidades da sociedade (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 761-770).

É preciso enfatizar que a prioridade do ordenamento constitucional brasileiro é a observância da dignidade da pessoa humana, que apenas estará assegurada quando se viabilizar, ao ser cidadão brasileiro, uma existência que permita a plena fruição de todos os direitos fundamentais (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 668).

É inadmissível, portanto, tolher a fruição de direitos fundamentais básicos e essenciais, como o acesso ao direito à saúde pela PSR, com base em argumentos técnicos-financeiros e políticos, que não se sustentam, quando defrontados à diversos outros gastos públicos, não tão fundamentais para a dignidade dos cidadãos brasileiros, nem tão constitucionalmente importantes, como os realizados com publicidade, cerimônias, inaugurações e celebrações políticas, shows gratuitos com artistas famosos e caros, jatinhos, helicópteros, diárias excessivas, mas que são escolhidos preferencialmente, em detrimento de despesas com direitos indispensáveis à vida humana (CUNHA JUNIOR, 2012, p. 783).

O Poder Judiciário tem uma limitação orçamentária e capacidade finita para prestar a jurisdição, isto é, decidir e solucionar os conflitos com a aplicação da lei ao caso concreto. Por isso, há a necessidade de se priorizar formas alternativas de solução de conflitos e de promoção de direitos.

A atuação extrajudicial que deve ser desenvolvida pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público dar-se-á através de recomendações, audiências públicas, educação em direitos, reuniões para tentativas de mediações com órgãos públicos, termos de ajustamento de conduta, controle do orçamento, visibilidade de violação de direitos e quaisquer outras formas que se entenda aplicável a cada caso concreto.

As políticas sociais são instrumentos fundamentais de realização de direitos sociais, através de seus princípios, diretrizes, programas, projetos que se destinam a atender os interesses e necessidades de uma coletividade. No entanto, não se faz política sem financiamento regular, bem como, ao mesmo tempo, não pode haver solução de continuidade, até sob pena de se violar a proibição de retrocesso de direitos sociais. É preciso que os direitos sociais sejam formalizados, regulamentados para facilitar a sua efetivação. E quanto mais consistentes são os atos normativos, mais fácil para reclamar a efetivação desses direitos.

Em relação ao orçamento existem duas linhas de atuação: a extrajudicial, com a participação influente no ciclo orçamentário; e a judicial.

Não se pode efetivar um direito, trabalhar na implantação, implementação ou adequação de política social de saúde sem participar e buscar intervir e influenciar nas decisões do ciclo orçamentário.

Para isso, a Defensoria Pública e o Ministério Público devem participar do ciclo orçamentário e capacitar e influenciar o MNPR e demais atores da sociedade civil organizada afeta à PSR, para participar também desse processo.

O ciclo orçamentário é formado pelo Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei de Orçamento Anual (LOA) E essa participação precisa ser nas três esferas de governo.

Para se efetivar uma política pública ou um direito social, é preciso orçamento, pois nenhuma despesa pública, como uma política pública para se concretizar o acesso a um direito social, pode ser efetuada sem que esteja previamente prevista em uma LOA.

Por isso o controle social tem que começar pela discussão do orçamento: desde o PPA, que define as estratégias e metas dos quatro anos de mandato de um

gestor do Poder Executivo, seja Presidente da República, Governador ou Prefeito, bem como a implantação ou implementação de políticas ou serviços públicos e a sua oferta permanente. Depois anualmente, o controle se faz necessário na discussão da LDO, que traça as regras e prioridades para o ano seguinte, e ainda prevê como deverá ser feita a elaboração, a organização e a execução do orçamento, e da LOA, que determina as receitas e despesas do ano.

Havendo despesas previstas no orçamento na forma de políticas públicas voltadas para a PSR, como o orçamento brasileiro é autorizativo, o Poder Legislativo apenas autoriza que o Poder Executivo realize as despesas não obrigatórias, chamadas de discricionárias, como está previsto na LOA. Se o Poder Executivo não realiza essas despesas, não há qualquer tipo de punição. Sendo assim, o controle social também é exercido, através da cobrança de que aquela despesa, aquela política pública seja efetivamente realizada pelo Poder Executivo. Até, porque, execução dessas despesas não estaria dentro da discricionariedade do Poder Executivo, quando se trate da efetivação de direito fundamental social, como o direito à saúde da PSR.

O controle judicial do orçamento, pode ser realizado mediante o requerimento de bloqueio de verbas orçamentárias, para se garantir a implementação de uma política pública ou de um direito individual: como implantação de equipes de consultório na rua, por exemplo.

Essa proposta de controle dos gastos públicos, sendo efetivamente posta em prática, consiste em uma forma de se garantir que as políticas públicas sociais voltadas a atender ao direito à saúde da PSR sejam concretizadas.

5.2 AÇÕES DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Visando efetivar os ditames da CF/88 e da lei que organiza o SUS e para enfrentar as iniquidades e as desigualdades em saúde que afetam a PSR, há a necessidade do poder público regulamentar a efetivação do direito à saúde para as pessoas em situação de rua, adaptando os dispositivos genéricos da referida lei para as características peculiares desse estrato populacional.

Ou seja, é preciso detalhar, regulamentar como será implementada a política social que fará com que a saúde da PSR seja promovida, protegida e reparada, como manda a CF/88, em seu artigo 196. Esse detalhamento vem sendo feito por atos normativos de direito administrativo, normas emanadas por agentes do Poder Executivo federal e não pelo Poder Legislativo

Os órgãos e instituições estatais que vem exercendo essa regulamentação, aplicáveis no Município de Salvador, são o Presidente da República (decreto federal nº 7.053/09), o Governador, ao promulgar a Lei nº 12.947/14, o Prefeito (decreto municipal nº 23.836/13) e o Ministério da Saúde, mediante portarias diversas expedidas a partir do Gabinete do Ministro (GM/MS), resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS) e portarias da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

As normas de direito sanitário especificadamente relacionadas à PSR são administrativas e estão listadas a seguir:

a) decreto federal nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (PNPR);

b) portaria GM/MS nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, que instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua;

c) portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou 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), criando as equipes de consultório na rua;

d) portaria GM/MS nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011, que dispôs sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo a realização de encontros de participação popular e de controle social com gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam nos movimentos da PSR (alínea “a”, inciso I, do art. 3º) e o estabelecimento de Comitês Técnicos Estaduais de Saúde da População de Rua (inciso V, do art. 5º);

e) portaria GM/MS nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e que definiu as equipes de consultório na rua como pontos de atenção da RAPS;

f) portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua;

g) portaria GM/MS nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que definiu os critérios de cálculo do número máximo de equipes de consultório na rua por município;

h) portaria SAS/MS nº 160, de 1º de março de 2012, que estabeleceu normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, das equipes de consultório na rua que farão parte do Movimento Nacional População em Situação de Rua;

i) resolução CIT/MS nº 05, de 21 de novembro de 2012, que estabeleceu diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do SUS;

j) resolução CIT/MS nº 02, de 27 de fevereiro de 2013, que definiu diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS.

Além dessas normas existem ações e políticas de saúde especificamente voltadas para a PSR, tais como:

a) recomendações para o controle da tuberculose entre a PSR, contidas no *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*, publicação técnica de vigilância da tuberculose do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 01);

b) publicação do manual técnico do Ministério da Saúde, intitulado *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*, com a finalidade de instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à PSR no cotidiano da sua prática profissional, buscando ampliar e construir novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população (BRASIL, 2012a, p. 14).

c) a Política Nacional para Inclusão social da População em Situação de Rua (PNIS) elaborada em 2008, pelo Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pelo Governo Federal através do decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, para discutir e criar a PNPR, que estabeleceu princípios e diretrizes norteadores para as ações governamentais voltadas para a PSR, que foram, com algumas mudanças, formalizados no ano seguinte no decreto federal n.º 7.053 de 2009. Além disso, a PNIS

previu ações estratégicas visando conferir concretude aos seus princípios e diretrizes balizadas em eixos temáticos, sendo um deles o da saúde (BRASIL, 2008a, p. 16-21).

A portaria GM/MS nº 2.488/2011 trata da Política Nacional de Atenção Básica, trazendo diretrizes e normas para a sua organização.

Segundo essa portaria, a Atenção Básica consiste em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo 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, visando uma atuação integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes⁵⁹ e condicionantes de saúde das coletividades. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, de forma democrática e participativa, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (princípios e diretrizes gerais da atenção básica, previstos no anexo I, da portaria GM/MS nº 2.488 de 2011).

A Atenção Básica deve utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento exige (anexo I, da portaria GM/MS nº 2.488 de 2011).

Deve também ser desenvolvida com o “mais elevado grau de descentralização e capilaridade” (anexo I da portaria GM/MS nº 2.488/11), próxima da vida das pessoas. Portanto, se as pessoas estiverem em situação de rua, a equipe da Atenção Básica deve ir até elas, nas ruas ou nas unidades de acolhimento.

A Atenção Básica deve ser o primeiro contato e o preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Deve orientar-se pelos princípios de direito sanitário, tanto os expressos na portaria n.º 2.488/11, que são a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social, como também pelos princípios gerais do regime jurídico

⁵⁹ Para a Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da Saúde, no Brasil, os Determinantes sociais de Saúde 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 (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 78).

sanitário, dentre os quais, a dignidade da pessoa humana, a liberdade, a igualdade, a gratuidade, a fundamentalidade.

Quando se tratar da PSR, a Atenção Básica deve ainda observar os princípios, os objetivos e as diretrizes previstas na PNPR, que, em sua maioria, repetem e reforçam os postulados sanitários, como a previsão do atendimento humanizado e universalizado, participação da sociedade civil organizada no monitoramento, controle, avaliação e fiscalização das ações e das políticas, intersetorialidade, principalmente entre o SUS e o SUAS, dentre outros.

De acordo com o *Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua*, o Ministério da Saúde elegeu os consultórios na rua como modelo de política pública de saúde para a população em situação de rua (BRASIL, 2012a, p. 11)

Os consultórios na rua são considerados, portanto, como estratégia principal para ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população, priorizando a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012a, p. 11) *in locu*, realizando uma abordagem que obedeça aos princípios da igualdade e da equidade, tratando desigualmente o desigual, dentro da sua especificidade, no caso, a situação de rua. As equipes de consultório na rua “são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua” (anexo I da portaria GM/MS nº 2.488/11 e artigo 1º, da portaria n. 122/12).

A criação destas equipes é um mecanismo para assegurar a acessibilidade do direito à saúde, sem diferenciações excludentes, visando aplicar os princípios da universalidade e da equidade para a PSR, adaptando o serviço às especificidades deste público, permitindo o acolhimento dos usuários e o desenvolvimento das relações de vínculo e da responsabilização entre as equipes e a PSR, garantindo a continuidade das ações de saúde (observando-se, portanto, os incisos II e III dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica previstos no anexo I da portaria GM/MS n.º 2.488/11).

As equipes de consultório na rua devem “realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde” (anexo I da portaria GM/MS n.º 2.488/11), sempre articuladas com as redes do SUS, do SUAS e da sociedade civil que atendam a PSR.

As diretrizes, organização e composição das equipes de consultório na rua foram definidas na portaria nº 122 do Ministro da Saúde, de 25 de janeiro de 2012.

Nesse sentido, a referida portaria informa que esses consultórios na rua devem ser formados por equipes multiprofissionais, que têm como atribuições lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, podendo fazer busca ativa para possibilitar o atendimento das pessoas em situação de rua (portaria GM/MS nº 122/12).

Um ponto interessante previsto na portaria GM/MS nº 122/12 e no artigo 5º, inciso I, “a”, da resolução CIT/MS nº 02/13, é a previsão de que os agentes sociais da equipe multidisciplinar, devem ter preferencialmente experiência prévia com PSR ou trajetória de rua⁶⁰. A seleção de pessoas em situação de rua ou com trajetória de rua como agentes comunitários de saúde, igualmente é recomendação da PNIS (BRASIL, 2008a, p. 20-21):

A portaria GM/MS nº 123/12 define que o número máximo de equipes de consultório na rua por Município deverá ser calculado a partir de “dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais” (inciso I, do artigo 1º da portaria MS n. 123/12).

Também para se ter o controle do número de equipes de consultório na rua por Município, a portaria MS nº 160/12 estabeleceu o seu cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

As particularidades da PSR exigem novos processos de trabalho proativos na atenção à saúde, visando garantir o acesso ao direito à saúde e o atendimento do princípio da equidade. Nesse sentido, a princípio, as equipes de consultório na rua, que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, por suas características, respondem a tais necessidades (CARNEIRO JUNIOR et al., 2010, p. 709), principalmente porque o consultório na rua cumpre o papel de equipe da Atenção Básica, ao ser o primeiro contato com os usuários, a porta de entrada para o SUS, mediante uma atuação *extra muros*, providência ajustada às características e necessidades da PSR.

Da mesma forma, o serviço realizado pelas equipes de consultório na rua, permite inserir-se no território, constituindo relações proativas com as pessoas em situação de rua, favorecendo o estabelecimento mais efetivo do cuidado em saúde, possibilitando a

⁶⁰ Art. 4º, § 8º da portaria GM/MS nº 122/11. “Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua”.

identificação de problemas e a priorização de intervenções, criando vínculos contínuos com os assistidos, “possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado” (CARNEIRO JUNIOR et al., 2010, p. 710).

Não obstante, deve-se investir bastante na capacitação das equipes de consultório na rua, bem como não se desvirtuar o papel dessas equipes, sob pena de, ao invés de se implementar uma política de ação afirmativa visando a promoção da equidade na atenção à saúde da PSR, se cometer uma discriminação negativa, com uma segregação dos usuários em situação de rua em relação aos demais. Essas equipes foram criadas para se constituírem na porta de entrada do SUS para a PSR, visando superar os obstáculos que impedem que esse grupo populacional acesse o SUS, e facilitando, para essas pessoas, a utilização de todos os serviços, ações e estabelecimentos de saúde.

Assim, o consultório na rua deve desempenhar suas atividades de forma compartilhada, integrada e mediando o processo de encaminhamento para as unidades básicas de saúde e dos demais estabelecimentos das redes de atenção básica e psicossocial, dos serviços de urgência e de emergência (art. 2º, § 2º e art. 4º, § 7º, IV, da portaria GM/MS nº 122/12).

No entanto tais equipes de consultório na rua só serão um instrumento eficiente para a efetivação do direito à saúde, se as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento, SAMU oferecerem um cuidado imediato às pessoas em situação de rua captadas e sensibilizadas.

Deve-se ter cuidado para que a existência dessas equipes não signifique que as pessoas em situação de rua sejam demovidas de acessar a rede do SUS, muito menos que elas apenas tenham acesso ao atendimento de saúde prestado *extra muros* e permaneçam segregadas. Inclusive, deve ser garantido, à PSR, o acesso ao atendimento domiciliar prestado pelo consultório na rua em espaços de acolhimento institucional (artigo 5º, I, “b”, da resolução CIT/MS nº 02/13).

A concretização desta portaria deve ser promovida pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público, visando a implementação do serviço equipes de consultório na rua, principalmente porque, essas equipes da Atenção Básica, consistem na ação estratégica prioritária do SUS, para efetivar o direito à saúde da PSR (BRASIL, 2012a, p. 11). Deve-se promover, por exemplo, o cumprimento: da realização das atividades de incumbência das equipes (arts. 2º, 4º e 5º); da correta composição em suas três modalidades (arts. 3º e 4º); da realização dos processos de educação permanente

(art. 7º); do repasse do incentivo financeiro de custeio mensal (art. 8º); da disponibilização de veículo para o deslocamento das equipes (art. 9º).

No mesmo dia, 25 de janeiro de 2012, foi expedida também pelo Ministro da Saúde, a portaria GM/MS nº 123, estabelecendo os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município (arts. 1º e 2º).

A portaria nº 160, de 1º de março de 2012, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, estabeleceu normas para o cadastramento, pelos municípios, no Sistema de Cadastro Nacional de Entidades de Saúde, das equipes de Atenção Básica de consultório na rua para a PSR. Esse sistema é uma ferramenta importante para se identificar o número de equipes de consultório na rua existente em cada município e poder cobrar a implantação de um número maior, quando possível e necessário.

A fundamentação que justifica a possibilidade da Defensoria Pública ou do Ministério Público promover a concretização no disposto nas portarias GM/MS nº 122 e nº 123 de 2012, está no fato de que a implantação dessas equipes de consultório na rua é imprescindível para a efetivação do direito à saúde, direito humano previsto no art. XXV da DUDH, no art. 12 do PIDESC, no art. 10, do Protocolo de San Salvador; e fundamental, sendo direito de todos e dever do Estado, conforme previsto nos artigos 6º e 196 da CF/88 e no art. 2º da lei nº 8.080/90.

As mencionadas portarias preveem um serviço de saúde, no caso os consultórios na rua, cuja implantação e implementação consiste em ação estratégica para efetivar uma política social de saúde que atenda às especificidades da PSR, em cumprimento ao disposto no art. 196 da CF/88, que prescreve ser dever do Estado garantir o direito à saúde, “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”.

Além disso, os consultórios na rua são de relevância pública, por serem serviços de saúde e as referidas portarias foram o instrumento jurídico que o poder público utilizou para a sua regulamentação, nos termos do art. 197, da CF/88. As equipes de consultório na rua fazem parte do SUS (art. 4º da Lei nº 8.080/90 e portaria MS nº 2.488/11) e cumprem objetivos desse sistema, como “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (inciso III, do art. 5º, da Lei nº 8.080/90), a assistência terapêutica integral (6º, I, “d”, da Lei nº 8.080/90).

Também cumprem seus princípios, previstos nos incisos I, II e IV, do art. 7º da Lei nº 8.080/90, como os da universalidade, integralidade e “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

A implantação e implementação dessas equipes também são ações estratégicas para cumprir as diretrizes da PNPR, previstas nos incisos I, II, III e IV do art. 6º do decreto federal nº 7.053/09, quais sejam, promoção dos direitos sociais; responsabilidade do poder público pela elaboração e financiamento das ações federais previstas para a PSR; e articulação e integração das políticas públicas de entes federativos diversos para a sua realização. Assim como efetiva os princípios da PNPR, como os da igualdade e equidade, respeito à dignidade da pessoa humana; valorização e respeito à vida e à cidadania; e atendimento humanizado e universalizado (art. 5º, I, III e IV do decreto federal nº 7.053/09).

No caso de Salvador e do Estado da Bahia, também, deve se remeter ao decreto municipal nº 23.836/13 e à lei estadual nº 12.947/14, pelos mesmos motivos previstos no decreto da PNPR.

Mesmo com toda essa justificativa jurídica, um grande obstáculo para o trabalho de promoção de direitos sociais, como o da saúde da PSR, consiste no fato de que não há punições efetivas ou suficientes contra os gestores públicos e em face dos poderes públicos, em caso de descumprimento do disposto nessas portarias, por isso é muito difícil, ao Poder Judiciário obrigar o Estado a cumprir uma ordem judicial de implantação ou implementação de política social, se as autoridades públicas não cederem, nem colaborarem.

Os consultórios na rua também consistem nas ações de políticas de saúde para o atendimento psicossocial da PSR com transtorno mental ou usuária de álcool e outras drogas, em parceria com os outros pontos de atenção da RAPS (alínea “b”, do inciso I, do art. 6º da portaria GM/MS nº 3.088/11).

A RAPS foi instituída mediante a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso” de álcool e outras drogas no âmbito do SUS (art. 1º da portaria GM/MS 3.088/11).

Tem como um dos seus objetivos específicos a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis, como a PSR (art. 4º da portaria GM/MS nº 3.088/11).

A redução de danos é a estratégia do Ministério da Saúde adotada em relação ao usuário de álcool e outras drogas, incluindo aquele que esteja em situação de rua, tendo como foco principal, a oferta de cuidado integral à saúde do indivíduo, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso das substâncias psicoativas. A redução de danos é desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir ou cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldades para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde, como é o caso da PSR (BRASIL, 2012a, p. 43).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) são serviços “de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas” (portaria GM/MS nº 336/02, art. 4º, “4.5”).

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada entre 2007 e 2008, pelo MDS demonstrou que apenas 35,5% indivíduos referiram que problemas de alcoolismo e/ou drogas, levaram à situação de rua; o restante dos entrevistados, 64,5% mencionou outros motivos, sendo que o desemprego (29,8%) e as desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%) foram os mais citados (BRASIL, 2008b, p. 07). Por preconceito, legalidade ou pela patologia da vontade as pessoas não referem espontaneamente alcoolismo ou drogadição como problema. Alcoolismo é sim epidemiologicamente importante.

A pesquisa realizada em Salvador, em 2002, chegou a resultado semelhante, com 27% das pessoas relatando que, a razão de se encontrarem nas ruas, foi o álcool ou outras drogas e 73%, alegando outros motivos (BAHIA, 2002, p. 20). Igualmente, na pesquisa efetuada em 2009, na mesma capital, 34,2% relataram que foram para as ruas por causa de alcoolismo ou drogas e 4,4% por transtorno mental (SALVADOR, 2010, p. 40).

Por outro lado, na pesquisa ocorrida em 2002, em Salvador, dos entrevistados que declararam possuir problemas de saúde, 43% relataram alcoolismo ou dependência química e 47% referiram transtorno psiquiátrico (BAHIA, 2002, p. 22). Dos entrevistados em 2009, em Salvador, 22,3% relataram ter algum problema de saúde, desses, 27% declararam ter problema mental. Do total de pessoas entrevistadas, 45,4% informaram fazer uso de álcool ou outras drogas. Mas, salienta que 53,2% das pessoas se recusaram a responder esta pergunta (SALVADOR, 2010,

p. 47). Na pesquisa nacional, dos entrevistados, 6,1% declararam sofrer algum problema mental ou psiquiátrico (BRASIL, 2008b, p. 11).

O “fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”, é uma das ações estratégicas previstas na PNIS para efetivar o acesso ao direito à saúde pela PSR (BRASIL, 2008a, p. 20).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar em um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (BRASIL, 2007, p. 01).

Nem todo uso de drogas traz problemas de saúde ou sociais para o usuário, apenas quando o seu uso é: abusivo, havendo uso recorrente com fracasso para cumprir obrigações no trabalho, na família, na escola, com perigo físico, e problemas pessoais; ou nocivo, quando há evidência clara que o uso foi responsável ou contribuiu para dano físico ou psicológico, incluindo comprometimento do julgamento ou comportamento disfuncional, com padrão do mesmo tipo de uso por pelo menos um mês ou reiteradamente em um espaço de 12 meses (DUARTE e MORIHISA, 2008 *apud* VELORIO, 2010, p. 50).

A principal norma que trata da atenção à saúde mental, incluindo o sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas, é a Lei da Reforma Psiquiátrica, lei nº 10.216/01, que elegeu o tratamento ambulatorial como regra e a internação como exceção, condicionada ao preenchimento de condições, ali previstas.

A resolução CIT/MS nº 02/13, estabelece como um de seus principais fundamentos, para a PSR, o princípio da “recusa e repúdio a qualquer forma de exclusão e institucionalização compulsória que não atenda aos requisitos previstos em lei” (art. 3º, I, “a”).

Tais avanços legislativos não impedem, no entanto, que gestores continuem a ver a internação compulsória de usuários de substâncias psicoativas como uma ação de política pública. Um exemplo desse posicionamento, está na entrevista do então futuro Secretário de Promoção social e Combate à Pobreza de Salvador, no final de 2012, defendendo a “internação compulsória de dependentes químicos”, pouco antes de assumir o cargo, relatando ainda a sua pretensão de trabalhar “em conjunto com entidades não governamentais e com a igreja para garantir o acompanhamento dos dependentes químicos” (BARBOZA, 2012, p. 01).

Esse posicionamento ainda ocorre alimentado pelo fato da política do Estado brasileiro, relacionada às drogas ilícitas, manter um caráter repressivo.

O Estado brasileiro, de fato, se posiciona dicotomicamente em relação às drogas, com uma perspectiva repressiva, focada na abstinência, no controle social e na estigmatização dos dependentes, segregando-os e tratando-os como delinquentes ou doentes; e outra, de redução de danos, mais recente, orientada pelo resgate da cidadania e da reinserção do usuário, com o objetivo de minimizar consequências nocivas do uso de drogas (BRAVO, 2002, p. 41). A redução de danos “aparece como uma forma pragmática para lidar com portadores de sofrimento em decorrência do uso de substâncias psicoativas”, entendendo o usuário como um cidadão com autonomia, direitos e deveres, e não como um doente (VALÉRIO, 2010, p. 22-29).

A partir dessa dicotomia em relação à forma como o Estado brasileiro trata os usuários de substâncias psicoativas, por um lado, o Ministério da Saúde tem como estratégia de saúde a redução de danos, através do tratamento ambulatorial, com respeito à autonomia do sujeito, baseado em uma inserção comunitária, tendo o internamento, como medida excepcionalíssima, em caso de extrema necessidade, apenas quando o usuário representa um perigo para si ou para terceiros. Por outro lado, o mesmo Estado, na área de segurança pública, visando alcançar a utopia de uma sociedade sem drogas, apresenta ações voltadas para a abstinência, com ações educativas coercitivas, com mensagens de “não às drogas”, com o financiamento de comunidades terapêuticas que fornecem um tratamento baseado na internação, no isolamento, permeado por práticas religiosas (VALERIO, 2010, p. 49).

Essa segunda vertente, repressiva do Estado, viola os princípios do SUS da autonomia do sujeito e da liberdade, além de prever a institucionalização, através das comunidades terapêuticas, indo de encontro às conquistas da lei antimanicomial (lei nº 10.216/01) e do princípio do Estado laico, diante da religiosidade dessas instituições, além de não permitir que o indivíduo escolha como será conduzido o seu tratamento.

Ademais, essa política repressiva, robustece o estigma da PSR usuária de substâncias psicoativas, que permanece sendo vista de forma preconceituosa pela sociedade (VALÉRIO, 2010, p. 31), inclusive pelos profissionais de saúde dos CAPSad. Assim como, torna-se um obstáculo para o acesso ao serviço de saúde, fazendo com que muitos usuários em situação de rua, mesmo querendo, não procurem o serviço de saúde, temendo sofrer algum tipo de ameaça à sua liberdade,

agravando os danos à sua saúde (VALÉRIO, 2010, p. 75), sendo importante a abordagem ativa por parte do consultório na rua.

Porém, a cidade de Salvador, apenas dispõe de três CAPSad, Gey Espinheira, Gregório de Mattos e o de Pernambués; 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), voltados para o tratamento do transtorno mental e dois CAPS para crianças e adolescentes com transtorno (CAPSia), sendo esse número insuficiente para atender a demanda da capital baiana.

Em relação ao transtorno mental desvinculado do uso de substâncias psicoativas, os CAPS têm atribuição legal para o atendimento desses pacientes, através de serviço ambulatorial de atenção diária, conforme a lógica do território (portaria GM/MS nº 336/02, art. 1º, §§ 1º e 2º).

A grande dificuldade da PSR em relação a esse serviço é o acesso, devendo as equipes de consultório na rua atenderem essa demanda, servindo de porta de entrada para os CAPS. Outra dificuldade encontrada, que também abarca a PSR usuária de álcool ou outras drogas, está no fato de que, após o tratamento ambulatorial, que funciona até às 18h, a imensa maioria das pessoas em situação de rua, não encontra vagas nos abrigos, e acaba passando as noites nas ruas, enfrentando as intempéries, a violência, as práticas discriminatórias, que acarretam sofrimento mental e, por consequência, prejuízos ao tratamento.

O que deve ser assegurado é o fortalecimento da política de redução de danos, com a capacitação permanente dos profissionais que atuam nos CAPSad e nas equipes de consultório na rua, para que haja a superação de possíveis práticas discriminatórias; aumento do número de CAPSad, inclusive daqueles que funcionam 24 horas. Também é imprescindível, a criação de mais vagas em unidades de acolhimento socioassistenciais, com a observância de todas as normas previstas no SUAS, e a existência de uma intersetorialidade entre o trabalho dos consultórios na rua e as equipes dos equipamentos socioassistenciais, a fim de que a PSR tenha algum lugar para descansar e dormir, com dignidade, tendo diariamente, ou quando necessário, acompanhamento ambulatorial, através do CAPSad e atendimento domiciliar, nessas unidades, também, sempre que for preciso.

Bem como, é preciso que as políticas relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas deixem de ser de responsabilidade de órgãos de segurança, de justiça ou de direitos humanos, e sejam limitadas aos órgãos de saúde pública. Pois é disso que se trata – saúde - tendo como objetivo o bem estar físico, mental e social do usuário.

A Defensoria Pública e o Ministério Público, na qualidade de órgãos do sistema de justiça devem promover a efetivação dessas estratégias.

Uma ação prevista na PNIS consistiu no “fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica [...] incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população” (BRASIL, 2008 a, p. 20-21) como a tuberculose, DST/AIDS, dermatites etc.

O *Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015* previu como uma das ações ou estratégias do SUS para enfrentar o problema identificado como “dificuldade de acesso da população em situação de rua à atenção à saúde”, o controle e redução da incidência da tuberculose e demais agravos recorrentes na PSR (BRASIL, 2012b, p. 06).

Neste sentido, o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2010 e publicado em 2011, traz, como o nome diz, recomendações para melhoria das atividades de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose, enfatizando, expressamente, em um item próprio, cuidados específicos para a população em situação de rua (BRASIL, 2011b, p. 150).

É uma ação de política social de saúde, visando a capacitação dos profissionais de saúde. A educação permanente de profissionais de saúde em relação às especificidades da PSR é ação estratégica prevista no PNIS (BRASIL, 2008a, p. 20), diretriz na PNPR (inciso IX, art. 6º do decreto federal nº 7.053/09) e o “eixo 3” em saúde do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012 -2015 (BRASIL, 2012b, p. 06).

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde para a tuberculose, bem como o *Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua*, pelas pesquisas já realizadas, bem como pelos depoimentos de pessoas vivendo em situação de rua e de técnicos que trabalham com elas, verifica-se que a tuberculose é um dos graves problemas de saúde entre esse grupo populacional, com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento, por diversos motivos, entre os quais: baixa autoestima, alimentação inadequada, uso do álcool e outras drogas, roubo dos pertences individuais, incluindo os medicamentos, ou seu recolhimento por agentes públicos e a própria dinâmica da rua, que não contribui para que a medicação seja tomada com regularidade. Também consiste em fator importante, para a não adesão ou a interrupção brusca do tratamento da tuberculose, as regras rígidas estabelecidas

pelos serviços de saúde e a falta de cuidado do profissional de saúde ao tratar com o público em situação de rua. Visto que, fixar horários e dias de atendimento, seguindo a agenda do Programa de Controle da Tuberculose, não disponibilizando o atendimento no momento em que os doentes em situação de rua apresentam efeitos colaterais, desconsiderando que essas pessoas têm noção diferenciada do tempo e visão imediatista, é conduta contraditória e incompatível com a dinâmica e o tipo de vida nas ruas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p. 151-152; BRASIL, 2012a, p. 60) e uma violação aos princípios da equidade e da universalidade do direito à saúde.

Embora alguns usuários procurem as unidades básicas de saúde em busca do tratamento da tuberculose e demais agravos recorrentes entre a PSR, parte importante dos atendimentos é realizada por meio das unidades de urgência e de emergência (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p. 152).

Os Programas de Controle de Tuberculose municipais devem identificar as melhores estratégias para a abordagem dessa população, levando em consideração o número de pessoas vivendo na rua, sua distribuição, características e rede de assistência, mapeando as instituições da rede (abrigos, albergues) e envolvendo o maior número possível de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais em todas as fases do atendimento – detecção, diagnóstico e tratamento, em uma atuação necessariamente intersetorial (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p. 152-153; BRASIL, 2012a, p. 60-61).

É fundamental também a capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde e de assistência social voltados para a PSR, para que observem e identifiquem com mais facilidade os enfermos, para que se envolvam no acompanhamento do tratamento dos agravos de saúde, incentivando, monitorando, conversando com o doente sobre a necessidade de tomar os medicamentos regularmente e cuidando para que compareçam às consultas e façam os exames. Devendo ainda o abrigo guardar a medicação e entregá-la diariamente ao doente, no horário mais adequado para ele (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p. 154).

Essa capacitação é também uma das recomendações da PNIS, que prevê expressamente como ação estratégica na área da saúde:

Inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da população em situação de rua (BRASIL, 2008a, p. 20).

Outra ação estratégica e fundamental para o tratamento da tuberculose e de outros agravos recorrentes entre a PSR, diante da elevada incidência de interrupção do tratamento, é a implantação das chamadas casas de apoio, ou casas de acolhida ou de cuidado, em que os doentes em situação de rua podem permanecer, de forma transitória, durante o período de seu tratamento e/ou do restabelecimento de sua saúde e que também está prevista na PNIS (BRASIL, 2008a, p. 21; BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p. 154; BRASIL, 2012a, p. 62).

As equipes de consultório na rua, além de atender às demandas de saúde, acompanhando os pacientes nos locais onde vivem, também devem prestar apoio matricial às demais equipes de saúde (BRASIL, 2012a, p. 61).

Em resumo, para se efetivar o direito ao tratamento das enfermidades que acometem a PSR, segundo os manuais de orientações do Ministério da Saúde, é fundamental se buscar a capacitação dos profissionais de saúde e das entidades de serviço social que atendem essa população; encaminhar para internação hospitalar por vulnerabilidade social – estratégia dificultada pela crônica falta de vagas de leitos hospitalares no SUS; e instituir casas de cuidados para a PSR.

A casa de cuidados está prevista no PNIS, mas não vem sendo implantada no Brasil. Há uma experiência no Rio de Janeiro, com adolescentes, denominada “Casa Viva”, mas que ainda há questionamentos em relação ao seu caráter, se unidade de saúde ou de assistência social, e sobre os protocolos e fluxos a serem adotados pelos profissionais.

A portaria GM/MS nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011, dispôs sobre o estabelecimento de Comitês Técnicos de Saúde da População de Rua estaduais (inciso V, do art. 5º) e a resolução CIT/MS nº 2 de 2013, sobre a criação de comitês municipais⁶¹, objetivando a promoção da equidade em saúde e do planejamento do SUS (portaria GM/MS nº 2.979/11).

O Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da PSR 2012-2015 também prevê a instalação desses comitês, em seu eixo 04 – de fortalecimento da participação e do controle social:

Instituir Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua ou referência técnica nas instâncias, estaduais e municipais, conforme definido pela portaria GM/MS 2979/11 (BRASIL, 2012b, p. 06-07).

⁶¹ IV - Eixo IV: Fortalecimento da participação e do controle social, a partir da implantação das seguintes ações e estratégias: [...] e) instituição de Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua ou referência técnica nas instâncias estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme definido pela portaria nº 2.979/GM/MS, de 15 de dezembro de 2011

A fundamentação está na lei nº 8.080/90, a partir dos deveres de promoção e de planejamento da saúde (art. 2º, inciso II, do art. 5º)

Em 2009, o governo federal já havia instituído o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, normatizado pela portaria GM/MS nº 3.305 de 2009, de âmbito nacional e que tem sido crucial para a formulação de um direito sanitário para a PSR, tendo como objetivo a redução das iniquidades e visando promover o acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde.

Os comitês técnicos estaduais e municipais são relevantes para a previsão, implantação e implementação de políticas de saúde para a PSR, bem como para promover, de forma mais direta, a participação popular da PSR na discussão da efetivação de direitos. Pois a participação popular e o controle social não deve ser “ouvir ou dar opinião, mas fazer e fazer-se parte de um projeto, ou seja, ser também modificado no projeto e pelo projeto, como um projeto social de si mesmo” (ESPINHEIRA e SOARES, 2004, p. 13).

Os comitês técnicos locais promovem a participação dos sujeitos de direitos, fazendo com que uma política social, como a de saúde, seja também participativa.

Em um Estado Democrático de Direito devem ser garantidos procedimentos institucionalizados de participação e controle social que legitimem as políticas sociais implementadas pelo Estado, de modo que as vozes de seus destinatários possam ser ouvidas (CHAVES, 2008, p. 11).

Apenas se pode aferir, avaliar, medir se uma política social é adequada aos interesses de uma dada coletividade e se é eficiente na efetivação de um direito social com a participação desta coletividade na sua implantação e no seu controle.

A criação do comitê estadual de saúde para a PSR deve ser um objetivo a ser alcançado pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público, porque quanto mais locais de discussão das políticas de saúde para a PSR, mais debate se tem e mais maduro se torna o processo de implantação e implementação de políticas sociais de saúde para a PSR.

A previsão de encontros de participação popular e do controle social com gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam nos movimentos da PSR (alínea “a”, inciso I, do art. 3º), normatizada pela portaria GM/MS nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011 também fortalecem o debate, a avaliação, a implantação e a implementação de políticas de saúde.

Esse fortalecimento da participação popular da PSR nas instâncias de controle social do SUS, através de seu movimento social, está previsto na PNIS (2008a, p. 21) e como ação estratégica prevista na resolução CIT/MS nº 02 de 2013.

A participação e o controle social são imprescindíveis para a efetivação do direito à saúde da PSR. “Para que o poder público respeite, proteja, promova e possa prover os direitos humanos é preciso garantir e ampliar a participação e o controle social das ações públicas” (LEÃO, 2013, p. 97).

Embora o termo “empowerment” seja normalmente traduzido para o português como “empoderamento”, um anglicanismo que significa obtenção, alargamento ou reforço de poder (BAQUERO, 2012, p. 173), alguns autores (LEÃO, 2013 p. 98) optam por utilizar o termo “apoderamento” em vez de “empoderamento”, por entenderem que o conceito de “apoderar-se”, no sentido de “apropriar-se” ou “conquistar”, vai além ao de empoderar, já que ninguém pode dar ou transferir poder a outra pessoa, pois o “poder, como direito, não é dado nem transferido, mas conquistado” (LEÃO, 2013, p. 98). Adota-se, no entanto, o termo “empoderamento”, por ser mais tradicional e difundido.

O termo “empoderar” é utilizado para definir o resultado do processo de repasse de informações, ferramentas e outros recursos para que as pessoas na sociedade possam ter acesso ao poder, seja ele político, econômico, social ou cultural. No entanto, esse conceito tradicional de empoderamento vai além da simples participação social, pressupondo participação crítica, informada e ativa que não pode ser confundida com a simples “presença” ao longo do processo de decisão. Assim, muito mais do que apropriação de conhecimentos técnicos sobre direitos, o processo de apoderamento implica na compreensão do contexto político que gera violações de direitos, da realidade do seu meio social e na tomada de iniciativas no sentido de que cada indivíduo ou grupo possa efetivamente melhorar sua própria situação (LEÃO, 2013, p. 98).

O processo de empoderamento, informação e mobilização de pessoas e coletividades em situação de pobreza extrema, como a PSR, não é simples, pois, apesar de expressarem a compreensão de que estão sendo injustiçadas, muitas delas não percebem a situação de miséria e de exclusão social como algo passível de ser enfrentado e superado (LEÃO, 2013, p. 98).

Exige-se para a efetivação de direitos, uma intensa e maciça participação das pessoas que tem seus direitos violados, de forma organizada ou não. Elas devem

brigar pela promoção dos seus direitos. À Defensoria Pública, como órgão de assistência e orientação jurídica, cabe assessorá-los e dar o suporte necessário.

A formação e conscientização em direitos humanos visa ensinar os indivíduos a intervir, qualificá-los para a cidadania ativa, a comunicação e para saber pensar. Deve promover a formação de cidadão consciente e apto para defender e promover os seus direitos.

Com a PSR, essa conscientização de direitos humanos pode se dar de forma contínua através do MNPR, em unidades de atendimento e de acolhimento socioassistenciais públicas e de entidades da sociedade civil, em uma integração entre assistência social e educação, em um processo de inclusão social.

A educação em direitos humanos possibilita que o indivíduo, inclusive a pessoa em situação de rua, possa exigir o seu direito, de forma organizada ou não, extrajudicialmente, sem ser preciso judicializar para buscar a efetivação de direitos. Mas, para exigir de forma efetiva a concretização de um direito, o cidadão precisa saber o que exigir e como exigir.

Assim, a efetivação de direitos abrange também a educação daqueles que devem exigir seus direitos. Uma parte da sociedade consegue do Estado ter os seus direitos e os demais não conseguem, porque não exigem. Quem não exige seus direitos, não consegue efetivá-los. Quem exige, pode até demorar, mas em algum momento, se não desistir, irá conseguir. Mas tem que saber o que pedir e como pedir.

O cidadão, mesmo em situação de rua, deve perceber que é protagonista de sua história, e que ele mesmo pode buscar alternativas para a sua situação de violação dos direitos, exigindo a sua promoção, proteção e reparação.

É fundamental, para promover a participação, que haja uma “capacitação preparatória” para o debate, “uma atitude de seriedade e comprometimento com a democracia participativa” (ESPINHEIRA e SOARES, 2004, p.13), pois, um conjunto de pessoas não passa a exigir direitos, se não conseguir se organizar e reivindicar políticas e direitos de forma organizada e estratégica.

Essa capacitação da PSR, de suas lideranças e de conselheiros de saúde, está prevista no inciso IV, do artigo 5º da resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, abaixo transcrita:

Artigo 5º

IV - Eixo IV: Fortalecimento da participação e do controle social, a partir da implantação das seguintes ações e estratégias:

- a) apoio à formação e à sensibilização de lideranças do movimento social da PSR com relação ao exercício da cidadania, à saúde e à defesa do SUS, por meio de cursos, oficinas, encontros e formação;
- b) articulação com gestores estaduais, distrital e municipais do SUS para fomento à capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática saúde da PSR, com a participação do Movimento Nacional da População de Rua e outras entidades da sociedade civil ligadas ao tema;

Por isso, uma atuação do cidadão em situação de rua se fortalece se também for realizada através do movimento social, mais precisamente, do MNPR.

O MNPR funciona em rede, nacionalmente, e vem participando de todas as conquistas em relação aos direitos conquistados pela PSR, nos últimos anos. Incluindo aí a edição das normas e publicações do Ministério da Saúde, e que constituem hoje, reunidas, um direito sanitário da PSR.

Mas, entende-se também que outras entidades devem participar do processo de efetivação de direitos, por se tratar de uma luta árdua e difícil. A participação da sociedade civil que não seja formada por pessoas em situação de rua é importante.

No caso, deve-se promover o interesse da juventude, dos movimentos sociais de outras minorias, visto que a PSR é formada por negros, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, para que se associem à atuação estratégica de promoção e efetivação de direitos, inclusive o da saúde, até porque a melhoria de acesso e da prestação do serviço de saúde beneficia a todos.

Neste sentido, a resolução nº 02 de 2013, prevê a inclusão da PSR nas redes de atenção das políticas de saúde da mulher, da criança, do idoso, conforme prescrito abaixo, em seu artigo 5º, inciso I:

Art. 5º As três esferas de gestão do SUS implantarão as estratégias de que trata esta portaria com fundamento em cinco eixos, conforme definidos a seguir:

I - Eixo 1: inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde, a partir da implantação das seguintes ações e estratégias:

d) inclusão da PSR no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos, tais como mulher, criança, idoso e população vulnerável;

Embora não esteja previsto, mas é igualmente importante a inclusão da PSR na política de atenção à saúde da população negra, pois em sua maioria, as pessoas em situação de rua são negras ou pardas.

O indivíduo, em situação de rua pode não estar consciente do problema de saúde, como já visto, por falta de conhecimento, informação, pelo problema ser

assintomático ou pela autodepreciação, fazendo com que ele não acesse o serviço de saúde, mesmo apresentando uma necessidade médica.

São atuações na área de educação para a saúde que podem modificar as percepções de necessidades médicas, por parte dos usuários de saúde (IUNES, 1995, p. 118).

Por isso a ação de política de saúde de educação em saúde, por meio de oficinas, encontros e formação prevista na alínea “a”, do inciso IV, do art. 5º da resolução CIT/MS nº 02 de 2013 é importante para se combater as iniquidades em saúde da PSR.

O acesso aos serviços de saúde pela PSR, também é prejudicado pelas práticas discriminatórias da sociedade em relação à situação de rua, que acaba por influenciar a atuação dos profissionais médicos ao atender este público, posto que esses profissionais pertencem à mesma coletividade e acabam por comungar com seus valores e crenças.

Da mesma forma, fluxo e protocolos engessados do SUS exigindo o agendamento de consultas ou a exigência de um acompanhante em caso de internação ou exigências burocráticas diversas acabam por impedir o atendimento da PSR, diante da sua peculiar visão imediatista do mundo, forjada pelas condições de vida das ruas.

Diante desses fatos, para que haja um enfrentamento a essas iniquidades em saúde, faz-se indispensável ações estratégicas de educação permanente na abordagem da saúde da população em situação de rua.

Tais ações já estão sendo implementadas pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, com o capítulo que trata da PSR, no *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* de 2010 (BRASIL, 2011a, p. 150-155); com Oficinas de Capacitação para Profissionais que Atuam no Atendimento à População em Situação de Rua; e com a publicação do manual técnico do Ministério da Saúde, intitulado *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*, com a finalidade de instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional, buscando ampliar e construir novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população (BRASIL, 2012a, p. 14).

Além disso, essas ações também estão previstas na resolução CIT/MS nº 02 de 2013:

Art. 5º As três esferas de gestão do SUS implantarão as estratégias de que trata esta portaria com fundamento em cinco eixos, conforme definidos a seguir:

I - Eixo 1: inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde, a partir da implantação das seguintes ações e estratégias:

[...]

c) capacitação permanente das equipes da urgência e emergência para tratamento da PSR; e

[...]

III - Eixo 3: Educação Permanente em Saúde na abordagem da saúde da PSR, a partir da implantação das seguintes ações e estratégias:

a) capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para atendimento da PSR, tendo em vista as especificidades de saúde dessa população;

b) capacitação e sensibilização de profissionais de saúde das equipes da Atenção Básica e eCR [equipes de consultório na rua], incluindo Agentes sociais e Agentes Comunitários de Saúde, em relação ao atendimento da PSR;

c) inserção da temática PSR no Módulo de Educação à Distância (EAD) para cursos de formação voltados para profissionais de saúde, em especial as equipes da Atenção Básica para as áreas de imunização, saúde mental, doenças negligenciadas, DST/AIDS, hepatites virais e cuidados assistenciais, os serviços de Saúde Mental e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS);

d) fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da PSR; e

e) elaboração de material informativo para a PSR sobre o SUS e as suas redes de atenção à saúde;

A pesquisa realizada, em 2009, por pesquisadores do ISC-UFBA, com PSR, em Salvador apontou que a falta de documentos de identificação pessoal e a exigência de comprovação de residência constituíram-se em empecilhos para o acesso aos serviços de saúde, para os entrevistados (AGUIAR e IRIART, 2012, p. 121).

Diante desse fator de iniquidade em saúde, a portaria nº GM/MS 940 de 2011, que regulamentou o Sistema Cartão Nacional de Saúde, desobrigou, especificamente, as pessoas em situação de rua de apresentarem comprovante do endereço do domicílio, como se pode ver expressamente em seu artigo 23 abaixo transcrito:

Art. 23. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.

§ 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua.

Bem como, o seu art. 13, expressamente dispôs que a ausência do cartão não poderia impedir a realização de um atendimento de saúde solicitado em qualquer estabelecimento.

O Cartão Nacional de Saúde é um sistema de informação de base nacional que permite e objetiva: a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional; a vinculação do usuário à atenção realizada, pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde; a disponibilização aos usuários, dados e informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão (arts. 2º, 3º e 4º da portaria GM/MS nº 940/2011).

O sistema Cartão Nacional de Saúde também objetiva: “a melhoria e a modernização da gestão e do seu sistema de gerenciamento de informações”; permitir o intercâmbio de informações entre os estabelecimentos de saúde; “identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde para aprimorar a qualidade dos processos de trabalho, viabilizando a utilização adequada de informações no planejamento, acompanhamento e avaliação da atenção à saúde” e disponibilizar aos usuários informações sobre os serviços que ele teve acesso (portaria GM/MS nº 940/11).

Verifica-se portanto que o sistema Cartão Nacional de Saúde é importante para a organização, o funcionamento do sistema e para o planejamento das ações de saúde, que é a sua razão de existir, fundamentada na lei do SUS, nº 8.080/90, em seu artigo 8º.

Durante o cadastramento do Cartão Nacional de Saúde, o atendente solicita um comprovante do domicílio ao usuário. Essa solicitação visa a obtenção de dados a respeito dos endereços dos usuários, visando a racionalização e organização dos serviços de saúde, no território nacional (portaria GM/MS nº 940/11).

Entretanto, visando obedecer ao princípio da universalidade do serviço de saúde e ao princípio da equidade - dando-se tratamento igual aos iguais e desigual aos desiguais, na medida de suas desigualdades - diante das especificidades da PSR e dos ciganos nômades, para garantir o acesso ao serviço, a referida portaria, dispensou esses dois segmentos populacionais da apresentação do endereço.

A referida ação, de inexigibilidade do endereço, prevista em portaria, tem por finalidade garantir o acesso ao serviço de saúde para a PSR, desvencilhando-se de entraves burocráticos para o atendimento, inclusive pelo disposto no art. 13, da mesma portaria nº 940/11, que expressamente previu que a ausência do cartão não poderia impedir a realização de um atendimento de saúde solicitado em qualquer estabelecimento.

No entanto, essa portaria não tem sido suficiente para garantir o acesso à saúde da PSR.

A Defensoria Pública do Estado da Bahia, desde o ano de 2011, vem atendendo pessoas em situação de rua que não conseguem atendimento em unidades de saúde, pela falta de endereço fixo (MIRANDA e RODRIGUES, 2011, p. 246).

Ou seja, há um desconhecimento dos profissionais de saúde acerca das normas de direito sanitário da PSR, devendo ser prioritária a capacitação permanente de todos os profissionais, de todas áreas, a fim de se reduzir as iniquidades e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela PSR.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas em situação de rua, no Brasil, são as maiores vítimas da perversa desigualdade social e de acesso a direitos, destituídas dos mínimos elementos necessários para a sobrevivência e para uma existência, ao menos, digna, sofrendo o preconceito da sociedade e práticas discriminatórias por parte de profissionais que deveriam servi-los, como os da saúde e da assistência social.

Aplicando-se o princípio da igualdade e tendo em vista que a situação de rua é o resultado mais indecente da desigualdade social, é necessária a realização de ações afirmativas para garantir o acesso desses indivíduos ao direito à saúde.

Essas ações afirmativas consubstanciam-se nas ações de políticas de saúde de promoção da equidade da PSR, tendo algumas delas sido normatizadas, graças à instigação e provocação do MNPR.

Essas ações que foram normatizadas e analisadas neste trabalho, constituem-se em um avanço considerável, ao procurar garantir o acesso ao direito à saúde das pessoas em situação de rua.

No entanto, a existência desses dispositivos ainda não se constitui, na prática, em efetivação e acesso ao direito à saúde pela PSR. Ainda há muito a ser feito.

A PSR ainda tem como foco principal a busca pela própria sobrevivência, deixando acumular doenças, antes de buscar um serviço de saúde. Apenas procurando o serviço, em casos de urgência ou emergência ou quando não conseguem mais trabalhar e garantir o próprio sustento.

Em regra, a PSR não se sente empoderada o suficiente para procurar o serviço de saúde sozinhas, temendo e com razão, não ser atendida ou sofrer algum tipo de práticas discriminatória. Normalmente, procura o serviço tutelada por um serviço de abordagem socioassistencial ou pelas equipes de consultórios na rua, nos locais, onde esses consultórios já foram implantados.

A atenção à saúde domiciliar nas entidades de acolhimento não vem sendo realizada pelas equipes de consultório na rua, no Município de Salvador. Além

disso, a rede socioassistencial é precária, insalubre e repleto de fatores determinantes de doenças.

A alimentação oferecida na rede socioassistencial não se adequa as peculiaridades de cada pessoa em situação de rua, ou seja, não se avalia se, por exemplo, o indivíduo é hipertenso ou diabético, se pode ou não ingerir sal ou doce, sem contar possíveis alergias, como ao glúten. Não se tem o devido cuidado ou atenção para essas especificidades. Sem esse cuidado, a comida servida pode tornar-se veneno para quem se alimenta dela.

A atenção em saúde tanto em meio aberto, quanto nos estabelecimentos de saúde devem ser necessariamente flexíveis. Não se pode, de modo algum, aplicar aos pacientes em situação de rua os mesmos protocolos, exigências e fluxos de atendimentos utilizados para os demais usuários dos serviços de saúde. Não se garantir essa flexibilização é obstaculizar o acesso a saúde para a PSR. É se omitir inconstitucionalmente diante do dever de cuidado.

As pessoas em situação de rua ainda são responsabilizadas pela própria pobreza extrema, pela própria situação de rua, pelo uso de álcool e outras drogas, inclusive com setores da sociedade concordando que elas deveriam sofrer remoções ou práticas higienistas de exclusão do cenário urbano.

Outra questão é o fato de que o programa de atenção aos usuários de drogas ilícitas tem uma perspectiva de segurança pública, executado nas Secretarias de Justiça e no Ministério da Justiça, quando deveriam integrar intersetorialmente as estratégias do SUS.

Não existem leitos em hospitais gerais para pacientes com uso abusivo ou nocivo de substâncias psicoativas e que tenha prescrição médica para internação, nem há leitos suficientes de psiquiatria para pessoas com transtorno mental, bem como há poucos leitos de urgência e emergência, em Salvador. Essa dificuldade não é específica para a PSR, abrangendo todos os usuários do SUS, que necessitem desses serviços.

A PSR está longe de ser prioridade nas três esferas de governo. Não tem havido vontade política por parte dos poderes públicos para se compreender as suas peculiaridades e adaptar os serviços para atender a PSR. Porque realizar uma política de saúde efetiva e eficiente para a PSR é custosa e trabalhosa pois demanda intervenção intersetorial, abrangendo direito à moradia, alimentação, assistência social, saúde, educação etc. Assim como não há interesse político, pois a situação

de rua não tem sido prioridade na agenda política de governo, porque ainda não há um reclamo da sociedade por um melhor tratamento de saúde e de assistência social para a PSR.

Embora, as políticas nacional, estadual e municipal para a PSR em Salvador, exijam intersectorialidade para o trato da situação de rua, não tem ocorrido diálogo entre as secretarias de saúde, de assistência social, de moradia, no tocante as necessidades da PSR.

Da mesma forma, por razões inclusive partidárias, não tem havido diálogo entre as esferas de governo, federal, estadual e municipal de Salvador, contrariando o disposto nas políticas para a PSR, bem como prejudicando a eficiência das ações de acesso saúde, que demandam atuação e atenção conjunta dos diversos níveis de governo.

Os profissionais de saúde não estão devidamente capacitados para atender a PSR, desconhecendo inclusive as normas de direito sanitário tratadas neste trabalho, por isso, muitas das políticas de saúde não são implementadas, bem como, por falta de instrumentos de trabalho, em um exemplo, consultórios na rua trabalhando sem veículo.

Os trabalhadores que trabalham com a PSR tanto na saúde, como na área socioassistencial também precisam ser valorizados, e precisam construir dentro de si, através de capacitações, sensibilizações e reconhecimento, a alteridade e a capacidade de formar vínculos com seus pacientes, como técnicas imprescindíveis para quem trabalha com indivíduos em situação de rua.

É essencial o fortalecimento das equipes de consultório na rua, em relação ao quantitativo de profissionais, no material de que elas dispõem e na formação necessária para as peculiaridades do serviço. Educação essa que deverá ser permanente, tanto para os profissionais das equipes de consultório na rua como para os demais profissionais de saúde, visando reduzir a possibilidade do profissional agir ou se omitir a partir de seus preconceitos e valores, em razão da vida em sociedade.

É preciso se avançar no debate sobre a criação ou não de casa de cuidados, e de residências ou repúblicas terapêuticas para o tratamento e abrigo das pessoas em situação de rua com transtorno mental e uso abusivo ou nocivo de álcool e outras drogas, tomando-se os devidos cuidados para se evitar a institucionalização combatida pela Reforma Psiquiátrica.

Outros obstáculos de acesso à saúde pela PSR tais como: a exigência de acompanhante em Hospitais para o atendimento da PSR; não registro das pessoas em situação de rua no grupo de pacientes das unidades básicas de saúde; ou de

entraves burocráticos, como o extenso rol de documentação para fazer parte do Programa Nacional de Controle da Tuberculose; horários de consultas médicas, por vezes, incompatíveis com horários de sobrevivência na rua; prescrição de medicamentos inexistentes na rede pública de saúde e de alto custo, por profissionais de saúde alheios à realidade da PSR; dificuldade dos usuários com a marcação de consultas especializadas; demora na marcação de consultas em algumas especialidades; proibição de ingresso no estabelecimento de saúde, entre outros, devem ser superados através da capacitação dos profissionais de saúde acerca das peculiaridades e especificidades da situação de rua e da flexibilização dos fluxos e protocolos de saúde visando a promoção da equidade.

Não se vê no entanto, uma capacitação maciça dos profissionais de saúde da atenção básica, das unidades de emergência, urgência, SAMU, do atendimento, do RAPS, a partir das recomendações do *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*, nem por parte do Ministério da Saúde, nem das secretarias estaduais ou municipais de saúde. O referido manual, não deixa de ser uma ação de política de saúde, com a intenção de instrumentalizar os profissionais que lidam com a PSR, mas não basta a sua existência. O Ministério da Saúde vem promovendo oficinas de capacitação nesse sentido, em várias cidades do país, mas mesmo assim, a grande maioria dos profissionais continua a desconhecer as peculiaridades da PSR. As medidas de capacitação ainda têm sido tímidas e insuficientes para alterar o atual quadro de preconceito e desconhecimento que obstaculizam o acesso do direito à saúde da PSR. Necessitam ser incrementadas e multiplicadas, crescendo-se de metodologias pedagógicas ativas e problematizadoras que levem professores e alunos a construir, junto a PSR, estratégias de superação da exclusão do direito à saúde.

Para enfrentar o fato da pessoa em situação de rua não se perceber doente e de não acessar o SUS, em razão de autodepreciação e baixa autoestima, cabe a realização de cursos e oficinas de educação em direitos humanos e direito à saúde, aos indivíduos em situação de rua, que podem ser promovidos pelo MNPR, pelos órgãos do sistema de justiça e pelo próprio poder público.

Um grande obstáculo para o trabalho de promoção do direito à saúde da PSR está no fato de que não há punições eficientes contra os gestores públicos, quando há descumprimento do disposto nas portarias que tratam das ações de políticas de saúde para a promoção da equidade em saúde das pessoas em situação de rua. É

preciso se encontrar estratégias de punição que desestimulem o descumprimento das normas de promoção da equidade em saúde da PSR.

A questão de saúde no país e das políticas de saúde formuladas nos diversos períodos de desenvolvimento revelou que se manteve a ênfase na assistência médica, dando-se pouca importância às ações no âmbito da promoção e proteção à saúde. Demonstrando que o atual pensamento sanitário dominante, apegado ao atendimento à doença, com enfoque na assistência médica, nega também a possibilidade de grande parte da população conseguir acessar esse direito (COSTA, 2002, p. 380).

Conclui-se que, no que tange ao direito à saúde da população em situação de rua, houve avanços, mas ainda muito precisa ser feito para se garantir a efetivação desse direito e da dignidade dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, Jan. 2012.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil.** São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais.** Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

ARRUDA, Ígor Araújo de. **Defensoria Pública na concretização de políticas públicas.** Um controle da aparente discricionariedade administrativa governamental. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3277, 21 jun. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/22066>>. Acesso em: 4 dez. 2013.

ASENSI, Felipe Dutra. O Direito à saúde no Brasil. ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (org.). **Direito Sanitário.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BAHIA, Secretaria de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais. Superintendência de Apoio à Inclusão Social. SALVADOR, Prefeitura Municipal de. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social – SETRADS. **Diagnóstico sobre População de Rua na cidade de Salvador.** Salvador: 2002.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social?—uma discussão conceitual. **Revista debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan.-abr. 2012.

BARBOZA, Amanda. Maurício Trindade defende internação compulsória de dependentes químicos em Salvador. **Política livre.** Salvador, 14 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.politicalivre.com.br/2012/12/mauricio-trindade-defende-internacao-compulsoria-de-dependentes-quimicos-em-salvador/>>. Acesso em 26 de jul. 2014.

BARRETTO, Rafael. **Direitos humanos.** Coleção sinopse para concursos. 2. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2012.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **"Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas."** Brasília: IPEA, 1996.

BARROSO, Luís Roberto. **Direito e política: a tênue fronteira**. 03.06.2012
Disponível em: <http://www.osconstitucionalistas.com.br/direito-e-politica-a-tenua-fronteira>. Acesso em 06 fev. 2013.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de direito constitucional**. 19 ed, atualizada. São Paulo: Saraiva, 1998.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 28 ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BORDIGNON, Juliana Silveira et al. Adultos em situação de rua: Acesso aos Serviços de Saúde e Constante Busca Pela Ressocialização. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 629-634, 2013.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, 16 de Julho de 1934. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010a.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**, 25 de março de 1824. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Dados do Censo 2010, **Diário Oficial da União**, de 04 de janeiro de 2010b. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=29>. Acesso em: 18 de mar. de 2012.

BRASIL. Governo Federal. Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua. **Política nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/versao_da_pnpr_para_consulta_publica.pdf>. Acessado em: 08 jan. 2013.

BRASIL. Lei Complementar Federal nº 80, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 13 de janeiro de 1994.

BRASIL. **Lei orgânica de assistência social anotada**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessado em: 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua**. Brasília, 2012a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_saude_populacao_ua. Acesso em: 30 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política nacional de saúde integral da população negra**: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção de equidade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua**. Brasília, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015**. Brasília, 2012b. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3e_120612.pdf. Acesso em: 08 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_direito_sanitario.pdf. Acesso em: 09 nov. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**: relatório. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. **Propostas de políticas públicas para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, 12 de junho de 2009b. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UOdxLwJow9AJ:xa.yimg>.

com/kq/groups/22487274/1163514587/name/UNKNOWN_PARAMETER_VALUE+&cd=9&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a> Acesso em: 04 dez. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **Sumário executivo pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: MDS/META, abr. 2008b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. SUAS e população em Situação de Rua. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011c. v. 3.

BRASIL. Presidência da República. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de nov. de 2009c, seção 1.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa**: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Brasília: SDH, 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Crimes de homicídio e tráfico de drogas. Tribunal de origem que mantém apenas parte da denúncia. Ausência de indícios suficientemente seguros para o recebimento da exordial acusatória. Incidência do verbete sumular n.º 07 desta corte. Recurso Especial nº 1037187. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelados: Renato Alves Artilheiro e outros. Relatora: Ministra Laurita Vaz. Brasília, 05 mar. 2012. **Diário da Justiça eletrônico** (DJe), 15 mar. 2012c.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Civil Pública – Legitimidade – Interferência no Poder Executivo – Inexistência – Tratando-se de atendimento social previsto na Constituição da República, é de se reconhecer a existência de direito difuso a ser tutelado por ação civil pública. A determinação para implementação de política pública, já prevista na Constituição da República, não caracteriza ingerência no Poder Executivo. Recursos a que se negam provimento. Recurso Extraordinário nº 634.643. Recorrente: Estado de São Paulo. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Min. Joaquim Barbosa. Brasília, 22 abr. 2010. **Diário da Justiça eletrônico** (DJe). 11 mai. 2010e.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. Ação Civil Pública. Abrigos para moradores de rua. Reexame de fatos e provas. Súmula 279 do STF. Ofensa ao princípio da separação dos poderes. Inexistência. Agravo regimental desprovido. Agravo regimental nº 634.643. Agravante: Município do Rio de Janeiro. Agravado: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Relator: Min. Joaquim Barbosa. Brasília, 26 jun. 2012. **Diário da Justiça eletrônico** (DJe). 13 ago. 2012d.

BRAVO, Omar Alejandro. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. **Temas em Psicologia da SBP** 10.1 (2002): p. 39-52. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v10n1/v10n1a04.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2014.

BRITO, Valquiria O. C. et al. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, Dec. 2007.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. **Revista de Informação Legislativa**, 34(133), 1997.

BURGER, Adriana Fagundes e BALBINOT, Christine. A dimensão coletiva da atuação da defensoria pública a partir do reconhecimento da sua legitimidade ativa para a propositura das ações transindividuais. In: SOUSA, José Augusto Garcia de (Coord.). **A Defensoria Pública e os processos coletivos**: comemorando a lei federal 11.448 de 15 de janeiro de 2007. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2012.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NOGUEIRA, Edna Aparecida; LANFERINI, Gisele Magalhães; ALI, Débora Amed; MARTINELLI, Marilda. **Serviços de saúde e população de rua**: contribuição para um debate. *Revista Saúde e Sociedade* 7(2): 47-62, 1998.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 709-716, set. 2010.

CARTA DE BRASÍLIA ABERTA AO PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, 20 mai. 2009. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/Carta_Aberta_aoPresidente_da_Republica_Federativa_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2014.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância sanitária e proteção da saúde. In: Márcio Iório Aranha; Sebastião Botto de Barros Tojal. (Org.). **Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**. Brasília - DF: 2002, v. , p. 375-405. Disponível em: <<http://projetos.dieese.org.br/projetos/anvisa/vigilanciaSanitariaProtecaoSaude.pdf>>. Acesso em: 30 de jul. 2014.

CUNHA JÚNIOR, Dirley. **Curso de Direito Constitucional**. 6ª ed. Salvador: Editora Juspodivm, 2012.

CZERESNIA, Dina. Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais e a integração das ciências. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 6, Dec. 2008 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan. 2014.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iório Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. **Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**. P. 39-61

DINIZ, Maria Helena. **Norma constitucional e seus efeitos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, Jan. 2000 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jul. 2014.

ELIAS, Luciano. **Internação compulsória e saúde mental**. 2012. Disponível em: <http://drogasecidadania.cfp.org.br/artigo-internacao-compulsoria-e-saude-mental/> Acesso em 01 jun 2013

ESPINHEIRA, Gey. **A universalidade dos usos de drogas**: o lugar das drogas na sociedade pós-moderna. Conferência: o homem e sua relação com as drogas: história, valores e políticas. 27 de abril de 2004. 1º Encontro Nacional de CAPS AD – Centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas: Drogas, saúde pública e democracia. Reduzindo danos e ampliando direitos. Santo André-SP, 26/27 de abril de 2004.

ESPINHEIRA, Gey. **Gênero Humano e Democracia**. Caderno CRH, v. 15, n. 36, 2002.

ESPINHEIRA, Gey et al. Os tempos e os espaços das drogas. Almeida AR, Ferreira OS, MacRae E, Nery Filho A, Tavares LA, organizadores. **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA, p. 1-26, 2004.

ESPINHEIRA, Gey; SOARES, Mateus de Carvalho. Pobreza e marginalização: um estudo da concentração e da desconcentração populacional nas metrópoles latinoamericanas: o caso de Salvador, no Brasil. **Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu-MG, em set. de**, 2004. Disponível em: <http://www.contatosociologico.crh.ufba.br/site_artigos_pdf/Pobreza%20%20e%20M arginalizac%C3%A3o%20em%20Salvador-BA.txt.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2014.

ESCALEIRA, Bruna; RAMOS, Camila Souza. Os cinco anos do massacre de moradores de rua da Praça da Sé. **Revista Fórum**. São Paulo, 25 set. 2009. Edição 78.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD Nelson. **Direito civil** – teoria geral. 4. ed. Rio de Janeiro: Lúmen júris, 2006.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-51, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v52n1/v52n1a07.pdf>>. Acesso em 14 de jul. 2014.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. **Política de saúde: uma política social**. 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_11957.pdf>. Acesso em: 19 out. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRAU, Eros Roberto. **O direito posto e o direito pressuposto**. 8. ed. revista e ampliada. São Paulo: Malheiros, 2011.

GRINOVER, Ada Pellegrini. "Parecer sobre a legitimidade da Defensoria Pública para o ajuizamento de ação civil pública." **Revista da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, n. 2, ano 4, p. 143-165, jul./dez., 2011.

HENRIQUE, Simone. **O direito fundamental à saúde da mulher negra no município de São Paulo**. 2013. 125 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Pós-graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

IPEA. **Gastos com a Política Social**: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Brasília: IPEA, 2011.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. (Org.) **Economia da saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1995. p.99-123. Disponível em: <<http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/CAP4.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2014.

LEÃO, Marília, org. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

LEITE, Adauto. Publicação eletrônica [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <fabiana.miranda@defensoria.ba.gov.br> em 09 mar. 2014.

LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; CORREIA, Ludmila Cerqueira. Sofrimento Mental e os desafios do direito a saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, p. 139-160, 2012.

MACIEL, Valney Rocha. **Os Herdeiros da Miséria**: o cotidiano de mendicância no centro de Fortaleza. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2004. Disponível em:

<http://www.uece.br/politicasuece/index.php/arquivos/doc_view/54-valneyrochamaci1?tmpl=component&format=raw>. Acesso em: 23 dez. 2013.

MARINELA, Fernanda. **Direito Administrativo**. Salvador: JusPODIVM, 2006.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a07v16n2>>. Acesso em: 01 jul. 2014.

MAUÉS, Antonio G. Moreira; SIMÕES, Sandro Alex de Souza. **Direito público sanitário constitucional**. In: Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Faculdade de Direito da UnB–Ministério da Saúde, 2001. p. 477-511. Disponível em: <<http://www.gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao16DireitoPublicoSanitarioConstitucional.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

MELLO, Celso Antônio Bandeira. **O conteúdo jurídico do princípio da igualdade**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MIRANDA, Fabiana Almeida; RODRIGUES, Eva dos Santos. Atuação extrajudicial da defensoria pública do estado da Bahia em favor da população em situação de rua de Salvador. In: CONGRESSO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS, 10., 2011, Rio Grande do Norte. **Livro de teses e práticas exitosas: erradicação da pobreza na atuação da defensoria pública: as várias dimensões do acesso à justiça**. Rio Grande do Norte, 2011. p. 244-254.

MOURA JUNIOR, James Ferreira. **Reflexões sobre a pobreza a partir da identidade de pessoas em situação de rua de Fortaleza**. 159 f. 2012. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/20316772/549337559/name/MOURA_JR_Reflexoes_sobre_a_pobreza_a_partir_da_identidade_de_pessoas_em_situacao_de_Rua.pdf>. Acesso em 20 jun. 2014.

MOURA JUNIOR, James Ferreira; XIMENES, Verônica M.; SARRIERA, Jorge C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicologia**, 22(2), Universidad de Chile. 2013. pág. 18-28. Disponível em: <<http://www.anales.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/30850/32789>>. Acesso em: 27 mai. 2014.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2002, 18 (suplemento), 77-87.

ORDACGY, André da Silva. Primeiras impressões sobre a lei nº 11.448/07 e a atuação da defensoria pública da união na tutela coletiva. In: SOUSA, José Augusto Garcia de (Coord.). **A Defensoria Pública e os processos coletivos: comemorando a lei federal 11.448 de 15 de janeiro de 2007**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

PAGLIUCA, José Carlos Gobbis. **Direitos humanos**. 1. ed. São Paulo: Rideel, 2010.

PAURA, Priscila Ribeiro Campos; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. Equidade no acesso ao transplante de rim com doador falecido no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 11, n. 3 p. 174-202 Nov. 2010/Fev. 2011

PIOVESAN, Flavia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 5. ed. São Paulo: Max Limonad, 2002.

PITTA, Ana Maria Fernandes; DALLARI, Sueli Gandolfi. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 36, p. 21-23, out. 1992. Disponível em:

<http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20A%20CIDADANIA%20DOS%20DOENTE%20MENTAIS%20NO%20SISTEMA%20DE%20SAUDE>. Acesso em: 06 ago. 2014.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Equidade e Justiça Social na Organização de Serviços de Saúde Mental. **Revista da Saúde**, Brasília - DF, v. 2, n. 2, p. 19-20, 2002.

PORTO ALEGRE. FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA. **Cadastro da População Adulta em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre – 2011**. Porto Alegre, 2012. Disponível em:

<[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar[1].pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

REIS, Elisa P. Percepções da elite sobre pobreza e desigualdade. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 15, n. 42, p. 143-152, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n42/1742.pdf>. Acesso em 03 de jul. 2014.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2014

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 331-6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/reben/v59n3/a15v59n3.pdf>>. Acesso em 09 jan. 2014.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de. **Relatório da Pesquisa sobre a população em situação de rua no município de Salvador-Ba/ Prefeitura Municipal de Salvador**. 1. ed. – Salvador: Programa Salvador Cidadania, 2010.

SANTOS, Daniel Labernarde dos. GERHARDT, Tatiane Engel. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul: 2008, 29(1) 129-36.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Núcleo de Pesquisas em Ciências Sociais. **Censo e Caracterização Socioeconômica da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo (2011)**. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/censoecharacteriz_1338734690.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Ação civil Pública – Legitimidade. Interferência no Poder Executivo. Inexistência - Tratando-se de atendimento social previsto na Constituição da República, é de se reconhecer a existência de direito difuso a ser tutelado por ação civil pública. A determinação para implementação de política pública, já prevista na Constituição da República não caracteriza ingerência no Poder Executivo. Recursos a que se nega provimento. Apelação cível nº 61.146-5/0. Apelantes: Fazenda do Estado de São Paulo e a Prefeitura Municipal de São Paulo. Apelado: Ministério Público. Relator: Lineu Peinado. São Paulo, 22 jun. 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 11ª ed. rev. Atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

_____. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico, n. 10, 2002. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=efic%C3%A1cia+normas+constitucionais+direitos+sociais&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5>. Acesso em: 18 jun. 2014.

SARTI, Cynthia A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Ed. Cortez, 2005. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/23548063/7-1-A-familia-como-espelho-lectura-complementaria>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **IBGE se prepara para incluir população em situação de rua no censo demográfico**. Brasília, 02 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2013/novembro/ibge-se-prepara-para-incluir-populacao-em-situacao-de-rua-no-censo-demografico>>. Acesso em: 03 dez. 2013..

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Situação da população de rua é tema de seminário em Brasília (DF), a partir 2ª feira (29)**. Brasília, 26 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/importacao/2010/11/25-nov-2010-seminario-aproxima-populacao-em-situacao-de-rua-e-defensorias-publicas-nesta-2a-feira-29-em-brasilia-df>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

SGARBOSSA, Luis Fernando. **Crítica à teoria dos custos dos direitos**: volume 1. Reserva do possível. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2010.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Paulo Tadeu Gomes da. **Direitos fundamentais**: contribuição para uma teoria geral. São Paulo: Atlas, 2010.

SOARES, Ricardo Maurício Freire. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**: em busca do direito justo. São Paulo: Saraiva, 2010.

TRAVASSOS, Claudia. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, Apr. 1997 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 jul. 2014.

UM MASSACRE cotidiano. Revista Fórum, São Paulo, 08 fev. 2012. Disponível em: <http://revistaforum.com.br/blog/2012/02/um_massacre_cotidiano/>. Acesso em: 23 dez. 2013.

VALÉRIO, Andrea Leite Ribeiro. **(Mal)dita liberdade e cidadania**: a redução de danos em questão. 117 f. 2010. Dissertação (mestrado em Políticas Sociais e Cidadania). Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Católica do Salvador, Salvador.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos**: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saude soc, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2013.

VARANDA, Walter. **Do direito a vida à vida como direito**: sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de moradia nas ruas da cidade de São Paulo. 119 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28022011-231027/>>. Acesso em: 02 out. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VENTURA, Miriam et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2014.

VERAS, Renata Meira; SOUZA, Gezilda Borges; MACEDO, Brian Teles Fonseca de; KITAOKA, Daisy Guerra. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do Centro Histórico de Salvador, Bahia. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, Santa Catarina, v. 15, n. 106, p. 161-178, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5007/1984-8951.2014v15n106p161>>. Acesso em 06 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. In **Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.