



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ALÉXIA DARLLA OLIVEIRA DINIZ

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA**

RECIFE
2025

ALÉXIA DARLLA OLIVEIRA DINIZ

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Giovanny Simon Machado

Recife
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Diniz, Aléxia Darlla Oliveira .

A integralidade no cuidado à saúde da população em situação de rua / Aléxia Darlla Oliveira Diniz. - Recife, 2025.

82 : il.

Orientador(a): Giovanny Simon Machado

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. discriminação. 2. integralidade. 3. saúde. 4. população em situação de rua . 5. vadiagem. I. Machado, Giovanny Simon . (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

ALÉXIA DARLLA OLIVEIRA DINIZ

**A INTEGRALIDADE NO CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Giovanny Simon Machado

Aprovado em: 07/03/2025

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Giovanny Simon Machado (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Recife
2025

*Ao meu amado irmão Davi, o ser cuja existência
é a mais fascinante do mundo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, o Senhor dos céus e da terra, pelo seu amor eterno e incondicional para comigo, a quem devo a minha existência e cada conquista da minha vida.

Agradeço à minha mãe, Déborah Lopes, por sonhar os meus sonhos, por me criar sozinha com força e coragem e por amar e sustentar durante todos esses anos. Sem a senhora nada disso seria possível. Agradeço por abrir mão da sua vida para que eu tivesse uma. Guardo em meu coração o seu exemplo e o desejo de sempre te dar orgulho.

Agradeço ao meu irmãozinho Davi, que embora ainda seja uma criança, o seu nascimento me salvou e tornou a minha vida muito feliz.

Agradeço à minha avó Darcy, minha segunda mãe, que também me criou e fez tudo por mim.

Agradeço às minhas outras duas mães, minhas tias Darcilene e Danusia, que me amaram, cuidaram e se preocuparam comigo durante todo o meu caminho.

Agradeço ao meu melhor amigo, meu noivo Gabriel Luz, pelo seu apoio e paciência. Obrigada por me encorajar, acreditar e fazer tudo por mim.

Agradeço a minha sogra, Verônica Luz, por ser mais uma mãe para mim enquanto as outras estavam distantes.

Agradeço à minha prima Dra. Darllany Flávia pelo companheirismo e a irmandade.

Agradeço ao meu pai, Alécio Diniz e à minha bisavó Maria Diniz por proporcionarem as condições objetivas para minha permanência em Recife e me acolherem em sua casa durante os períodos iniciais da minha graduação, vocês me ensinaram muito sobre a vida.

Agradeço aos melhores amigos que a Universidade poderia me dar, Lucas Moura, Ester Lydia Hellen e Vitoria Carolyne. Obrigada pelos momentos de descontração, pelas conversas, conselhos e risadas e obrigada também por compartilharem comigo quase todos os trabalhos em grupo.

*Triste mundo, que veste quem está vestido e
despe quem está nu. (Calderón de La Barca)*

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema a integralidade no cuidado à saúde da população em situação de rua (PSR). Para tratar sobre essa temática foi necessário, primeiramente, refletir sobre o histórico do fenômeno da PSR no Brasil desde a Primeira República, até a contemporaneidade. A contextualização iniciou-se com a percepção que a sociedade tinha do sujeito que vivia nas ruas no século XIX, como um indivíduo ocioso e vagabundo que deveria ter sua conduta corrigida através do trabalho forçado para a manutenção da ordem moral capitalista. Entretanto, esse quadro só foi revertido no final do século XX através da luta dos movimentos sociais, quando a questão da PSR começou a ganhar maior visibilidade no espaço público, tendo em vista o início da sua auto-organização com o apoio das instituições filantrópicas e ONG. Em segundo plano, foi realizada a apresentação da trajetória da Política de Saúde no Brasil, seus avanços e retrocessos que se deram ao longo dos diferentes governos no Brasil, desde o início do século XX até o 3º mandato do presidente Lula e quais foram as suas implicações no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde brasileiro. O estudo da história desses processos é relevante porque é mediante o conhecimento do passado que os fenômenos atuais podem ser explicados. Sendo assim, para que fosse possível abordar sobre a efetivação do princípio de integralidade no cuidado à saúde da PSR, suas potencialidades e desafios, foi necessário apreender quem é essa população e o que é a Política de Saúde no sistema capitalista neoliberal brasileiro. A aproximação e identificação da temática do estudo foram oportunizadas pela vivência do Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social no Hospital da Restauração. O objetivo geral do estudo é refletir sobre a atenção à saúde da PSR, a partir do princípio da integralidade do SUS. Os objetivos específicos foram: apresentar o histórico do fenômeno da PSR no Brasil; debater sobre a política de saúde e os desafios para implementação do princípio da integralidade do SUS; apreender os desafios para a implementação da integralidade no que se refere à saúde da PSR. O método utilizado foi o materialismo histórico-dialético, que busca compreender a realidade do mundo a partir das grandes transformações da história e das sociedades humanas. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, com base em uma pesquisa documental e bibliográfica e revisão da literatura sobre o tema. O corpus bibliográfico utilizado para subsidiar a pesquisa foi viabilizado através de recursos de bases de pesquisas como livros e artigos do SciELO, e o corpus documental foram leis e cadernos/cartilhas de orientações disponibilizados pelos sites do Ministério da Saúde, do Governo Federal e da Secretaria Nacional de Desenvolvimento Social, e dados divulgados nos sites do IPEA e IBGE. Os resultados encontrados a partir deste trabalho foram: a falta de efetivação das políticas públicas na vida da PSR, pois elas apresentam diversos problemas operacionais e estruturais. Para além disso, o preconceito e a estigmatização que essas pessoas enfrentam até os dias atuais, como uma herança do seu passado histórico, também se configura como uma barreira para que estes tenham acesso aos seus direitos sociais, conquistados através da luta deste segmento e de seus apoiadores.

Palavras-chaves: discriminação, integralidade, população em situação de rua, saúde, vadiagem.

ABSTRACT

The theme of this Final Paper is comprehensive health care for the homeless population. In order to address this issue, it was first necessary to reflect on the history of the phenomenon of homelessness in Brazil from the First Republic to the present day. The contextualization began with society's perception of the individual who lived on the streets in the 19th century as an idle and vagrant individual who should have his conduct corrected through forced labour in order to maintain the capitalist moral order. However, this situation was only reversed at the end of the 20th century through the struggle of social movements, when the issue of the homeless began to gain greater visibility in the public arena, with the start of their self-organization with the support of philanthropic institutions and NGOs. Secondly, a presentation was made of the trajectory of health policy in Brazil, its advances and setbacks over the course of the different governments in Brazil, from the beginning of the 20th century to President Lula's third term in office, and what the implications were for the development of the Brazilian Unified Health System. Studying the history of these processes is important because it is through knowledge of the past that current phenomena can be explained. Therefore, in order to be able to discuss the implementation of the principle of comprehensive health care for the homeless, its potential and challenges, it was necessary to understand who this population is and what health policy is in the Brazilian neoliberal capitalist system. The approach and identification of the study's theme were made possible by the experience of the Compulsory Curricular Internship of the Undergraduate Course in Social Work at the Hospital da Restauração. The general objective of the study is to reflect on the health care of the homeless, based on the principle of integrality of the SUS. The specific objectives were: to present the history of the SRH phenomenon in Brazil; to debate health policy and the challenges of implementing the principle of integrality in the SUS; to understand the challenges faced by the SRH in guaranteeing comprehensive health care. The method used was historical-dialectical materialism, which seeks to understand the reality of the world based on the great transformations of history and human societies. This is an exploratory study with a qualitative approach, based on documentary and bibliographic research and a review of the literature on the subject. The bibliographic corpus used to support the research was made possible through the resources of research bases such as books and articles from SciELO, and the documentary corpus were laws and guidance booklets made available on the websites of the Ministry of Health, the Federal Government and the National Secretariat for Social Development, and data published on the IPEA and IBGE websites. The results found from this work were: the lack of effectiveness of public policies in the lives of the homeless, as they have various operational and structural problems. In addition, the prejudice and stigmatization that these people face to this day, as a legacy of their historical past, is also a barrier to them gaining access to their social rights, won through the struggle of this segment and its supporters.

Keywords: discrimination, integrality, homeless population, health, vagrancy.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNDS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAPE	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OAF	Organização do Auxílio Fraternal
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição

PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSF	Programa de Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SISAB	Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 -** Charge do Jornal “O Malho” sobre a Colônia Correcional de Dois Rios
- Figura 2 -** Modelo de Dahlgren e Whitehead

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. CAPÍTULO - A REPRESSÃO À OCIOSIDADE: COMO SE DESENVOLVEU O FENÔMENO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL	17
1.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COMO EXPRESSÃO BRUTAL DA QUESTÃO SOCIAL.....	17
1.2 AOS “VADIOS”, O TRABALHO: A CRIMINALIZAÇÃO DA VADIAGEM NO PERÍODO PÓS-ABOLIÇÃO.	19
1.2.1 AS NOVAS TEORIAS DO CRIME E AS PRISÕES CORRECIONAIS ...	26
1.2.2 A MODERNIZAÇÃO DAS CIDADES E O HIGIENISMO COMO FERRAMENTA DE CONTROLE DA VADIAGEM	31
1.3 DE CRIMINOSOS A SUJEITOS DE DIREITOS: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CENÁRIO ATUAL	34
2. CAPÍTULO: O ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	42
2.1 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	42
2.2 O ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	57
2.3 OS DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NOS CUIDADOS EM SAÚDE DA PSR NAS PUBLICAÇÕES E DOCUMENTOS CONSULTADOS	63
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

INTRODUÇÃO

A realidade que se expressa nos grandes centros urbanos é de grande desigualdade, onde é comum as pessoas durante o seu deslocamento se depararem com outros que estão deitados nas calçadas com suas cabeças sobre blocos de concreto, pedindo comida nos sinais de trânsito e na entrada de supermercados, procurando no lixo de outros seres humanos o que comer, dormindo em bancos de praça ou fazendo de pontes e viadutos a sua habitação provisória.

Esta imagem com o passar do tempo foi naturalizada, alguns ainda se comovem, enquanto outros sentem repulsa. As pessoas já se acostumaram com cenas como essas e, por causa disso, tratam essa situação de forma indiferente e desumanizada. Ao se questionarem sobre o que levou esse indivíduo a estar nessa situação de extrema pobreza, alguns chegam a culpabilizá-los e rotulá-los de “vagabundos”, “bêbados” ou “drogados”, em contrapartida àqueles que se sensibilizam com a situação e se questionam, como essa pessoa viveu ao longo da sua vida, quais privações e preconceitos sofreu, o que teve acesso, quem era sua família, ou até mesmo em que contexto social ele esteve inserido desde o seu nascimento.

No início da Primeira República (1889-1930), as legislações voltadas para PSR no Brasil eram de coerção, exclusão, marginalização, trabalho forçado e higienismo, pois essas pessoas não se enquadravam aos padrões morais das elites da época e com isso sofreram durante anos discriminação e privação de direitos sociais, como educação, alimentação, lazer, moradia e saúde. Todavia, este quadro começou a apresentar mudanças a partir do final do século XX com o processo de redemocratização do país e efervescência dos movimentos sociais, destacando-se o movimento de Reforma Sanitária, que defendia a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado.

A saúde que antes era vista apenas como ausência de doença, a partir de 1946 foi definida pela Organização Mundial da Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Brasil, 2020). Para além disso, segundo a Lei 8080/1990 que materializa o Sistema Único de Saúde brasileiro a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

Sendo assim, as instituições que prestam serviços à saúde devem se complementar, conforme é estruturado o sistema de saúde brasileiro, através do princípio da integralidade, que idealiza a integração entre os serviços de saúde e assistência social (Mattos, 2009). Além disso, os/as profissionais devem estar capacitados para atender a qualquer tipo de demanda que os usuários apresentem, independente de suas crenças ou opiniões próprias.

Posto isso, é de fundamental importância que essa temática seja discutida criticamente e problematizada dentro do campo do Serviço Social, pois os/as assistentes sociais são profissionais que atuam no processo de intervenção, colaborando no acesso dos direitos sociais da população que vive em situação de rua, realizando a mediação para a garantia dos seus direitos. As intervenções desses/dessas profissionais tanto na área da saúde quanto da assistência social não devem ser de cunho assistencialista e caritativo, mas sendo ações respaldadas nas políticas públicas que foram criadas para proteger essa população, desconstruindo, assim, concepções que fogem do projeto ético-político da profissão.

Em virtude disso, faz-se necessário compreender quem é essa população em situação de rua, como se deu sua conformação ao longo da história no Brasil, o que é a política de saúde no capitalismo neoliberal atual, focando em quais são os desafios enfrentados pela PSR no que diz respeito ao acesso aos cuidados em saúde de maneira integral.

Diante do exposto, a questão de pesquisa baseia-se na ideia de como se dá o acesso à saúde da população em situação de rua no Brasil na perspectiva da integralidade do cuidado.

A aproximação e identificação da temática do estudo foram oportunizadas pela vivência do Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social no Hospital da Restauração, classificado como um hospital de alta complexidade e o maior em urgência e emergência do nordeste, prestando atendimento para todo território estadual e para algumas cidades de fora do Estado.

Durante a vivência do estágio, foram identificados diversos pacientes que estavam em situação de rua e que deram entrada no hospital através da emergência, muitos deles vítimas de acidentes e atropelamento, e que estavam recebendo os devidos cuidados no 7º andar (Cirurgia Geral) e 6º andar (Ortopedia). Porém, durante o processo de alta hospitalar, foram identificados uma série de problemas, uma vez que eles não tinham para onde ir após o internamento e não

tinham condições de dar a continuidade ao tratamento. Essas experiências geraram inquietações sobre a forma como a PSR cuidava da sua saúde, pois embora exista toda uma regulamentação para protegê-los e garantir o seu acesso à saúde de modo integral, ainda existem diversos entraves para esse acesso.

Não obstante, os/as profissionais de Serviço Social do hospital atuavam no processo de viabilização dos direitos desses usuários e no caso do paciente já está de alta, os/as assistentes sociais interviam no processo de alta social, sendo um processo essencial para a reintegração das pessoas em situação de rua, por sua vez, ela é um meio pelo qual a liberação e a saída do hospital dependem da avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes/usuários. Trata-se de uma iniciativa que vem sendo desenvolvida pelos/pelas Assistentes Sociais e expressa um processo de responsabilização da equipe multiprofissional pela saúde do usuário dentro e fora do ambiente hospitalar (Seibert, Mangini, Kocourek, 2019).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo geral refletir sobre a atenção à saúde da PSR, a partir do princípio da integralidade do SUS. Os objetivos específicos foram: apresentar o histórico do fenômeno da PSR no Brasil; debater sobre a política de saúde e os desafios para implementação do princípio da integralidade do SUS; apreender os desafios para a implementação da integralidade no que se refere à saúde da PSR.

Dito isso, o presente TCC se trata de um estudo exploratório, e visa abordar a maneira como se efetiva o cuidado integral à saúde da PSR, onde se expõe as contradições do capitalismo, à luz do pensamento marxista, visto que se apropria do materialismo histórico-dialético. Além disso, será feita a mobilização com a Lei 8080, a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 e a Portaria 122 de 2011, que definem as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Dito isso, cabe salientar que a análise percorrida da precarização do acesso da PSR aos serviços e cuidados em saúde e a contradição perante a norma da defesa constitucional do mesmo, é o resultado da soma prevista desde os moldes iniciais do capital, em outras palavras, a acumulação primitiva. Nesse sentido, a metodologia validada para entender as contradições nas fases do capitalismo e suas deturpações de direitos sociais, necessita-se do entendimento do materialismo histórico-dialético, método que foi criado por Karl Marx e Friedrich Engels e que busca compreender a

realidade do mundo a partir das grandes transformações da história e das sociedades humanas. Este método busca explicar a condição material do ser humano a partir do seu processo histórico que está em constante movimento.

Consoante Minayo (2001), a pesquisa qualitativa nos permite trabalhar com os universos dos significados, valores, atitudes e etc, “o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 2001, p. 22). Portanto, a abordagem utilizada é qualitativa, pois serve como apoio para esse TCC, com o aprofundamento nos significados das ações e relações humanas, na sociedade, que influem na realidade explicitada.

Não obstante, a técnica aplicada consiste em documentação indireta: pesquisa documental e bibliográfica e revisão da literatura sobre o tema. Entende-se pesquisa documental e bibliográfica a partir da compreensão de Fonseca (2002, p. 32) sinaliza que “[...] a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites”.

Dessa forma, a metodologia foi viabilizada através de recursos de bases de pesquisas como livros e artigos do SciELO, leis e cadernos/cartilhas de orientações disponibilizados pelos sites do Ministério da Saúde, do Governo Federal e da Secretaria Nacional de Desenvolvimento Social, e dados divulgados nos sites do IPEA e IBGE.

A estrutura do TCC está organizada em dois capítulos, além da introdução e conclusão. No primeiro é abordado sobre a gênese do fenômeno da PSR, que é resultado das desigualdades sociais engendradas pela privatização dos meios de subsistência pela sociabilidade capitalista e como esse processo se desenvolveu na particularidade brasileira. O segundo capítulo irá tratar sobre o acesso da PSR aos serviços de saúde e para que esse objetivo seja atingido foi necessário compreender o desenvolvimento da política de saúde no Brasil ao longo dos anos, bem como seus avanços e retrocessos dentro do cenário ultraneoliberal que se vivencia nos dias atuais. Tendo como referências principais Bravo, Pelaez e Pinheiro (2009), Menezes (2011), Soares (2020), Santos, Gabriel e Mello (2005). Em seguida, será abordado sobre o princípio da integralidade do SUS, quais seus conceitos e sentidos. Após isso, será tratado como se dá o acesso das pessoas que se encontram em situação

de rua aos serviços de saúde e por último quais são os desafios para esse cuidado integral em saúde.

1. CAPÍTULO - A REPRESSÃO À OCIOSIDADE: COMO SE DESENVOLVEU O FENÔMENO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

O presente capítulo discorre sobre como o fenômeno da população em situação de rua se desenvolveu no Brasil, desde a repressão à ociosidade no período Colonial até a conquista de direitos sociais no final do século XX. A contextualização na primeira subseção partirá do surgimento do capitalismo, que intensificou as expressões da questão social, tendo no fenômeno da PSR sua expressão mais brutal, uma vez que essa população sofre os mais variados tipos de privação, como: alimento, renda, moradia, lazer, educação, saúde, dentre outros. A partir disso, percebe-se que nas sociedades pré-capitalistas, a pobreza era ocasionada pela escassez, mas com o avanço desse sistema, a pobreza tornou-se resultante das desigualdades geradas pelo conflito capital/trabalho.

Dando seguimento ao capítulo, o segundo subtópico irá abordar como a sociedade e as autoridades políticas durante a época Colonial até o segundo período republicano lidavam com esse segmento populacional, que era através do encarceramento, exclusão, negação de direitos e trabalho forçado, se configurando como uma tentativa de corrigir a “má conduta” dessas pessoas, conformando-as aos padrões sociais vigentes. Por último, no terceiro subtópico será apontado como a PSR é vista no cenário atual, quais são os novos problemas enfrentados e como se desenvolveu o processo de conquista dos seus direitos sociais a partir do período de redemocratização do Brasil.

1.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COMO EXPRESSÃO BRUTAL DA QUESTÃO SOCIAL.

Ao se questionar sobre o motivo da existência de pessoas que se encontram em situação de rua no Brasil, deve-se partir do princípio de que este fenômeno existe desde o mundo antigo à contemporaneidade, tomando novas dimensões a partir do avanço da sociedade e dos seus sistemas de organização (Pereira, 2009). Pode-se afirmar que atualmente a existência desse segmento populacional compõe uma dimensão estrutural do capitalismo que é intensificada pelo mesmo, sendo um efeito histórico das desigualdades causadas por esse sistema. Segundo Pereira (2009, p. 182), “a população de rua é a mesma população que está precarizada no

conjunto das condições sociais de existência”, com o adensamento das violações de direitos no que se refere à saúde, alimentação, trabalho, qualidade ambiental, lazer, meios de transporte, e não somente moradia.

Primeiramente, faz-se necessário compreender o debate a respeito deste tema levando em consideração a sua manifestação por meio do conceito da questão social na sociedade capitalista, que é definida segundo Iamamoto (1998) como:

Um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 1998, p. 27).

A questão social é um conceito reflexivo que se materializa a partir das suas expressões como desigualdade, fome, pobreza, miséria, violência, desemprego, falta de moradia, dentre outros (Sousa; Macedo, 2018). Estas expressões se encontram ancoradas no seio da sociedade capitalista cumprindo um papel fundamental no processo de produção e reprodução desse sistema. A partir disso, segundo os autores, é relevante fazer um resgate da questão social como uma forma de introduzir a discussão acerca da População em Situação de Rua no Brasil, pois ela apresenta uma potencialidade totalizadora sendo uma forma de fugir das análises fragmentadas e individualizantes deste fenômeno.

A origem da questão social está atrelada a manifestação do pauperismo, que segundo Netto (2001), é o resultado da instauração do capitalismo, que agudizou e generalizou a pobreza absoluta. Ainda, para Sousa e Machado (2018) a questão social se inicia no século XIX com a decomposição do sistema feudal e emergência do sistema capitalista, com a separação do trabalhador dos meios de produção, dando base para a acumulação de capital, no qual o homem se transforma em trabalhador livre para vender sua força de trabalho. À vista disso, juntamente com a acumulação capitalista as expressões da questão social também são produzidas e complexificadas, pois a medida que o capital expande também aumenta o exército industrial de reserva, engendrando uma massa de trabalhadores desempregados e privados dos meios de produção para sobreviver, fazendo com que estes mergulhem na pobreza e na miséria sendo obrigados a vagar pelas ruas praticando a mendicância.

A população expropriada dos meios de produção se dirigia a área urbana, mas não era assimilada, seja em razão do incipiente mercado manufatureiro

nascente, seja por causa da inadaptação dos camponeses a este formato de trabalho. Essa horda excedente, que se aglomerava nas periferias da cidade, massificou o contingente de pessoas que vagavam pelas ruas das cidades e estradas, materializados anteriormente pela figura do “mendigo” (Sousa; Macedo, 2018, p. 04, apud, Marx, 2011).

Dessa forma, a questão social expressa as contradições do modo de produção capitalista e isso remete aos estudos de Marx que ao analisar as condições dos trabalhadores na Inglaterra pontuou sobre as leis sanguinárias que puniam de forma violenta os camponeses que haviam sido expropriados de suas terras e que passaram a viver da mendicância nas ruas. Essas leis forçaram os trabalhadores a procurarem emprego, que por sua vez acabavam submetendo-se às piores condições possíveis, pois a ideologia da época tinha no trabalho uma ferramenta disciplinadora e moralizante (Pereira, 2009).

Com isso, o imaginário em torno do morador de rua vai tomando forma no Brasil durante o período Colonial, mas é somente ao longo do Império que essa questão começa a ocupar espaço na legislação brasileira, não sob os termos de morador ou pessoa em situação de rua, mas sim como vadio, perigoso, delinquente, alguém inapto ao convívio social e vagabundo tornando-se alvo das leis coercitivas, a partir do Código Criminal de 1830, ou da caridade. Nesse sentido, as pessoas que se encontram nessa situação têm sua trajetória histórica atravessada por questões de pobreza, preconceito, coerção, controle e privação de acesso aos meios de subsistência.

1.2 AOS “VADIOS”, O TRABALHO: A CRIMINALIZAÇÃO DA VADIAGEM NO PERÍODO PÓS-ABOLIÇÃO.

A transição do Império para a República no Brasil, durante o século XIX, transformou a estrutura senhorial-escravista no modelo burguês capitalista, no qual “o trabalho era a lei suprema” (Chalhoub, 1983, p. 60) para alcançar ordem e o progresso da nação e a ociosidade dos ditos “vagabundos” era uma ameaça a modernização do país (Lucas; Monteiro, 2020). Todavia, a preocupação da elite burguesa em relação à vadiagem antecede a abolição. No decorrer do período colonial, foi determinado que os vadios, aqueles que não tinham senhores ou meios de ganhar a vida, deveriam ser presos e açoitados e que os vadios que haviam sido

presos em Portugal poderiam ser mandados para o Brasil (Teixeira; Salla; Marinho, 2020).

Entretanto, a grande preocupação da burguesia e dos legisladores da época era como controlar as pessoas escravizadas que estavam alcançando seu direito à liberdade, através da Lei do Ventre Livre (1871) e a Lei dos Sexagenários (1885), pois o pensamento predominante da época era de que os libertos eram incivilizados, não sabiam viver em sociedade e se recusariam ao trabalho livre, levando-os a cometerem crimes e tornando-se um verdadeiro perigo para os cidadãos. A lei do sexagenário utilizou justamente esse argumento para que o escravizado após completar 60 anos passasse mais 5 como “um aprendiz”. Porém, não foram apenas os negros classificados como vadios, os “mulatos” ¹, imigrantes desempregados, prostitutas, menores delinquentes, pedintes, mendigos, bêbados e os brancos pobres também prejudicavam a ordem estabelecida (Rodrigues, 2006).

Dessa forma, o vadio poderia ser qualquer um, desde que se encaixasse na ideia de representação dessa população. Estar vestido de determinada forma, ou se portar de maneira inadequada mesmo que não fosse necessariamente um vagabundo era o suficiente para ser enquadrado como um contraventor (Rodrigues, 2006). Ainda, as causas da vadiagem conforme o pensamento da época, poderiam ser desvio comportamental, doença ou apenas escolha de vida (Rodrigues, 2006). Sendo assim, os incivilizados que não correspondiam aos padrões de comportamento ligados ao ideário burguês eram tidos como “classes perigosas” ², isto é, criminosos em potencial, que deveriam ser controlados mediante ações punitivas (Valença, 2014).

Não obstante, segundo Chalhoub (1983), os vadios, ou ociosos eram vistos como pervertidos e viciados, sendo uma ameaça à moral e aos bons costumes. Em outros termos, uma pessoa ociosa não possuía educação moral e não tinha senso

¹ Termo pejorativo utilizado para descrever os negros na época

² Termo estudado pelo historiador Sidney em seu texto “Vadios e barões no ocaso do Império: O debate sobre a repressão da ociosidade na Câmara dos Deputados em 1888” (1983). O autor defendia em seu texto que a origem do termo “apareceu originalmente na Inglaterra e se refere às pessoas que já houvessem passado pela prisão ou as que, mesmo ainda não tendo sido presas, haviam optado por obter o seu sustento e o de sua família através da prática de furtos e não do trabalho. Esta utilização do termo, por conseguinte, é bastante restrita, referindo-se apenas aos indivíduos que já haviam abertamente escolhido uma estratégia de sobrevivência que os colocava à margem da lei.” (Chalhoub, 1983, p. 62). No que concerne ao Brasil, os legisladores brasileiros comumente utilizavam esse termo para se referir às classes pobres, afirmando que apenas por ser pobre o indivíduo tornava-se automaticamente perigoso. (Chalhoub, 1983)

de responsabilidade, negando-se a pagar sua “dívida” com a sociedade através de um trabalho honesto. Esta dívida estava fundamentada na ideia de que a sociedade garantia aos cidadãos segurança, direitos individuais e honra, mas com um preço a pagar. Nesse sentido, a ideologia da classe dominante era de que os indivíduos que desfrutavam dos privilégios concedidos pelo Estado deveriam recompensar a sociedade produzindo algo para o bem comum através do seu trabalho e por essa razão, a ociosidade levaria o indivíduo a cometer crimes contra a propriedade e a segurança individual, ou seja, a vadiagem era um pré-requisito para o crime (Chalhoub, 1983).

Inicialmente, a criminalização da vadiagem ocorreu pela primeira vez no Brasil durante o Império com o Código Penal de 1830, indicando que o indivíduo que não possuísse uma ocupação honesta ou uma fonte de renda para subsistir deveria ser preso e forçado a trabalhar. De acordo com Chalhoub (1983, p. 62), o código criminal vigente estabelecia uma relação entre a ociosidade e a pobreza:

O próprio projeto em discussão reconhecia que eram duas as condições elementares para que ficasse caracterizado o delito da vadiagem: o hábito e a indigência, especialmente a última. Se um indivíduo é ocioso, mas tem meios de garantir sua sobrevivência, ele não é obviamente perigoso à ordem social. Só a união da vadiagem com a indigência afeta o senso moral, deturpando o homem e engendrando o crime.

Posto isso, é notório que existia uma ociosidade tolerável e uma intolerável, em que os ricos poderiam viver ociosos, enquanto os escravizados não, pois não tinham respeito pela propriedade privada e se não possuíssem uma ocupação que gerasse renda acabariam cometendo outros crimes, como roubar, por isso a ociosidade dos pobres deveria ser reprimida com castigos e prisões enquanto que a dos ricos deveria ser respeitada.

Antes de tudo, para que seja possível compreender como se deu a relação entre a abolição o racismo e a compulsão ao trabalho, é necessário destacar como as teorias raciais europeias influenciaram a mentalidade dos legisladores e estudiosos brasileiros, que embora tenham chegado tardiamente no Brasil foram ganhando força após a abolição, influenciando a visão da sociedade em relação aos escravos libertos. De acordo com Schwarcz (1993), a partir de 1870 começa a surgir no cenário brasileiro as teorias de pensamento darwinista, positivista e evolucionista que estabelece uma correlação entre patrimônio genético, aptidões intelectuais e inclinações morais, como uma forma de justificar as diferenças essenciais entre os homens e defender a ideologia de superioridade de uma raça sobre outra.

Nesse contexto, duas grandes vertentes são desenvolvidas com o intuito de explicar a origem do ser humano. De um lado a visão monogenista, ancorada nas escrituras bíblicas, acreditava que a humanidade era uma e que todos os homens tinham se originado de uma única fonte comum (Schwarcz, 1993). Por outro lado, o Poligenismo argumentava que havia vários pontos de criação que correspondiam às diferentes raças existentes como a branca e a negra. Esta ideia permitia uma interpretação biológica na análise dos comportamentos, insistindo no pensamento de que as raças humanas consistem em “tipos” específicos e irredutíveis (Schwarcz, 1993).

Segundo a autora, a ideia poligenista foi encorajada pela frenologia e antropometria, teorias que interpretavam a capacidade humana a partir das diferentes proporções do cérebro, mostrando que a diferença entre as estruturas do crânio eram produto das diferenças raciais, a partir da qual poder-se-ia comprovar a inter-relação entre a inferioridade física e mental. Ademais, posteriormente tais “teorias” encontraram no Brasil, que estava às portas da abolição, argumentos fortes para atacar o processo liberatório e a possibilidade de aumento de crimes.

Outrossim, o embate entre essas vertentes se ameniza mediante a inserção das teorias de Charles Darwin, através da publicação de seu livro “A origem das espécies” em 1859, no campo intelectual, que também passam a ser utilizadas na análise dos comportamentos, fazendo uso dos conceitos de “competição”, “seleção natural”, “hereditariedade”, dentre outros (Schwarcz, 1993). Posteriormente, as teorias de Darwin foram adaptadas pelos intelectuais da época, dando origem ao Darwinismo Social que, segundo Bolsanello (1996), era outra forma de legitimar a opressão dos negros no Brasil.

O darwinismo social considera os seres humanos são, por natureza, desiguais, dotados de diversas aptidões inatas, algumas superiores, outras inferiores. A vida na sociedade humana é uma luta natural pela vida, portanto é normal que os mais aptos vençam, ou seja, tenham sucesso e fiquem ricos, tenham acesso ao poder social, econômico e político; da mesma forma, é normal que os menos aptos fracassem, não fiquem ricos, não tenham acesso a qualquer forma de poder (Bolsanello, 1996, p. 154)

Diante do exposto, fica claro que tais teorias influenciaram todo o processo de decomposição da escravidão no Brasil, pois no período de efervescência da abolição, durante uma das audiências na Câmara dos Deputados foi enfatizado que o impasse para a aprovação desta lei era o que fazer com os escravos livres na sociedade. Segundo Lucas e Monteiro (2020, p. 3) nos discursos dentro da Câmara

era possível identificar “a presença da perspectiva da ociosidade como uma característica inata dos pretos, quando um deputado afirma que a inclinação ao ócio do preto era tão forte que este preferia muitas vezes o suicídio ao trabalho.” Por isso, os negros livres deveriam continuar trabalhando pelo menos dois anos para os seus senhores, recebendo um pequeno salário antes de serem lançados na sociedade, pois os principais motivos que caracterizavam a vadiagem eram a falta de moradia e de trabalho, o que seria resolvido a partir desse método.

Além disso, outro problema enfrentado pelos legisladores da época era como impedir as rebeliões entre os escravos que estavam sob a condição de liberdade e os que não estavam, uma vez que a partir da Lei do Ventre Livre de 1871, ficou estabelecido que os filhos permaneceriam junto da mãe escravizada, vivendo no cativeiro, até os 8 anos de idade. Dos 8 aos 21 anos, continuariam na propriedade do senhor ou, se ele não os quisesse mais, ficariam sob a tutela do Estado. (Agência Senado, 2021).

Como mencionado anteriormente a transição do trabalho escravo para o trabalho livre deixou os legisladores diante do problema de transformar os libertos em trabalhadores e para que isso acontecesse era necessário que eles fossem obrigados a trabalhar, pois conforme aponta Chalhoub (1983, p. 56):

Em primeiro lugar, os libertos eram pensados como indivíduos que estavam despreparados para a vida em sociedade. A escravidão não havia dado a estes homens nenhuma noção de justiça, de respeito à propriedade, de liberdade. A liberdade do cativeiro não significara para o liberto a responsabilidade pelos seus atos, e sim a possibilidade de se tornar ocioso, furtar, roubar, etc. Os libertos traziam em si os vícios de seu estado anterior, não tinham a ambição de fazer o bem e de obter um trabalho honesto, e não eram “civilizados” o suficiente para se tornarem cidadãos plenos em poucos meses. Era necessário, portanto, evitar que os libertos comprometessem a ordem, e para isto havia de se reprimir os seus vícios. Estes vícios seriam vencidos através da educação, e educar libertos significava criar o hábito do trabalho através da repressão, da obrigatoriedade.

Entretanto, era lógico que o uso da violência para forçar os libertos a trabalhar não seria a estratégia ideal, pois já não se estava mais sob o regime da escravidão, mas sim através da educação de uma nova ética de trabalho. Para o poder político, os libertos precisavam se tornar adeptos da ideologia de que o trabalho não era mais uma atividade penosa e degradante e sim algo positivo, pois o trabalho era visto como uma forma de proteger a sociedade dos efeitos nocivos da abolição (Chalhoub, 1983).

Ademais, o desejo de ascender na vida e conquistar bens materiais através do trabalho não fazia parte da educação dos libertos, porque isso se configurava como algo perigoso e os pobres deveriam apenas aceitar sua condição sem almejar mudança de vida (Chalhoub, 1983). Nesse sentido, o processo da educação significava transmitir-lhe a noção de amor ao trabalho como valor supremo da vida em sociedade e quanto mais dedicado ao trabalho fosse o indivíduo, maiores seriam seus atributos morais.

Outrossim, a suposta inferioridade do sujeito negro durante a Primeira República tornava o trabalhador branco, mais especificamente os imigrantes, preferíveis para ocupar os postos de trabalho, não sendo aceito a ideia de que estes não se dedicassem ao trabalho, enquanto que em relação aos negros construía-se a imagem de um sujeito criminoso que possuía uma aversão natural ao trabalho. Rodrigues (2006) recupera o pensamento do jurista Tavares Bastos, que afirmava ser necessário apenas um imigrante para fazer o trabalho de três negros, mostrando, assim, a qualidade superior do trabalho dos estrangeiros em relação aos libertos, legitimando a preferência na contratação dos estrangeiros.

Observa-se assim que a abolição, em termos sociais, negou ao negro o direito à integração na sociedade. A abolição retirou simplesmente do negro a condição de escravo, mas não lhe proporcionou nenhuma indenização, garantia ou assistência pelos mais de 300 anos de exploração, violação e opressão. Assim, o não acesso a um pedaço de terra e a redução de mão-de-obra provocaram um êxodo da maioria dos negros para as cidades (onde foram juntar-se aos já numerosos "socialmente indefinidos"), onde os aguardavam o desemprego, a miséria, a doença e uma conseqüente vida marginal. (Bolsanello, 1996, p. 157)

À vista disso, após a abolição os libertos foram abandonados à própria sorte sem nenhum amparo governamental, sendo obrigados pelo Estado a trabalhar mesmo com postos de trabalho insuficientes. Os negros tinham de lutar contra toda uma legislação de incentivo ao trabalho dos imigrantes e uma ideologia preconceituosa de inferioridade da raça negra, sendo obrigados a aceitar qualquer tipo de serviço com condições precárias e desumanas, recebendo o suficiente apenas para se manterem vivos e quando havia recusa desses trabalhos eles eram taxados como preguiçosos e punidos com o trabalho forçado, como forma de corrigir sua má conduta.

Diante dessa situação, esse segmento populacional foi marginalizado e excluído das oportunidades econômicas e sociais oferecidas pela ordem social

competitiva emergente, mas de acordo com a sociedade eles que eram culpados pela sua condição, pois se negavam a trabalhar e por causa da sua própria incompetência acabaram “mergulhando em um estado de vadiagem, alcoolismo, promiscuidade, alto índice de criminalidade e outros elementos considerados sintomas de desajuste” (Chalhoub, 1983, p. 65).

Contudo, para além da questão dos negros, as prostitutas e os “menores” delinquentes também eram vistos como um perigo para a moral da sociedade. No discurso sobre a vadiagem, as mulheres passaram a ocupar a posição das prostitutas que embora não fosse uma prática ilegal, era encarada como uma atividade imoral e, portanto, uma contravenção da vadiagem (Valença, 2014). Apesar de ser considerado um trabalho contrário às regras de conduta vigentes, a prostituição era permitida apenas para a satisfação dos desejos masculinos que não poderíamos ser satisfeitos por suas esposas, que serviam apenas para lhe deram filhos. Todavia, segundo Valença (2014), tais atitudes ilícitas não poderiam ser realizadas à vista das boas moças de família, por isso os prostíbulos deveriam ser localizados em lugares distantes dos centros urbanos e as prostitutas não poderiam circular de forma ostensiva.

Outra figura estigmatizada relacionada à imagem dos vadios ainda no final do século XIX e início do XX era a dos “menores delinquentes”, “menores vadios” e “menores gatunos”. Eles, em sua maioria jovens e adolescentes órfãos, abandonados ou de pais desconhecidos, segundo as percepções dominantes da época, viviam pelas ruas e praças das cidades aterrorizando a população, mentindo, furtando e os mais corajosos, enfrentando as forças policiais. Sendo assim, esses “pequenos vadios” famintos e privados de moradia e educação, tornavam-se alvo da atenção especial das autoridades que os consideravam um mal para sociedade, exigindo sua prisão nas colônias correccionais com os demais adultos. Na realidade, existem vários casos de “menores” que haviam sido colocados nas mesmas celas de outros adultos criminosos, sofrendo todo tipo de abuso e violência (Souza, 2020, apud, Rodrigues, 1998). Com relação aos delitos cometidos pelas meninas, em sua maioria estão ligados a furtos e a práticas de “prostituição” sendo encaminhadas para orfanatos de ordem religiosa, que visavam principalmente a correção (Teixeira; Salla; Marinho, 2016).

Em suma, com o intuito de estabelecer a ordem social e econômica vigente, a abolição, como pré-requisito para o aumento dos casos de vadiagem no país, e o

trabalho cumpriam papéis opostos. Enquanto a abolição trazia consigo a ameaça da desordem, o trabalho era visto como uma forma de preservá-la, ou seja, o trabalho era uma forma de manutenção da sociedade tal como ela é, no qual burgueses permaneceriam em sua posição de privilégio e dominação e os trabalhadores como dominados. Além disso, o racismo que foi erguido em torno das teorias europeias, como o Darwinismo Social e o Poligenismo estabeleceram uma mentalidade na sociedade de inferiorização do sujeito negro, no qual era naturalmente propenso ao ócio, o que não correspondia com a imagem que a elite buscava construir durante a Primeira República. Dessa forma, o único remédio capaz de “curar” a natureza desses “parasitas da sociedade” era o trabalho compulsório, pois o pensamento burguês da época não era capaz de conceber a liberdade sem a coerção ao trabalho.

1.2.1 AS NOVAS TEORIAS DO CRIME E AS PRISÕES CORRECIONAIS

A criminologia emerge como um estudo do crime, considerada como uma ciência empírica na qual tem como objeto o crime, o criminoso, a vítima e o controle social (Barros, 2022). Dentro do campo da criminologia crítica ou criminologia positivista³ observa-se um destaque especial para o estado psíquico do delinquente de forma a considerar haver um padrão determinado entre os criminosos. Nesse sentido, a criminologia positivista teve forte influência durante a Primeira República no Brasil, estabelecendo uma relação de identificação entre o crime e a pobreza (Valença, 2014). Ao tratar sobre o crime nesta perspectiva, justifica-se a ideia de que o infrator praticava o delito não por escolha, mas por conta da sua predisposição ao crime (Barros, 2022). O psiquiatra italiano Cesare Lombroso, um dos grandes nomes da criminologia positivista durante o século XIX e XX, desenvolveu sua tese a partir dos ideais positivistas e das doutrinas evolucionistas de Darwin. Em seus estudos, Lombroso elaborou o conceito de criminoso nato, ou seja, indivíduos que possuíam uma predisposição genética para violar a lei, e para identificar quem seriam esses

³ De acordo com Alves (2014) “a criminologia positivista estabelece indissolúvel relação entre crime e criminoso, aproximando a ciência criminal de outros conhecimentos, em direção à perquirição das anomalias psíquicas do delinquente, que obedecia a um padrão orgânico, um tipo nascido com a predisposição para violar a lei e, assim, o faria em ambiente favorável.” Nesse sentido, os indivíduos com predisposição para o crime supostamente possuíam determinadas características físicas, tais como: a assimetria craniana e facial, a proeminência dos maxilares, certa formação das orelhas e até a falta de barbas, entre outros sinais.

indivíduos o autor pontuou que estes apresentavam sinais físicos e comportamentais comuns entre si, de modo que os impulsionava a cometer delitos. Dentre esses sintomas de desajuste Barros (2022) argumenta que:

Tais sinais eram diversos, abrangendo o formato do crânio e dos ossos da face, espessura das sobrancelhas, saliências dos molares, formato das orelhas, assimetria corporal, envergadura dos membros superiores e inferiores, dentre outros. Outrossim, para além dos sinais físicos, ele também catalogou sinais psíquicos como, pouca ou nenhuma sensibilidade à dor, crueldade, aversão ao trabalho, vaidade, precocidade sexual, instabilidade, etc. Desse modo, considerava esses signos como um retrocesso atávico, dos quais construía “criminoso nato”, de maneira a compreender este como indivíduo semelhante às formas primitivas dos seres humanos (Barros, 2022, p. 28, apud, Cabette, 2007, p. 07)

Nesse toar, percebe-se que a preguiça excessiva e a negação ao trabalho estavam presentes nas características morais desses “criminosos natos”. Com isso, o discurso sobre a criminalização da pobreza passou a se estruturar em torno do gerenciamento e controle de uma determinada coletividade e as punições destinadas àqueles que ofendiam os padrões sociais também se davam sob a lógica positiva, adquirindo um formato de disciplinamento e reforma do indivíduo. Nesse sentido, as prisões serviam para moldar os corpos, tornando-os dóceis e funcionais para o sistema.

A figura do “vadio” ultrapassa o mero caráter positivado na legislação criminal e é um constructo social que bebe da fonte do “Darwinismo Social” de Spencer (1820-1903) e das teses da criminologia positiva de Lombroso (1835-1909). O “vadio” é associado ao ócio, mas é também raiz da criminalidade e da desordem devido à influência do meio e/ou por determinismo biológico. O “vadio” era um obstáculo ao progresso, à ordem e ao modelo civilizatório que a nascitura República brasileira almejava, assim tal premissa (Paulino, Oliveira, 2019, p. 104)

Depois da Abolição e do fim do Império, o novo regime republicano aprovou o Código Penal de 1890. Enquanto o Código de 1830 afirmava que o indivíduo que não possuísse ocupação útil e honesta para garantir sua própria sobrevivência deveria ser forçado a trabalhar, o Código de 1890 possuía outra redação:

CAPÍTULO XIII, DOS VADIOS E CAPOEIRAS:

Art. 399. Deixar de exercitar profissão, ofício ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistência e domicílio certo em que habite; prover a subsistência por meio de ocupação proibida por lei, ou manifestamente ofensiva da moral e dos bons costumes:

Pena – de prisão celular por quinze a trinta dias.

§ 1º Pela mesma sentença que condenar o infrator como vadio, ou vagabundo, será ele obrigado a assinar termo de tomar ocupação dentro de 15 dias, contados do cumprimento da pena.

§ 2º Os maiores de 14 anos serão recolhidos a estabelecimentos disciplinares industriais, onde poderão ser conservados até a idade de 21 anos.

Art. 400. Se o termo for quebrado, o que importará reincidência, o infrator será recolhido, por um a três anos, a colônias penais que se fundarem em ilhas marítimas, ou nas fronteiras do território nacional, podendo para esse fim ser aproveitados os presídios militares existentes.

Parágrafo único. Se o infrator for estrangeiro será deportado. (Teixeira; Salla; Marinho, 2016, p. 387).

A vadiagem era caracterizada como uma contravenção do código penal e as atividades ilícitas incluíam principalmente: prostituição, furto, jogo-do-bicho e capoeiragem. Os indivíduos que eram detidos normalmente não eram criminosos, mas tinham em sua essência a inclinação para se tornarem um. Logo, a punição da vadiagem era uma forma de prevenir crimes maiores, pois os vadios eram vistos como perigosos, ladrões e perturbadores da paz em potencial, nos termos de Rosa Maria Barboza de Araújo, na Primeira República “a vadiagem transforma-se em crime para prevenir a desordem” (Rodrigues, 2006, p. 17, apud, Araújo, 1993, p. 49).

Ademais, a partir do Código de 1890 o vadio é especificado como aquele que além de não ter ocupação, também não possui moradia fixa e por essa razão vivia perambulando pelas ruas. Por consequência disso, manter a ordem nas ruas se tornou a atividade principal das autoridades policiais que encaminhavam para as delegacias os indivíduos que estivessem simplesmente parados em frente a um estabelecimento para dar esclarecimentos, pois segundo Rodrigues (2006, p. 31)

“estas autoridades acreditavam que a ação de estar parado nas ruas demonstrava sinal de desocupação, vagabundagem ou a perspectiva de uma futura desordem.” Com isso, percebe-se a arbitrariedade dos policiais no tratamento dessa questão, uma vez que muitas dessas prisões eram desnecessárias e falsas sendo operacionalizadas à margem dos termos legais sem a formação do devido processo, acarretando lotação nas penitenciárias, também conhecidas como Colônias Correcionais nos casos de prisões mais longas (Teixeira; Salla; Marinho, 2016).

A Colônia Correcional de Dois Rios na Ilha Grande, localizada a 150km do Rio de Janeiro, foi a primeira que surgiu no Brasil, servindo de exemplo e inspiração para as outras capitais. Fundada em 1894 esta Colônia tinha o objetivo de corrigir, através do trabalho, os vadios e vagabundos, tanto homens quanto mulheres, sendo eles adultos ou menores que eram encontrados pelas ruas do Rio de Janeiro como uma forma de “limpeza urbana” que retirou do convívio social os “elementos nocivos” que atrapalham a modernização do país (Júnior, 2016). O regulamento da Colônia

Correcional Dois Rios estabelecido pelo Decreto nº. 4753 de 28 de janeiro de 1903 determinava quem deveria ser internado neste presídio:

Art.1088 A internação na Colônia é estabelecida para os vadios ou vagabundos, mendigos válidos, capoeiras, ébrios habituais, jogadores, ladrões e para os que praticam lenocínio.

§ 1º Os indivíduos de qualquer idade que não estando sujeitos ao poder paterno ou sob a direção de tutores ou curadores, sem meios de subsistência por fortuna própria, ou profissão, arte, ofício, ocupação legal e honesta em que ganhe a vida, vagarem pela cidade na ociosidade

§ 3º Os que tendo quebrado os termos de bem - viver em que se acharem obrigados a trabalhar, manifestam a intenção de viver no ócio, ou exercendo indústria ilícita, imoral ou vedada pelas leis.

§ 4º Os que mendigarem tendo saúde e aptidão para trabalhar, ou finjam enfermidade ou simulem motivo para armar a comiseração.

§ 5º Os que habitualmente se apresentarem em público em estado de embriaguez manifesta (Rodrigues, 2006, p. 34).

O decreto também estabelecia que durante o cumprimento da pena o detento deveria trabalhar, a fim de “restituir” sua moral para que quando voltasse para a sociedade pudesse desfrutar da liberdade que apenas o trabalho poderia oferecer. Apesar deste plano ter um caráter supostamente educativo, era bastante comum o uso da violência e da força física para obrigar os presos a trabalharem (Rodrigues, 2006). Ainda, Júnior (2016) enfatiza que essas Colônias tinham dois objetivos principais: combate da ociosidade dos pobres e reforma das prisões. Além disso, essas instituições representavam a materialização dos anseios desejados desde a proclamação da República, tais como: a modernização das penitenciárias, a prevenção da criminalidade e a redução da violência.

Destarte, para atingir esses objetivos as Colônias proporcionaram a “correção” dos vadios que eram encontrados desocupados pelas ruas, bem como os reincidentes que eram tratados com ainda mais rigor, impondo-lhes trabalhos agrícolas e industriais além da educação e disciplina. Esperava-se, através da correção pelo trabalho, que o infrator fosse ressocializado formando uma força de trabalho, antes ociosa, agora útil e produtiva.

Ademais, estas instituições, de acordo com Júnior (2016) eram uma espécie de laboratório que através da disciplina transformava sujeitos vagabundos em cidadãos cumpridores da lei como mostra a sátira a seguir retirada da revista “O Malho” de 1903.

Figura 1 - Charge do Jornal “O Malho” sobre a Colônia Correcional de Dois Rios



Fonte: Júnior, 2016, p. 18, apud, Santos, 2009, p. 135.

É válido ressaltar, ainda, que no Brasil as Colônias Correcionais foram inspiradas nas *workhouses*⁴ europeias que combinavam o enclausuramento dos mendigos com o trabalho forçado, bem como, as incessantes orações. Para Marx as *workhouses* colocavam os trabalhadores diante de uma miséria extrema e que estas se configuram em verdadeiras “casas do terror” com doze horas diárias de trabalho forçado (Boschetti, 2016). Todavia, o que diferencia a Colônia dessas outras instituições não é o regime de trabalho como pena, mas a capacidade de associá-lo somente aos vadios (Júnior, 2016).

Dessa forma, como mencionado anteriormente a vadiagem era considerada uma contravenção penal, isto é, um delito menos grave, sendo visto como precursor para crimes maiores. No momento em que a problemática girava em torno do indivíduo que vagava pelas ruas sem exercer qualquer atividade útil, cabia a ele somente o trabalho forçado, como uma forma de corrigir e disciplinar a sua conduta para que fosse evitado delitos mais graves no futuro. Este tipo de concepção de crime e punição é influenciada pela criminologia positiva que tem como finalidade principal a proteção à sociedade e visualiza a pena como um meio de defesa social, levando em conta a periculosidade do delinquente e entendendo a função da pena

⁴ Segundo o Dicionário Político “as Casas de Trabalho (Workhouses) foram estabelecidas na Inglaterra no século XVII. Segundo a Lei dos Pobres adotada, em 1834, só era admitida uma forma de ajuda aos pobres: o seu alojamento em casas de trabalho com um regime prisional; os operários realizavam aí trabalhos improdutivos, monótonos e extenuantes; estas casas de trabalho foram designadas pelo povo de bastilhas para os pobres”.

como a de higiene social, deixando, assim, a ressocialização em segundo plano (Barros, 2022)

1.2.2 A MODERNIZAÇÃO DAS CIDADES E O HIGIENISMO COMO FERRAMENTA DE CONTROLE DA VADIAGEM

A chegada do século XX traz consigo o anseio pela modernização, como uma forma de adequar a realidade brasileira aos padrões de desenvolvimento europeu. Os avanços na industrialização, como a instalação de setores tecnologicamente evoluídos e o intenso processo de migrações internas, conhecido como êxodo rural, proporcionaram grandes mudanças sociais e na vida privada dos cidadãos (Mello; Novais, 1998). Dessa forma, o início da Segunda República no Brasil, também conhecida como Era Vargas (1930-1945), foi marcada pela construção de uma economia moderna, incorporando padrões de produção e consumo próprios dos países desenvolvidos. Conforme Mello e Novais (1998), no Brasil se fabricava quase tudo, desde o aço até o petróleo e os seus derivados e também foi criado um sistema rodoviário que cortava o país de ponta a ponta.

Por conseguinte, o estilo de vida das elites mudou com o crescimento dos mercados e restaurantes, e as grandes inovações nas seguintes áreas: eletrodomésticos; alimentos industrializados; moda; produtos de limpeza e higiene. A partir disso, a classe burguesa começou a desenvolver novos hábitos, como comer fora e ir ao cinema, tudo isto fazia com que estas pessoas se sentissem modernas, mesmo vivendo em uma sociedade atrasada (Mello; Novais, 1998).

Ademais, a estrutura da sociedade foi diversificada, pois a partir da primeira metade do século XX muitos “matutos”, “caipiras” e “jecas”, de acordo com o olhar das “pessoa civilizadas”, migraram em direção aos centros urbanos para fugir da vida difícil no campo, porque se tinha uma visão de que a vida na cidade oferecia melhores oportunidades, além de ser considerada uma “forma superior de existência” (Mello; Novais, 1998, p. 574).

Sendo assim, no Brasil, em meados dos anos de 1950, cerca de 85% dos habitantes do interior era composta por posseiros, pequenos proprietários, parceiros, assalariados temporários e permanentes que partilhavam algo em comum, a extrema pobreza em que viviam. Segundo Mello e Novais (1998), para os habitantes do interior bastava apenas um ano de colheita ruim, seja porque choveu pouco ou

muito, para que essa população enfrentasse condições precárias, intensificadas também pela modernização selvagem da agricultura. A soma desses fatores resultou, em 1950, na migração de 8 milhões de pessoas partindo do campo para as cidades, quase 14 milhões em 1960, e 17 milhões nos anos 1970 (Mello; Novais, 1998).

Diante desse cenário, a expansão das cidades causada pela presença dos pobres imigrantes estrangeiros, dos migrantes rurais e dos negros (ex-escravizados), se configurou em um problema para a elite da época, pois a chegada da modernização trouxe consigo a preocupação com o embelezamento dos centros urbanos e por isso a massa popular deveria ser reunida e lançada para fora da zona central já que eram vistos como sujos, preguiçosos e doentes, comprometendo, assim, a imagem elitista que esperava-se alcançar. De acordo com Bolsanello (1996, p. 158) “partia-se do princípio de que o brasileiro não tinha conseguido promover o desenvolvimento adequado do país, por ter-se tornado, preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente”, características que eram destinadas para descrever as classes perigosas, responsabilizadas pelo atraso do país.

Consequentemente, a população pobre e desempregada foi empurrada para as margens da sociedade e esse movimento engendrou a criação de favelas e cortiços (Mello; Novais, 1998). localizados em volta das cidades, considerados como verdadeiros focos de doença e reprodução de vetores, onde grande parte da população ficava à margem das mudanças que estavam acontecendo. Com isso, o Estado passou a intervir na vida privada da população, com o intuito de manter o controle da higiene, saúde e habitação, realizando campanhas de vacinação forçada e impondo regras sobre como eles deveriam se portar e se vestir (CFESS, 2016).

Dessa forma, diante da necessidade de apaziguar os conflitos entre as classes e manter o disciplinamento dos mais pobres durante a Segunda República (1930-1945), surge e se desenvolve a profissão do Serviço Social, sendo outra tecnologia utilizada pelo Estado como ferramenta de enfrentamento das expressões da questão social, para além da caridade e repressão, tendo como pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana (Iamamoto Carvalho, 1993). Nessa conjuntura, os/as assistentes sociais são chamados a responder tanto às demandas do capital como a do trabalho, desempenhando um importante papel na reprodução das relações sociais que, segundo Iamamoto e Carvalho (1993) é a

reprodução de determinado modo de vida, ou seja, a maneira como as pessoas trabalham, vivem e se comportam em comunidade.

Essa dupla função do Serviço Social resulta em atividades contraditórias que convivem constantemente em tensão, pois estão polarizadas pelos interesses distintos das classes, participando “tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora” (Iamamoto; Carvalho, 1993, p. 99). Segundo o CFESS (2016, p. 34), durante as décadas iniciais do século XX, período em que a profissão do Serviço Social emerge, os/as assistentes sociais foram demandados pelo capital a exercer atividades de “controle e higienismo social junto às famílias pobres urbanas moradoras das favelas, por meio de ações de serviços sociais pontuais e de desenvolvimento de comunidade”, no qual suas intervenções centrava-se na organização da assistência, na educação popular e na pesquisa social (Iamamoto; Carvalho, 1993). Estas características profissionais, de acordo com Gomes (2015), tornavam os assistentes sociais um agente útil no disciplinamento dos cidadãos, exercendo funções de tutela ou de paternalismo, para que os indivíduos fossem pouco a pouco moldados aos padrões vigentes.

Não obstante, a dimensão educativa e pedagógica da profissão foi crucial para que esses profissionais desenvolvessem suas intervenções, pois partia-se do princípio que os moradores das favelas eram “inadaptados, incapazes e dependentes, exigindo, portanto, uma ação educativa e social” (Gomes, 2015, p. 107). Tal concepção fundamentava-se nos ideais higienistas que imperavam na época em questão, servindo também como base teórica para a formação desses profissionais, juntamente com o positivismo, neotomismo e funcionalismo.

Sendo assim, nesse processo a figura do vagabundo, vadio, ocioso e morador de rua é relacionada com um organismo que infecta e adoece o meio urbano, necessitando de controle absoluto para o avanço do país, devendo ser extinta do convívio social, pois segundo Paulino e Oliveira (2019, p. 105), “criminalizar a pobreza através da vadiagem corresponde à higienização urbana premente ao avanço”. Em outros termos, a modernização trouxe não apenas mudanças no estilo de vida das pessoas, mas modernizou também as formas de controle da população que irão perdurar até o final do século.

1.3 DE CRIMINOSOS A SUJEITOS DE DIREITOS: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CENÁRIO ATUAL

A presente subseção irá tratar de como ocorreu a conquista dos direitos sociais da PSR no Brasil, a partir do período de redemocratização do país quando houve a intensificação das lutas dos movimentos sociais, em parceria com as entidades privadas e filantrópicas, que buscavam dar visibilidade às demandas desses sujeitos aos órgãos públicos. Após isso, será destacado quais são os desafios para a efetivação desses direitos, e como a estigmatização formada historicamente em torno dessa população influencia nesta problemática.

Durante o segundo período Republicano no Brasil, o novo Código Penal de 1940 foi assinado pelo então presidente Getúlio Vargas, em que a vadiagem deixava de ser “crime” (Agência Senado, 2023). Porém, no ano posterior este “delito” foi incluído na Lei das Contravenções Penais, (Decreto-Lei Nº 3.688/41, Arts. 59 e 60) que trata da vadiagem e da mendicância como um ato perigoso que pode levar a delitos maiores, com pena de prisão de quinze dias a três meses (Brasil, 1941).

Art. 60. Mendigar, por ociosidade ou cupidez:

Pena – prisão simples, de quinze dias a três meses.

Parágrafo único. Aumenta-se a pena de um sexto a um terço, se a contravenção é praticada:

a) de modo vexatório, ameaçador ou fraudulento.

b) mediante simulação de moléstia ou deformidade;

c) em companhia de alienado ou de menor de dezoito anos. (Brasil, 1941, p. 08)

Todavia, 68 anos depois, este artigo foi revogado em 17/07/2009 por força da Lei 11.983/2009, que trata da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e somente em agosto de 2012 foi aprovado na Câmara dos Deputados o projeto de lei que descriminaliza a vadiagem (Costa, 2013). Esta política aprovada pelo Decreto Nº 11.983/2009 foi um marco importante na vida dessas pessoas, no qual seus direitos como cidadãos foram reconhecidos pelo Estado depois de muitos anos sendo vistos como incivilizados e alvo das práticas higienistas e de limpeza urbana.

Contudo, essa política não surgiu do nada, mas ela é fruto das incansáveis lutas dos movimentos sociais que buscavam trazer visibilidade aos direitos da PSR, em parceria com entidades privadas, Organizações Não Governamentais e instituições religiosas. Machado (2020), argumenta que a formulação dessa política

foi um processo complexo, dinâmico e cheio de tensões, “onde cada município foi construindo suas práticas para lidar com o problema, entre higienismo, repressão e alguns serviços específicos pontuais” (Machado, 2020, p.103). Além disso, este processo se desenvolveu juntamente com o avanço do sistema de proteção social brasileiro entre as décadas de 1980, 1990 e os anos 2000 (Machado, 2020).

Sendo assim, de acordo com Klaumann (2016), a força impulsionadora para a formulação da política voltada para a PSR foi a Constituição Federal de 1988, descritas nos artigos 5º e 6º em que:

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

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Brasil, 1988, p. 02 - 06).

Dessa forma, a partir da década de 1990 a questão da PSR começou a ganhar maior visibilidade no espaço público, tendo em vista o início da sua auto-organização com o apoio das instituições filantrópicas e ONGs, destacando-se a Pastoral da Igreja Católica e a Organização do Auxílio Fraternal (OAF) no estado de São Paulo (Costa, 2013). Em 1993, aconteceu o Fórum Nacional de Estudos sobre a PSR, realizando vários encontros regionais, estaduais e nacionais entre os catadores de materiais recicláveis de diferentes regiões do país, estimulando a troca de ideias e experiências entre eles (Machado, 2020, apud, Pereira, 2011).

Ademais, em 1995 foi iniciado um movimento pela Pastoral da Igreja Católica denominada de “O Grito dos Excluídos”, que tinha o objetivo de dar visibilidade aos direitos e necessidades daqueles que viviam nas ruas, chamando a atenção do Estado para a situação em que se encontravam (Costa, 2013). No mesmo ano foi realizado o I Seminário Nacional sobre a PSR pela prefeitura de São Paulo, onde o prefeito era Gilberto Kassab do partido social democrata, contando com a participação de “gestores de várias cidades do país e intelectuais estudiosos do tema, foi o primeiro marco para o início de uma luta contínua até a aprovação da Política Nacional em 2009” (Costa, 2013, p. 104).

Ainda, outros antecedentes importantes para a construção da PNPSR, foram o Festival Lixo e Cidadania, em 2002, e o I Encontro Nacional de PSR, em 2005. De acordo com Costa (2013, p. 104), este festival foi “um marco importante para

discussões e deliberações no sentido de se conjugar esforços para que as propostas de uma política de atenção à população de rua chegassem ao Governo Federal”, através da realização de oficinas pedagógicas, plenárias abordando temas de interesse geral, apresentações culturais, que proporcionam o intercâmbio de experiências entre os envolvidos (Machado, 2020). Já o I Encontro Nacional de PSR, conforme Klaumann (2016), proporcionou o início da formulação da PNPSR, além de dar subsídios para o texto da Lei nº 11.258, que altera a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), incluindo a atenção especializada para a PSR. Costa (2020) afirma que neste encontro foram discutidos aspectos relevantes para a construção da PNPSR, além de ser pontuado a relevância da realização de uma Pesquisa Censitária por Amostragem da População em Situação de Rua, que foi concretizada em 2008 pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em que tornou possível traçar um perfil sobre essa população.

Com isso, o ano de 2009 foi um marco muito importante na história da luta pelos direitos da PSR, onde se instituiu a PNPSR tendo como princípios: respeito à dignidade; 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 (Brasil, 2009). Dentre os seus objetivos, destacam-se:

- I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;
- III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua;
- IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;
- V - desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;
- VI - 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, nas diversas áreas do conhecimento;
- VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;
- VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;

IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;
X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;
XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8
XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;
XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e
XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (Brasil, 2009, p. 02)

Além da política, outros programas foram criados pelo Estado durante o governo Lula para viabilizar os direitos dessas pessoas, como é o caso dos Centros POP, criado em 2009, e o Programa Restaurante Popular, em 2003. O Centro de Referência Especializado em População em Situação de Rua (Centro POP), foi previsto no Decreto Nº 7.053/2009 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Brasil, 2011). Este é um centro especializado que atende a população em situação de rua, prestando atendimento para jovens, homens, mulheres, idosos e famílias. Porém crianças e adolescentes só serão atendidos se estiverem acompanhadas de algum responsável (Brasil, 2023). Os atendimentos são gratuitos e o usuário não precisa apresentar nenhuma documentação para ter acesso. Alguns exemplos das atividades realizadas no Centro POP são: fornecimento de refeições e espaço para higiene pessoal e lavar suas roupas; apoio para obtenção de documentos pessoais; guardar os pertences; disponibilizar informações sobre trabalho; e tirar suas dúvidas sobre como ter acesso aos seus direitos (Brasil, 2023).

O Centro POP deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social (Brasil, 2011, p. 17)

Outrossim, o Programa Restaurante Popular, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, durante o governo Lula tem o objetivo de ampliar a oferta de refeições para a população de baixa renda que estejam em situação de insegurança alimentar e nutricional (Brasil,

2004). O acesso a esses restaurantes é universal, mas aqueles que estão em situação de vulnerabilidade social possuem prioridade. Devido ao atendimento universal, o programa adota um sistema de preços diferenciados a depender da condição econômica do usuário (Brasil, 2004). Nesse sentido, a coordenação do programa deve estar articulada com a coordenação de outros equipamentos públicos envolvidos na garantia da segurança alimentar, como o Centro de Referência em Assistência Social, Programa Bolsa Família e o Centro POP e quando os indivíduos também são usuários desses programas eles pagam apenas um valor simbólico pela refeição, ou não precisam pagar nada (Brasil, 2004).

Dessa forma, a PNPSR foi um marco muito importante no processo de luta das pessoas que se encontram em situação de rua pelos seus direitos, mostrando, assim, que os serviços precisam ser interligados, pois não possuem a totalidade dos recursos para atender as demandas dos usuários, principalmente aqueles que compõem esse segmento populacional, devido ao complexo estado de vulnerabilidade em que se encontram. Logo, percebe-se que não é possível desenvolver uma política de atenção a PSR sem levar em consideração a integralidade do atendimento e a articulação com as demais políticas e programas governamentais para garantir sua eficácia. Em outros termos, as pessoas que vivem nessas condições não necessitam apenas de um lugar para morar, mas também de alimentação adequada, atendimento psicológico, uma fonte de renda, vínculos familiares fortalecidos, dentre outros, e para que isso seja possível esses sujeitos devem ser tratados para além das suas necessidades imediatas, sendo observados do ponto de vista da totalidade e não da fragmentação.

No que se refere ao acesso ao trabalho, no ano de 2024 foi instituída a Lei 14.821 que trata sobre Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua) tendo como base três eixos estratégicos:

Art. 4º Para atingir suas finalidades, a PNTC PopRua será organizada com base nos seguintes eixos estratégicos:

I - incentivos à geração de empregos e à contratação de pessoas em situação de rua;

II - iniciativas de fomento e de apoio à permanência para qualificação profissional e elevação da escolaridade;

III - facilitação do acesso à renda e incentivo ao associativismo e ao empreendedorismo solidário, por meio de implantação de política nacional e desburocratizada de acesso ao microcrédito. (Brasil, 2024, p. 01)

Esta Lei também instituiu a rede de Centros de Apoio ao Trabalhador em Situação de Rua (CatRua), que tem como atribuição captar, cadastrar, oferecer e encaminhar as pessoas em situação de rua às vagas de emprego, dentre outros (Brasil, 2024). Segundo dados do Ipea (2023), pelo menos 69% dessa população adulta realizava alguma atividade para conseguir dinheiro, mas apenas 1% tinha um emprego com carteira assinada. Além disso, essa pesquisa também indica que os conflitos familiares e o desemprego são os motivos mais citados por pessoas em situação de rua para explicar sua circunstância. Diante disso, percebe-se a importância dessa política, pois diante dos altos índices de desemprego no Brasil, esta população é uma das que mais sofre juntamente com outros segmentos populacionais, como as mulheres, os negros e os jovens (Agência Brasil, 2024).

Embora no âmbito legal a situação tenha mudado, os estereótipos em torno dessa população permaneceram, se configurando como um entrave para que eles acessem plenamente os seus direitos. Segundo Costa (2013), o aspecto da heterogeneidade é o que mais se destaca nos estudos sobre esse segmento populacional, sendo difícil um conceito único que possa dar conta da complexidade de perfis e situações distintas que essas pessoas vivenciam. Por isso, na tentativa de conceituar esse segmento populacional atualmente, a Política Nacional para a População em Situação de Rua apresenta a seguinte definição:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (Brasil, 2009, p. 01).

Hodiernamente, os novos conceitos utilizados para designar essa população ainda apresentam fortes traços do passado colonial brasileiro. Segundo Severino (2002, p. 72), a conceituação é muito importante, pois “o raciocínio é o momento de amadurecido do pensamento; raciocinar é encadear juízos e formular juízos é encadear conceitos”, ou seja, o conhecimento humano se desenvolve a partir da formação de conceitos. Dessa forma, a expressão “morador de rua”, comumente utilizada para definir esses sujeitos, remete à ideia de que aquele indivíduo possui o espaço público como sua residência permanente, limitando a sua situação a um estado e não um processo com possibilidades de superação.

Considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento. Vive-se em casas, apartamentos ou, no caso do segmento analisado, no espaço da rua, e esta pode ser uma situação contingente. Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiterá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação – e essa parece ser uma questão central. Estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua (Prates et al., 2011, p. 194).

Outra nomenclatura bastante utilizada é o termo “mendigo” que transmite a noção de alguém que vive esmolando pelas calçadas de prédios, mercados e praças, isto é, andando pelas ruas pedindo para outras pessoas dinheiro ou alimento, o que acaba reforçando o estigma de que essas pessoas são vagabundas, ociosas, não gostam de trabalhar e vivem por parasitar a sociedade ao contrário de trabalharem de forma honesta para garantir o seu sustento. Todavia, muitos sujeitos que habitam nas ruas não realizam essa prática, alguns possuem trabalhos informais como, flanelinha, catador de materiais recicláveis, cuidador de carros, etc. (Prates et al., 2011).

Entre os anos de 2007 e 2008 foi realizado o I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua no Brasil, como uma forma de responder às demandas levantadas pelos movimentos sociais, ONGs e órgãos governamentais que trabalham com essa população. O levantamento abrangeu 71 cidades brasileiras, com mais de 300 mil habitantes, fornecendo informações sobre o perfil dessas pessoas, condições de renda e trabalho, vínculos familiares, dentre outros (Cunha et al., 2009). Este estudo mostra que cerca de 70,9% da PSR exercem uma atividade remunerada e 58,6% afirmam ter uma profissão e 1,9% estavam trabalhando de carteira assinada (Cunha et al., 2009, p. 93). Dados como esses servem para desmistificar a ideia geral da sociedade de que a população em situação de rua é composta apenas por mendigos, vadios e pedintes, mas, em contrapartida, revela a brutalidade do sistema capitalista neoliberal vigente que intensifica as expressões da questão social, como desemprego, pobreza e ausência de moradia, levando diariamente os trabalhadores até exaustão para sobreviver e ainda assim não conseguem garantir o mínimo necessário.

Ademais, o estudo também aponta os principais motivos que levam essas pessoas a estarem nessa condição, tais como problemas de alcoolismo ou drogas (35,5%), desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%), além daqueles que escolheram as ruas como moradia, esta escolha muitas vezes está relacionada à

ideia de liberdade que se tem proporcionada pela rua (Cunha et al., 2009). Ainda, é importante salientar que esses motivos não se manifestam de forma isolada, mas correlacionados, mostrando a complexidade da situação que esta população se encontra e por isso seu enfrentamento requer a articulação de iniciativas diversas (Prates et al., 2011).

Atualmente no Brasil, segundo dados do Ipea (2022), a população em situação de rua cresceu 38% entre 2019 e 2022, atingindo o quantitativo de 281.472 pessoas. A pesquisa aponta, ainda, que em uma década, de 2012 a 2022, o crescimento desse segmento da população foi de 211% e os números estimados para esse segmento populacional em 2020 e 2021 são, respectivamente, 214.451 e 232.147 pessoas. Sobre o perfil dessa população, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania aponta que do total de mais de 236 mil pessoas vivendo nas ruas das cidades brasileiras, 62% estão na região Sudeste e o perfil dessa população é majoritariamente composto por homens (87%), adultos (55%) e negros (68%) (Brasil, 2023)

Não obstante, a PSR segundo o estudo do Ipea (2022) revela que homens negros e jovens correspondem às principais vítimas desse tipo de violência estatal. Pessoas pardas (55%) e pretas (14%) somam 69% das vítimas e a faixa etária mais atingida é de 20 a 29 anos (26%), seguida dos 30 a 39 anos (25%). No que se refere ao tipo de violência, 88% das notificações, de 2022, envolviam violência física, sendo a violência psicológica a segunda mais frequente (14%).

Diante deste cenário, os condicionantes que levam a esse fenômeno são múltiplos. Dentre eles o Ipea (2022) destaca os problemas com familiares e companheiros (47,3%); o desemprego (40,5%); o uso abusivo de álcool e outras drogas (30,4%) e a perda de moradia (26,1%); ameaça e violência (4,8%), distância do local de trabalho (4,2%), tratamento de saúde (3,1%), preferência ou opção própria (2,9%) e outros motivos (11,2%). Ademais, a pesquisa ainda evidencia que as causas para a situação de rua no Brasil podem ser organizadas em três dimensões: exclusão econômica, envolvendo a insegurança alimentar, desemprego e déficit habitacional nos grandes centros; a fragilização ou ruptura de vínculos sociais, por meio dos quais essas pessoas poderiam ser capazes de obter acolhimento em situações de dificuldade; e os problemas de saúde – particularmente, mas não somente, aqueles relacionados à saúde mental.

Dessa forma, o processo de discriminação e preconceito que foi construído historicamente, e reforçado pelas legislações de criminalização da ociosidade no século XVIII e XIX, repercute na vida da PSR até os dias atuais, causando problemas e desencadeando baixa autoestima, autculpabilização e autoexclusão, ou seja, o não reconhecimento de si como cidadãos de direitos, mas como um peso para sociedade. Para além disso, as condições objetivas sistêmicas causadas na vida dessas pessoas são: construção de uma imagem social negativa, desemprego, falta de renda, dificuldade de acesso à alimentação, educação, moradia, serviços de saúde, transporte, lazer, segurança social, dentre outros. Ainda, a visão da sociedade e de muitos técnicos, como profissionais de saúde e assistência social, em relação à população de rua é de que eles são vagabundos, viciados, loucos e preguiçosos, e este preconceito é um forte dificultador da efetivação da PNPSR que embora exista na legislação, sendo um avanço inegável para esta categoria, a prática ainda é assombrada pelos artigos presentes nos antigos códigos penais, que tinham essas pessoas como parasitas e alvo de eliminação.

2. CAPÍTULO: O ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O presente capítulo tem a finalidade de abordar a formação da política de saúde, seus avanços e retrocessos que se deram ao longo dos diferentes governos no Brasil, bem como enfatizar um dos princípios norteadores do SUS, que é a integralidade e como ele se efetiva no atendimento à PSR. Na primeira seção deste capítulo é apresentada a trajetória da política de saúde, desde o início do século XX até o 3º mandato do presidente Lula, onde o que se demonstra é uma verdadeira quebra com a agenda do Movimento de Reforma Sanitária, tendo em vista as medidas de desfinanciamento e privatização do SUS. O tópico seguinte abordará sobre o princípio da integralidade do SUS, quais seus conceitos e sentidos, e também seus antecedentes e a sua relevância no cuidado em saúde atualmente. Após isso, será tratado como se dá o acesso das pessoas que se encontram em situação de rua aos serviços de saúde e por último quais são os desafios para esse cuidado integral em saúde.

2.1 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde pública no Brasil desde a instalação da colônia até a década de 1930, apresentava ações que eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. Os segmentos de trabalhadores/as mais empobrecidos, por exemplo, dependiam da caridade das Santas Casas de Misericórdia, organizações filantrópicas de cunho religioso, vinculadas à Igreja Católica. Todavia, a partir da década de 1930 houve um apelo maior para o desenvolvimento do país e para avançar nesse projeto, a população, isto é, a força de trabalho deveria estar saudável.

Ainda, nos anos de 1920 foram colocadas algumas questões em pauta como a higiene e saúde do trabalhador que de acordo com Bravo (2009) se configurava como o embrião do sistema previdenciário brasileiro, sendo o mais importante deles a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves, que obrigou cada companhia ferroviária do país a criar uma caixa de aposentadorias e pensões, sendo responsável por recolher a contribuição do patrão e dos empregados e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas (Agência Senado, 2019).

Em virtude disso, o acesso à saúde estava ligado ao sistema previdenciário e só tinha acesso algumas categorias dos trabalhadores que contribuía. Ademais, segundo Bravo (2009, p. 3) “os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral”. Já nos anos de 1930, surgiu a medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de trabalhadores os seus benefícios. Este modelo norteou dos anos 30 a 45 no Brasil.

Na década de 1950 foi criado o Ministério da Saúde e em 1966 os IAPs foram unificados, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1978, o INPS se divide para formar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Santos; Gabriel; Mello, 2005).

O modelo modernizante instituído pelo regime civil-empresarial-militar em 1964, sustentava-se através de mecanismos repressivos contra aqueles que eram contra o regime, silenciamento dos movimentos sociais, suspensão do Estado de Direito e a instauração de uma pseudodemocracia (Brasil, 2006). Por conseguinte, apenas os interesses da classe dominante eram assegurados enquanto os trabalhadores

sofriam com o arrocho salarial, intensificação das desigualdades e diminuição da qualidade de vida. Além disso, houve forte êxodo rural, piora dos problemas urbanos e carências sociais insatisfeitas, fazendo com que aumentasse as necessidades de atenção à saúde (Brasil, 2006).

Sendo assim, diante desse cenário de massiva insatisfação da população surge na década de 1970 o movimento de luta pela Reforma Sanitária se caracterizava como um movimento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema da época a partir da criação de um Sistema de Saúde Universal que garantisse que toda a população tivesse acesso aos serviços de saúde gratuitamente e de qualidade, além de ser de total responsabilidade do Estado a sua garantia (Silva; Menezes, 2022). O movimento ainda visava romper com o antigo modelo fragmentado e desigual, tendo grande apoio de outros setores da sociedade o que foi fundamental para a elaboração e implementação de suas propostas. As principais bandeiras da Reforma Sanitária eram:

Melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (Finkelman, 2002, p. 246)

Do mesmo modo, outros marcos importantes na agenda da Reforma Sanitária foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira que contou com a participação da população e lançou as bases para a institucionalização do SUS, a Assembleia Constituinte, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a conquista da Seguridade Social brasileira - conformada pelas políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Este movimento foi fundamental para modificar o sistema excludente e seletivo de saúde brasileiro, quando o país inicia lentamente a transição de assistencialismo para políticas de Assistência Social e a Constituição foi uma força impulsionadora das políticas públicas, determinando que todos possuem os seguintes direitos: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (Brasil, 1988)

Nesse sentido, os anos 1980 foram importantes para promover mudanças na questão da saúde no Brasil. Essa década ficou marcada por contar com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da

população brasileira, fazendo com que a saúde assumisse uma dimensão política, sendo vinculada à democracia (Bravo, 2009).

Nessa esteira, com a Lei 8080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi materializado, baseando-se em 15 princípios, dentre eles pode-se destacar a equidade, a universalidade e a integralidade, ou seja, a saúde seria um direito de todos e o atendimento não seria mais de forma fragmentada, mas as pessoas seriam consideradas em sua totalidade para o atendimento das suas necessidades. Sendo assim, de acordo com a Constituição Federal:

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.

Art. 197. 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.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (Brasil, 1988)

As conquistas do direito universal à saúde e a constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, sofreram impactos negativos influenciados pela política de ajuste neoliberal a partir dos anos 1990, afetando principalmente a vida daqueles que se encontravam em situação mais vulnerável, privados do acesso à educação, alimentação, moradia e enfrentando diversos tipos de violência, a saber, as pessoas que tinham as ruas como sua moradia.

Fomentado pelo advento do neoliberalismo no Brasil, em meados de 1990, a lógica privada dominou ainda mais setores como saúde e educação do ponto de vista das políticas e práticas governamentais. Segundo Laurell (1995), o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e gratuidade de serviços; e essas foram estratégias adotadas pelos governos de FHC, Lula e Dilma, influenciados pela lógica neoliberal, porém de maneiras diferentes.

Em 1995, quando Fernando Henrique Cardoso começou a presidir o Brasil, conduziu a política, mantendo a lógica de redução dos direitos de maneira mais ofensiva do que no governo anterior, que modificou a estrutura do Estado com a ampla reforma (Menezes, 2011). A política de saúde brasileira, nessa gestão, mesmo com a implantação de programas de atenção básica como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), não fortaleceu os eixos de promoção e prevenção da saúde, e isso como efeitos da privatização, desresponsabilização e mercantilização do público (Menezes, 2011).

No governo Lula, a partir de 2003, se delimitaram as possibilidades de consolidação de um sistema de proteção social baseado no conceito de Seguridade social (Menezes, 2011). A política do governo com a mesma política de ajuste macroeconômica dos governos anteriores, o que tornou as políticas sociais mais vulneráveis diante das limitações dos gastos públicos. No campo da saúde, existe uma aproximação com o referencial da Reforma Sanitária Brasileira, mas o governo manteve, como no período de FHC, políticas focalizadas (Menezes, 2011). Como aspecto de inovação da política de saúde, como aponta Bravo (2009), o governo Lula quis retornar à concepção de Reforma Sanitária; alterou as estruturas organizativas no Ministério de Saúde; e convocou a 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003.

Ademais, os projetos de governo voltados para a saúde de FHC e Lula inscrevem-se no processo próprio de desenvolvimento do capitalismo em sua fase neoliberal. De um lado o projeto privatista que nasceu durante o período ditatorial, típico do governo de FHC e do outro lado uma espécie de Reforma Sanitária flexibilizada (Bravo; Pelaez, 2018). Uma vez que as reivindicações da Reforma eram muito “radicais” para o contexto que o país estava enfrentando e esse projeto, segundo Bravo e Pelaez (2018), era conhecido como *SUS Possível*, sendo uma forma de adequar a política de saúde às propostas do projeto original da Reforma Sanitária.

Durante o governo Dilma, no que tange à saúde, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado, com o crescimento dos planos e seguros de saúde privados. Em 2011, foi estabelecida uma nova orientação política da atenção básica, com destaque para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Também foi realizada a 14ª Conferência Nacional de Saúde, lançada pelo

Movimento Sanitário com propostas para tratar de assuntos como: Saúde, Meio ambiente, Crescimento econômico e desenvolvimento social; garantia de acesso e serviços de saúde de qualidade; investimentos; institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde e etc. (Reis; Paim, 2018). Além disso, alguns programas e políticas foram elaborados, entre o Programa de Valorização do profissional de Atenção Básica; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS; o Plano de Ações para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e outros. (Reis; Paim, 2018).

No ano de 2016, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, seu vice Michel Temer assumiu a presidência do país, tornando-se um marco legal no processo de contrarreforma da política de saúde no Brasil evidenciadas nos documentos: Agenda Brasil; Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018). No governo do então presidente Michel Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização na saúde representando os setores mais conservadores, atrasados e capitalistas da sociedade, com a finalidade de favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência diante do capital internacional, comprometendo, assim, os direitos da classe trabalhadora através das propostas da contrarreforma, impondo-lhe o peso do processo de crise da acumulação (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Tal governo dá continuidade aos discursos de seus antecessores, desmontando as políticas públicas universais com a desculpa de que são medidas inevitáveis e que as perdas serão compartilhadas por todos. Não obstante, é válido salientar que outra característica do governo de Temer, conforme já sinalizado anteriormente, é a sua articulação com o setor empresarial de saúde, que pode ser nitidamente percebida a partir das modificações da política de saúde evidenciadas na elaboração do documento Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde, divulgado em 2017, construído por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018). A tese defendida por este segmento é a de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos. Ainda, a integração pressupõe mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

De acordo com Soares (2018), a gestão do governo Temer na política de saúde é antagônica ao projeto de Reforma Sanitária, ferindo seus princípios basilares, destacando-se a universalidade do acesso, quando se é imposto pelo governo o congelamento do teto de gastos por 20 anos justamente em um momento de aumento de demanda do sistema, a publicidade do direito à saúde, em que todos devem colaborar diante do colapso do financiamento do sistema e a participação social, pois ocorre a centralização dos processos de tomadas de decisões com relação à política de saúde.

Ademais, o falso discurso da necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, afirmando que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde e será preciso repensá-los. Tal estratégia é bastante reveladora no que tange a orientação das alterações do governo Temer (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Outrossim, com relação ao financiamento, Bravo, Pelaez e Pinheiro pontuam que uma medida drástica do governo foi o congelamento dos gastos, através da PEC 95/2016 e a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos (2018). Outras medidas do Ministério da Saúde foram: A revogação da Lei dos Planos de Saúde, que prejudica os usuários, mas beneficia as operadoras; A segmentação de Cobertura Assistencial que ao contratar um plano de saúde, o usuário, família ou empresa escolheria quais procedimentos quer incluir no plano, quais doenças seriam cobertas e, com isto, pagaria menos; O reajuste após 60 anos de idade que altera o Estatuto do Idoso, significando a expulsão dos idosos dos planos de saúde; A diminuição do valor do Ressarcimento ao SUS, o que acarreta perda de recursos pelo SUS (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

A chegada do governo Jair Bolsonaro (2019-2022) marca no Brasil o aprofundamento escancarado da chamada “nova direita”, do neoconservadorismo político, neoliberalismo econômico e o fundamentalismo religioso inseridos nesse contexto de contrarreformas. No que se refere ao campo da saúde, segundo Bravo e Pelaez (2020, p.194) “No governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior”, com a continuação do privilégio ao projeto privatista em detrimento do projeto defendido pela reforma sanitária. O Plano de governo apresentado pelo governo Bolsonaro já se mostra com pouco enfoque no que se refere ao SUS e às políticas de saúde, e posteriormente promove ataques

diretos à sua importância, além de não estabelecer uma ampliação de financiamento. Ainda assim, diferente do ministro anterior do governo Temer, Mandetta então nomeado como novo ministro tem uma postura contra o negacionismo científico, apesar de também defender as redes privadas de saúde, além de ser militar e defender os valores tradicionais, sendo então a figura perfeita para assumir esse ministério. Entretanto, durante o enfrentamento da pandemia de covid-19 pede demissão por discordância das medidas contra a ciência e a saúde do então presidente.

As principais propostas desse governo são: revisão da política de saúde indígena (que não deu andamento pela resistência das representações indígenas), substituição do programa Mais Médicos pelo programa Médicos pelo Brasil, que tem o objetivo de reforçar a atenção primária de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios pequenos e remotos e em locais de vulnerabilidade. As demais medidas foram, reestruturação dos hospitais federais do Rio de Janeiro (favorecendo a administração dos hospitais filantrópicos acima dos públicos), reorganização do Ministério da Saúde com a retirada da Secretária de gestão estratégica substituindo pela Secretaria de atenção básica, retrocessos na política de saúde mental e a despolitização acerca da importância das vacinas e das campanhas, retirando também as orientações pedagógicas sobre sexualidade entre os jovens.

Para além disso, é durante o momento de crise sanitária mundial da covid-19 que o governo Bolsonaro mais uma vez expõe seu caráter genocida, ao tomar medidas contra as recomendações orientadas pela ciência seguidas pelos demais países. Durante as entrevistas à imprensa o presidente deixa explícito que o “progresso econômico” está acima da vida, estimulando as pessoas a não aderirem ao isolamento social e não se vacinarem, inclusive fazendo recomendações de remédios não comprovados cientificamente, também iniciando a compra atrasada das vacinas e demorando para repassar recursos para os hospitais que ficavam sem os leitos e aparelhos necessários para o atendimento. Para Soares (2020, p.305) “Tais elementos evidenciam o viés ultraneoliberal do governo Bolsonaro, ao tempo que também revelam o negacionismo científico e aproximações com o neofascismo, ambas expressões ideológicas do irracionalismo.”

A partir do histórico mostrando desde os governos do PT, ao golpe de Temer e o “desgoverno” de Bolsonaro, a defesa do projeto da Reforma Sanitária se mostra como uma pauta que merece ser continuamente defendida frente às ameaças

constantes das contrarreformas nas políticas sociais, entre elas, da saúde que deve ser única, universal, gratuita e integral sendo o Sistema Único de Saúde referência mundial.

Dessa forma, a partir do histórico apresentado desde os governos do PT, ao golpe de Temer e o “desgoverno” de Bolsonaro, entende-se que os cortes, o desfinanciamento e o desmonte do SUS refletem de forma negativa na efetivação da integralidade no cuidado à saúde da população. Isso mostra que a defesa do projeto da Reforma Sanitária é uma pauta que merece ser continuamente defendida, frente às ameaças constantes das contrarreformas nas políticas sociais. A partir desse viés, é válido ressaltar a importância desse princípio para a saúde no Brasil, apontando para a realidade que se tinha no passado, quando o cuidado à saúde era realizado de forma reducionista e fragmentada, e o que se almeja construir atualmente.

Posto isso, a integralidade aparece pela primeira vez no texto constitucional no artigo 198, não de forma explícita, mas denominada de atendimento integral, com foco em atividades preventivas sem desconsiderar as assistenciais e sendo integrada também às ações curativas.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (Brasil, 1988)

Não obstante, este princípio é melhor definido na Lei 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), sendo entendido como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;” (Brasil, 1990, p. 3).

Todavia, o processo até chegar na definição da integralidade como princípio norteador SUS foi marcado por anos de reducionismo dos indivíduos e fragmentação do cuidado em saúde. O tratamento das pessoas ocorria de formas individualizadas e sem levar em consideração os aspectos sociais, psicológicos, e culturais que são relevantes para a vida dos cidadãos. Esse modelo era conhecido como biomédico, predominante na atualidade e com raízes vinculadas ao momento do Renascimento (Cruz, 2011). O modelo biomédico foca nas explicações da doença, passando a tratar do corpo em partes cada vez menores e reduzindo a saúde a um

funcionamento mecânico, sendo oposto à medicina social e preventiva defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária no Brasil (Cruz, 2011).

Nesse sentido, é válido destacar como se desenvolveu esse processo. Durante o século XX os campos da saúde e das ciências biológicas tiveram avanços significativos, através do descobrimento da etimologia de diversas doenças e do desenvolvimento tecnológico, que contribuiu para novas formas de prevenção de doenças e organização dos sistemas de saúde (Severo, 2012; Silva, 2004). As reflexões sobre os problemas de saúde pública na Europa e nos Estados Unidos ocasionaram diferentes propostas de organização dos serviços de saúde, bem como reformas no currículo das faculdades de medicina (Silva, 2004). A partir dessas reflexões surgiram dois documentos que são marcos fundamentais quando se trata sobre a integralidade: O Relatório de Flexner (1910), nos Estados Unidos e o Relatório de Dawson (1920) na Inglaterra.

De acordo com Mattos (2001), os currículos de base flexneriana eram dicotômicos, tinham um ciclo básico, desenvolvido predominantemente nos laboratórios e um ciclo profissional voltado para o aprendizado nas clínicas, onde os estudantes aprendiam a lidar com os pacientes, ou seja, era enfatizado a aprendizagem intra-hospitalar e especializada com pouca relevância para os aspectos preventivos e promocionais da saúde (Severo, 2012).

Com isso, os médicos aprendiam a recortar seus pacientes, se detendo somente ao funcionamento do sistema no qual se especializaram. Essa atitude além de fragmentada era vista como reducionista, “pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais.” (Mattos, 2001, p. 49).

Ainda, Silva (2004) argumenta que o Relatório de Flexner é um dos motivos pelos quais o tratamento médico é enfatizado nos serviços de saúde, repercutindo até os dias atuais, privilegiando também as consultas médicas e internações, em detrimento dos serviços de promoção e prevenção de saúde. Nesse caso, os pontos de atenção de saúde foram organizados separadamente, sem interligação entre si, tornando o sistema fragmentado, onde os pacientes não têm o cuidado contínuo (Silva, 2004).

Paralelo a este modelo, surge em 1920 o modelo de Dawson que é antagônico ao Relatório de Flexner, defendendo um trabalho conjunto e integrado, sendo um dos primeiros a projetar um modelo de redes que organiza os serviços de atenção

integral (Silva; Menezes, 2022). A operacionalização deste modelo se dava através de medidas como:

Adequação da oferta do conhecimento médico à população; organização dos serviços de saúde em função das necessidades da comunidade; ênfase no trabalho conjunto e integrado em detrimento das ações individuais; coordenação institucional única do processo de atenção à saúde; fim da dicotomia entre medicina preventiva e curativa e medicina comunitária e individual; valorização do médico generalista na organização dos serviços e das atividades realizadas fora das unidades de saúde. (Silva, 2004, p. 21, apud OPAS, 1964).

Entretanto, este modelo em particular sofreu resistência por parte dos médicos, que tinham sua hegemonia ameaçada, pois a proposta limitava suas ações, impedindo-os que as executassem independentemente dos serviços de saúde. Além disso, o modelo fragmentário também favorece a conversão dos tratamentos em mercadorias, fracionando medicamentos e exames como mercadorias singulares, gerando cada vez mais lucro para a indústria farmacêutica.

Posto isso, no Brasil o Sistema de Saúde, influenciado pelo modelo flexneriano, também se estruturou de forma fragmentada. De acordo com Silva (2004, p. 23), uma das características da política de saúde brasileira, durante o regime militar até os anos de 1980 foi:

A fragmentação organizacional induzida pela centralização na esfera federal, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, das ações e serviços de assistência médica de base hospitalar dissociados das ações de promoção e prevenção da saúde que eram responsabilidades do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais.

Dessa forma, somente a partir das discussões que aconteceram no decorrer da 8ª Conferência Nacional de Saúde, impulsionadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, a integralidade foi considerada necessária no que se refere à promoção de saúde, com base em uma concepção ampliada, que já não estava mais sendo vista apenas como ausência de doença, mas sim como resultante das condições de “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990, p. 01).

Sendo assim, segundo Roncalli (2003), a integralidade é o reconhecimento, na prática dos serviços de saúde, de que as pessoas são um todo indivisível, bem como as ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde e as unidades prestadoras de serviços de saúde.

Outrossim, Mattos (2001) defende que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, ela é um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, se configurando como uma “imagem objetivo” que indica a direção que devemos ir rumo a transformação da realidade, além de expressar também uma crítica ao que já existe, podendo ser polissêmica, ou seja, possibilita que vários autores unam suas críticas, trazendo consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras. Essa noção, segundo o autor, é diferente de uma utopia, pois pode se tornar realidade em um tempo definido. Nesse caso, a integralidade se relaciona ao ideal de uma sociedade mais justa e igualitária. Sendo assim, a integralidade é, mas não somente, um conjunto de noções desejáveis para o SUS. Percebe-se que na tese desenvolvida por Mattos (2001) a indagação sobre o que é integralidade não possui uma resposta unívoca e por isso abordar alguns dos sentidos desse termo seria o caminho ideal.

Desse modo, conforme Mattos (2001) o primeiro sentido da integralidade relaciona-se a um movimento denominado de medicina integral que critica o modelo biomédico predominante na atualidade que busca explicar a doença a partir da fragmentação do corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico, em que o homem é visto como uma máquina e a doença seria um defeito operativo e o médico um mecânico. Os médicos, dessa forma, se atentavam apenas à cura da patologia e aos aspectos ligados à sua especialidade em detrimento de observar o todo (Mattos, 2001). Ademais, quando se fala sobre o todo, isto quer dizer que as condições sociais, econômicas, relacionais, culturais, raciais e de gênero influenciam no processo saúde-doença dos indivíduos, devendo ser consideradas relevantes no momento do tratamento do paciente.

Sendo assim, o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), segundo Buss e Filho (2007), está relacionado às condições de vida dos indivíduos. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 13 de março de 2006, por meio de um Decreto do presidente Lula, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam o aparecimento de problemas de saúde. Já de acordo com a OMS os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Essas afirmações apontam a evolução da concepção de saúde e doença indo contra o que defendia o modelo biomédico que restringia o ser humano a um corpo biológico com lesões a serem curadas.

O modelo criado por Dahlgren e Whitehead, no qual demonstra a interação entre a sociedade e a saúde, dispõe os DSS em camadas: na esfera central estão os fatores individuais, como idade, sexo, raça e fatores hereditários; a segunda camada mais externa trata do modo de vida dos indivíduos como os seus comportamentos e costumes; a terceira camada trata sobre os relacionamentos dos indivíduos, suas redes sociais e comunitárias; a camada seguinte traz as condições objetivas e de trabalho, como as condições de habitação, educação, transporte, lazer, serviços de saúde e por último, na camada mais externa é apresentado as condições socioeconômicas, culturais e ambientais mais gerais, possuindo forte influência nas demais camadas.

Figura 2 - Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/o-brasil-e-a-agenda-internacional-dos-dss/>

Em suma, os DSS estão relacionados às condições de vida objetivas e subjetivas dos sujeitos, bem como às formas de trabalho. A partir desse viés, pode-se estabelecer uma relação entre as iniquidades em saúde e as desigualdades sociais dentro da sociedade, isto é, a posição social do indivíduo é determinada pelo seu contexto social, provocando diferenciais em saúde (Souza; et al. 2013). Nesse sentido, pessoas de situações econômico-sociais distintas são expostas a diferentes riscos, onde os mais pobres são mais propensos a contrair determinados tipos de doença (Souza, et al. 2013).

O outro sentido da integralidade descrito por Mattos (2001) está ligado diretamente com a organização dos serviços e das políticas de saúde, pois com a

criação do Sistema Nacional de Saúde - SNS (1979) houve uma divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica e o resultado disso era que ambas eram pensadas de maneira independente (Mattos, 2001).

A partir disso surgiu a luta pela unificação dessas políticas com a criação do SUS, todavia as práticas ainda eram dicotomizadas, trazendo consequências para a organização dos serviços de saúde que estavam concentrados nos hospitais. Com isso, o princípio da integralidade corresponde a essa crítica quando busca a articulação entre a saúde pública e a assistência. As equipes das unidades deveriam pensar suas práticas a partir do horizonte da população que atendem e suas necessidades e não mais do ponto de vista da exclusividade, pois os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades dos usuários (Mattos, 2001).

O princípio de integralidade, em um dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais. Articular práticas de saúde pública com assistenciais significava, em primeiro lugar, borrar as distinções então cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais (Mattos, 2001, p. 58).

Ainda, o terceiro, e último, sentido da integralidade expresso por Mattos (2001), está relacionado às configurações de políticas especiais, onde a integralidade trata das respostas governamentais a certos problemas de saúde de grupos populacionais específicos. De acordo com o Ministério da Saúde, a integralidade na atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas das pessoas ou grupos, mesmo que sejam minoritários em relação ao total da população, ou seja, devem ser tratados segundo as suas demandas, “inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados” (Brasil, 2000, p. 31).

Em outros termos, a integralidade está presente quando é criada uma política especial, que busca responder a um determinado problema de saúde que aflige certo grupo populacional, como é o caso da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Este fenômeno social possui especificidades bastante complexas que não se originam de uma única causa, mas de múltiplas determinações e por isso seu enfrentamento requer a articulação de diferentes tipos de serviço de atenção voltados a promover e garantir a saúde dessas pessoas (Prates et al., 2011). No Brasil este tem sido um problema histórico, superar a redução dos sujeitos a objetos descontextualizados e investir em intervenções pautadas na integralidade, em que

as pessoas não são somente portadoras de doenças, mas também portadoras de desejos, sonhos e aspirações (Mattos, 2001).

Um paciente não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento. Não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a um conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos. (Mattos, 2001, p. 65)

Diante disso, entende-se que os cidadãos devem ter um atendimento integral e não fragmentado, devendo ser levado em consideração o todo e reconhecendo que o paciente é bem mais do que um sistema biológico com lesões em estado de sofrimento. Este atendimento, conforme pontua Silva e Menezes (2022), é um conceito amplo, sendo construído cotidianamente dentro das instituições que prestam serviços voltados para a saúde. Outrossim, a integralidade tem a ver com a necessidade de ir além das aparências e das queixas imediatas e investigar possíveis fatores de risco de outras doenças ou doenças que ainda não expressaram sofrimento, para assim proporcionar àquele usuário o atendimento mais adequado. Além disso, o princípio da integralidade defende a centralidade do atendimento no indivíduo e não na doença e também as formas de tratamento devem ser diferentes, pois os sujeitos são diferentes e têm necessidades distintas uns dos outros.

Não obstante, é importante ressaltar quais são as contribuições do Serviço Social à integralidade no SUS. Apesar da saúde não ser uma área que historicamente mais contratou assistentes sociais, algumas escolas de Serviço Social foram criadas para capacitar esses profissionais para atender as demandas do setor da saúde. O novo conceito de saúde considera os aspectos biopsicossociais dos pacientes, sendo outro fator que colaborou para o crescimento do Serviço Social nessa área (Silva; Menezes, 2022).

Conforme Silva e Menezes (2022) pontuam, há uma ligação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o projeto de Reforma Sanitária, devido à busca pela superação do modelo privatista que imperava no Brasil. Posteriormente, os instrumentos jurídicos-normativos do Serviço Social como o Código de Ética da Profissão (1993) e a Lei de Regulamentação (Lei 8662/1993) são fundamentais para refletirmos sobre a integralidade nas ações dos assistentes sociais, pois eles fundamentam a atuação desses profissionais que devem estar amputados no

enfrentamento das expressões da questão social, que repercutem em todos os níveis de complexidade na vida dos usuários e por isso não podem ser tratados isoladamente (Silva; Menezes, 2022).

Ademais, a aproximação do Serviço Social com a tradição marxista durante o Movimento de Reconceituação⁵ da profissão também aproximou esses profissionais da perspectiva de totalidade, uma categoria fundamental do método marxista dialético, isto é, os indivíduos devem ser tratados como um todo complexo e indivisível e não como fatos isolados. Dessa forma, a integralidade e o Serviço Social buscam o rompimento com o tradicionalismo e o individualismo dos usuários, ou seja, ambos buscam a compreensão da realidade social como um todo e não mais de forma fragmentada.

2.2 O ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Como mencionado anteriormente o histórico da PSR no Brasil foi de exclusão e marginalização social, no qual o acesso aos seus direitos fundamentais foi negado, sendo reforçado pelos antigos códigos penais e pelo próprio sistema burguês, pois essas pessoas não possuíam emprego formal ou “digno” e por isso não consumiam nem geravam lucro. Em outras palavras, as condições de subsistência desses sujeitos eram uma afronta à moral da sociedade. Entretanto, a partir do final do século XX o cenário começou a mudar, apresentando diversos avanços a partir do processo de redemocratização do Brasil, podendo-se destacar os movimentos sociais que buscavam dar visibilidade às demandas dessa população para alcançar o acesso aos seus direitos sociais, bem como as reivindicações do movimento de Reforma Sanitária.

Com isso, afora a Constituição Federal, foram criadas legislações para a inclusão dessas pessoas no espaço público no que se refere à organização da atenção à saúde, como a Lei nº 8080/1990, que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, o Decreto nº 7053, que trata sobre a PNPSR e a Portaria nº 122 de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (CnaR), dentre outras. Porém, a problemática

⁵ O Movimento de Reconceituação é o marco do Serviço Social que propõe a ruptura das práticas tradicionais. É através deste movimento que surge uma outra visão acerca da prática profissional, voltada a uma análise crítica da realidade social, buscando um melhor desempenho no agir profissional mediante as demandas impostas pelo capital (Viana; Carneiro; Gonçalves, 2015).

atual é a materialização desses direitos e essas barreiras de acesso aos serviços de saúde vão contra os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Segundo Gonçalves e Oliveira (2024, p. 859) “o direito de acesso à saúde para a PSR efetiva o conceito de democracia em si, pois se todos os indivíduos são soberanos, a exclusão social vai na contramão da democracia em si”, ou seja, o direito à saúde se relaciona com a questão da cidadania, pois é uma forma de garantir a qualidade de vida. Dessa forma, o presente tópico visa tratar sobre as formas que a PSR acessa os serviços de saúde, enfatizando a estratégia Consultório na Rua que foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, tendo a finalidade de ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde.

Sendo assim, atualmente os Consultórios na Rua e os hospitais de emergência costumam ser as principais portas de entrada da PSR. De acordo com Silva et al. (2018) os hospitais de emergência são uma referência no atendimento dessa população devido à situação vulnerável em que se encontram, onde muitas vezes eles chegam até essas unidades de atendimento vítimas de violência, atropelamento, quedas ou outros ferimentos graves. Além disso, a exposição à violência, a alimentação incerta, a escassez de água potável, a privação de sono e a dificuldade de adesão ao tratamento de saúde, são outros elementos agravantes do quadro de saúde dessas pessoas. Conforme aponta o Ministério da Saúde, alguns dos problemas de saúde mais recorrentes nessa população são: problemas nos pés, infestações, DST/ HIV/aids, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose (Brasil, 2014).

Outrossim, de acordo com o Ministério da Saúde a Estratégia Consultório na Rua, esta foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, tendo uma “composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel” (Brasil, 2017). As atividades realizadas pelo CnaR devem ser de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando.

Assim dizendo, o CnaR é um consultório que está em movimento, pois as pessoas que estão vivendo nessas condições nem sempre ficam fixas em um determinado espaço, mas podem estar em constante deslocamento, em busca de

condições de sobreviver àquele dia. Por isso a proposta de um consultório itinerante, para que seja possível ampliar o acesso e oferecer, dentro dos recursos, atenção integral, por meio dos serviços de atenção primária (Silva; Machado, 2017).

Do mesmo modo, segundo a Portaria nº 2.436 que trata da Política Nacional de Atenção Básica, as ações do CnaR devem ser sempre articuladas, e desenvolvidas em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território, dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, como os CRAS e os CREAS, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (Brasil, 2017). As equipes que atuam no CnaR são multiprofissionais, podendo ser compostas por: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação (Brasil, 2011).

Dentre as atividades realizadas encontra-se a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, tendo como estratégia a Redução de Danos, que busca minimizar os efeitos do álcool e das drogas na vida dos usuários, não apenas do ponto de vista da saúde, mas também econômico e social.

A Redução de Danos precisa ser compreendida a partir de duas dimensões, a saber: enquanto política e enquanto prática de saúde. Enquanto política pública de saúde, a RD constitui-se como uma diretriz orientadora do cuidado, levando-se em consideração os contextos sociais e as singularidades das pessoas que fazem uso de substância psicoativa. Enquanto medida de cuidado, a RD comporta uma série de práticas em saúde na direção de diminuir problemas relacionados ao consumo de drogas. (Silva; Machado, 2017, p. 370, apud, Lancetti, 2018)

Ademais, no Brasil a Redução de Danos é compreendida como um conjunto de políticas públicas relacionadas às dificuldades enfrentadas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (Silva; Machado, 2017). Esta estratégia baseia-se na compreensão de que apenas dos esforços para prevenir e recuperar o usuário dessas substâncias, muitos deles não conseguem parar de usar, pois para além do uso por prazer, a PSR também usa drogas para saciar a fome ou aliviar alguma dor. Por isso, a Redução de Danos não se fundamenta na abstinência, mas em práticas que visam minimizar os efeitos nocivos do uso abusivo das drogas, focando na prevenção aos danos e não na prevenção ao uso (Pereira, 2018). Além do mais,

esta estratégia também busca respeitar a autonomia dos sujeitos, garantindo a sua liberdade de escolher quando parar de usar drogas, se assim desejar.

Dando continuidade, as ações das equipes do CnaR vão além do cuidado tradicional queixa-conduta, no qual o indivíduo apresenta seus sintomas e o profissional age apenas sobre a queixa do paciente. Em outras palavras, o CnaR possui uma visão de integralidade no cuidado com ampliação da assistência, “tendo como peças fundamentais o vínculo, a escuta qualificada, a compreensão da subjetividade do outro e o contexto que o mesmo se encontra” (Silva; Machado, 2017, p. 375). Estes profissionais buscam construir relações sociais mais justas, promovendo a liberdade e a autonomia dos usuários e o estabelecimento de vínculo é uma ferramenta de grande potencial no tratamento desses sujeitos, pois o vínculo se constitui na abertura de um campo relacional entre o profissional e o sujeito ao qual é ofertado o cuidado (Silva; Machado, 2017).

Posto isso, a tabela a seguir foi elaborada pelo Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da PNPSR e busca apresentar o número de equipes e atendimentos do CnaR

Tabela 1 - Número total de equipes e atendimentos do CnaR, em 2022, por regiões, estados e capitais do Brasil

Estados e capitais	Quantidade de equipes	Quantidade de atendimentos
Região Norte	16	51.819
Pará	7	32.529
Belém	4	18.122
Amazonas	3	8.316
Manaus	2	1.960
Amapá	2	5.189
Macapá	2	5.189
Tocantins	2	2.877
Palmas	1	1.607

Rondônia	1	1.725
Porto Velho	1	1.725
Acre	1	1.183
Rio Branco	1	1.183
Roraima	0	0
Boa Vista	0	0
Região Nordeste	53	132.255
Alagoa	6	40.156
Maceió	6	40.156
Maranhão	4	27.142
São Luís	2	24.593
Bahia	18	24.070
Salvador	8	5.345
Ceará	4	10.730
Fortaleza	2	10.001
Pernambuco	9	10.212
Recife	4	3.748
Paraíba	5	8.710
João Pessoa	4	8.211
Sergipe	1	4.225
Aracaju	1	4.225
Rio Grande do Norte	5	4.110
Natal	3	1.923
Piauí	1	2.900
Teresina	1	2.900
Região Sudeste	138	569.796
São Paulo	70	315.646

São Paulo	31	226.175
Rio de Janeiro	35	164.999
Rio de Janeiro	10	95.007
Minas Gerais	25	73.677
Belo Horizonte	8	18.256
Espírito Santo	8	15.474
Vitória	2	6.544
Região Sul	29	150.512
Rio Grande do Sul	12	118.103
Porto Alegre	5	75.248
Paraná	12	19.180
Curitiba	4	3.431
Santa Catarina	5	13.229
Florianópolis	1	2.758
Região Centro-Oeste	23	74.811
Distrito Federal	5	36.162
Brasília	5	36.162
Mato Grosso do Sul	4	14.949
Campo Grande	1	6.209
Mato Grosso	3	12.253
Cuiabá	2	5.420
Goiás	11	11.447
Goiânia	5	2.332
Total	259	979.193

Fonte: Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua a partir de dados do CNES e SISAB.

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam que em julho de 2023, havia 281 equipes de Consultório na Rua

cadastradas no país e analisando os atendimentos registrados pelas equipes de Consultório na Rua no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), entre 2015 e 2022, foram registrados 3.706.056 atendimentos (Brasil, 2023).

Ainda, dentre outros avanços no cuidado em saúde da PSR é válido destacar a Portaria nº 3.305/2009 do Ministério da Saúde, que institui o Comitê Técnico de Saúde para a PSR. Este comitê conta com a participação de representantes de órgãos e entidades públicas, bem como entidades da organização civil, o que fortalece o controle social. Dentre as suas atribuições pode-se destacar:

- I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS;
- II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;
- IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e
- V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (Brasil, 2009, p. 01-02)

Em vista disso, percebe-se que as lutas e reivindicações dessa população durante a história proporcionaram diversas conquistas na área de saúde e fizeram com que o poder público se atentasse às suas demandas, buscando dar respostas baseadas nos princípios que regem o SUS. Entretanto, ainda existe um longo caminho a ser percorrido para a plena aplicação de tudo aquilo que está descrito nas legislações citadas, pois essas reivindicações vão na contramão da lógica capitalista neoliberal que impera no Brasil atualmente, bem como a ideologia preconceituosa dominante que se configuram como verdadeiros entraves para que a PSR tenha acesso à saúde.

2.3 OS DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NOS CUIDADOS EM SAÚDE DA PSR NAS PUBLICAÇÕES E DOCUMENTOS CONSULTADOS

As pessoas que se encontram em situação de rua vivenciam em seu cotidiano diversos estigmas e discriminações decorrentes da grave violação dos seus direitos humanos e aparência física, que fogem dos padrões do restante da sociedade

considerados aceitáveis. Esses estigmas estão relacionados à ideia do estranho e das diferentes formas de conceber o outro, e mediante essa ideologia de inferioridade pela diferença, ocorre a discriminação e os sentimentos negativos, como a repulsa e o preconceito.

Sendo assim, a oferta do cuidado em saúde voltado para esses indivíduos ainda é recente e enfrenta diversas barreiras estruturais advindas do processo de desmonte e sucateamento do SUS, como foi demonstrado anteriormente, bem como os preconceitos e estereótipos. Dito isso, o presente tópico visa abordar quais são os desafios na efetivação do princípio da integralidade nos cuidados em saúde da PSR através de pesquisas em publicações e documentos consultados.

Embora o SUS garanta o acesso universal e integral à saúde, quando se trata dos cuidados integrais voltados à saúde da PSR, o que se verifica são diversos entraves para a sua efetivação. Segundo De Paula et al. (2024) a PSR tem preferência em buscar atendimento em Hospitais de Emergência em detrimento das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), acostumando-se a viver com os sintomas que incomodam e buscando cuidados apenas quando a dor é intensa. Isso também fere o princípio de hierarquização proposto pelo SUS e desperta a reflexão sobre a maneira como essa população é atendida. A pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde aponta que 43,8% dos entrevistados afirmaram que procuram primeiramente o hospital/emergência quando estão doentes, e 27,4% procuram o posto de saúde (Brasil, 2014).

Ainda, a autora afirma que o preconceito e a discriminação fazem parte dos atendimentos prestados a essa população, muitos são tratados com desprezo, rotulados de “drogados” e “vagabundos”, pois além de estar em situação de rua, o uso de álcool e outras drogas é considerado, há muito tempo, um dos elementos “culturais” que compõem o estilo de vida de quem vive na rua. (De Paula et al., 2024) Além disso, muitos são os serviços de saúde que não atendem as pessoas quando elas estão sob o efeito de drogas e isso gera uma barreira de acesso ao cuidado que faz com que essa população não se sinta pertencente àquele local ou “digna” de receber o atendimento.

Analisa-se que os cuidados e atendimentos precários que lhes são destinados de maneira negativa e frequentemente discriminatória fragilizam as relações com as instituições e profissionais de saúde, de modo a não contribuir para o desfecho exitoso do tratamento das doenças às quais

estão suscetíveis. Isso desafia os conceitos gerais de universalidade, integralidade e equidade do SUS (De Paula et al. 2024, p. 13)

Nesse sentido, observa-se que a invisibilidade, a marginalização e a exclusão desses sujeitos na sociedade, bem como o estigma que é cotidianamente reforçado nos espaços de cuidado, principalmente entre os profissionais de saúde que se recusam a atender a PSR ou atendem de uma maneira insuficiente, focando apenas na doença em detrimento da prevenção e sem levar em consideração os outros aspectos sociais, psicológicos desses pacientes, são barreiras que fazem com que essa população desista do acesso ao atendimento nas unidades de Atenção Primária à Saúde.

Contudo, dada a complexidade do atendimento faz-se necessário realizar a articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que possibilitam um melhor acolhimento à essa população. Essas Redes são uma forma de organização de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, permitindo a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias e profissionais.

Ademais, a OMS define as RAS como, “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (Ministério da Saúde, 2022). O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada e também incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Ministério da Saúde, 2022).

Todavia, a RAS ainda é totalmente insuficiente e desorganizada e a ligação entre as diferentes instituições dentro da RAS são bastante frágeis, devido à escassez de recursos e a grande quantidade de demanda para um número insuficiente de profissionais. Não somente isso, mas os principais desafios para a implementação da RAS é a fragmentação da rede, a fragilidade das políticas públicas e a falta de qualidade na formação dos profissionais de saúde (Costa; Silva, 2019). Além disso, a insuficiência do planejamento, em que os instrumentos de

gestão e planejamento são limitados, contendo falhas na execução e na avaliação das ações e o subfinanciamento do SUS que produz uma barreira no avanço da implementação da RAS, também contribuem para a fragmentação do sistema e causam dificuldades em proporcionar a PSR o acesso universal e integral em saúde (Costa; Silva, 2019).

Não obstante, a falta de acesso ao trabalho, a ausência de moradia causada pela insuficiência da política habitacional no Brasil são outros problemas que essa população enfrenta. Quando estes pacientes recebem alta hospitalar, eles não conseguem dar continuidade no tratamento pós-alta de maneira adequada, e não recebem nenhum tipo de auxílio por incapacidade temporária já que não possuem um emprego de carteira assinada, e por isso correm o risco de pegar infecções maiores devido à insalubridade das ruas. Diante dessa situação, o Serviço Social do hospital intervém nessa problemática buscando a articulação com a rede, acionando o CREAS, o Centro POP, o CAPS, dentre outras instituições a depender do município. Entretanto, mesmo com a existência do Centro POP, que presta apoio à PSR, oferecendo um lugar para que eles se alimentem e descansem, eles não funcionam o dia todo, somente das 08h até às 17h, cinco dias por semana, fazendo com que os usuários voltem para as ruas para passar a noite, colocando sua saúde em risco (Brasil, 2023).

Dentro desse contexto hospitalar, o Serviço Social fica responsável por acompanhar esse paciente, no que se refere às suas demandas sociais, realizar ações que possibilitem a sua identificação, caso este não esteja portando nenhum documento, fazer os encaminhamentos necessários. O assistente social também deve entrar em contato com outras instituições da RAS para saber mais sobre o histórico do paciente e para tentar localizar algum familiar. Quando o paciente estiver de alta, deve-se emitir a alta social que se apresenta como um processo essencial para a reintegração das pessoas em situação de rua, por sua vez, ela é um meio pelo qual a liberação e a saída do hospital dependem da avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes/usuários.

Esta iniciativa vem sendo desenvolvida pelos/pelas Assistentes Sociais e expressa um processo de responsabilização da equipe multiprofissional pela saúde do usuário dentro e fora do ambiente hospitalar (Seibert; Mangini; Kocourek, 2019). Nesse sentido, o processo que ocorre para a alta social é considerado um dos grandes desafios da atuação do Serviço Social no contexto hospitalar, quando se

considera as superlotações tanto dos leitos, para permanência do usuário no hospital, quanto dos centros que acolhem essa população.

Outrossim, além do cuidado à saúde, é válido salientar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) estabelece que toda pessoa tem direito à identidade. Nessa perspectiva, outro encaminhamento realizado pelos assistentes sociais é o Registro Civil de Nascimento, sendo direito de todos, nele compreendidos nome, prenome e o sobrenome, como preceitua o artigo 16º do Código Civil. (De Paula et al. 2024). Deste modo, o acesso à documentação civil básica deve ser garantido a todas as pessoas que vivem em situação de rua, pois a posse dessa documentação possibilita o acesso aos programas sociais do governo federal, estadual e municipal, e à rede de serviços (De Paula et al. 2024). Contraditoriamente, nos serviços de saúde é exigido a documentação do paciente e um comprovante de residência, algo que a PSR não possui em muitos casos. Todavia, é dever do Estado promover a saúde da população, levando em consideração a sua particularidade, e por isso não se deve exigir que estes apresentem tais documentos.

Sendo assim, a integralidade no cuidado à saúde dessa população se configura como um grande desafio atualmente. A rede de atenção à saúde é alvo, muitas vezes, de políticas de saúde focalizadas, que ignoram a complexidade do modo de vida dessa população, desprezando o seu contexto social, familiar e territorial. Tomando como exemplo a lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com sua matriz domiciliar, desconsidera as formas de viver dos que não se encaixam nos padrões gerais. Desse modo, a PSR por não pertencer a um território fixo, facilmente acaba por não ser responsabilidade de ninguém, tendo mais uma vez o seu acesso dificultado pelo próprio sistema, indo na contramão daquilo que está estabelecido na lei.

CONCLUSÃO

Esse estudo buscou evidenciar a contextualização histórica do fenômeno da população em situação de rua no Brasil, precisamente a partir da Primeira República, até os dias atuais. Em sequência, o segundo capítulo retrata a trajetória da Política de Saúde no Brasil, focando no princípio de integralidade do SUS e como ele se materializa no atendimento da PSR.

Como foi mencionado no primeiro capítulo, mediante os estudos sobre as expressões da questão social, pode-se afirmar que a existência de pessoas que se encontram privadas das condições básicas de subsistência compõem uma dimensão estrutural do capitalismo, pois este é um sistema destrutivo, gerador de desigualdade e fragmentação social.

Desse modo, a questão social expressa as contradições do capital. Durante a sua gênese este sistema expropriou as terras e os meios de produção de milhares de camponeses na Inglaterra e os obrigou a vender a sua força de trabalho para os burgueses. Entretanto, para aqueles que não se submetiam às condições precárias e às jornadas de trabalho abusivas, foram criadas leis que os obrigavam a procurar emprego e se fossem encontrados pelas ruas ociosos sem nenhuma ocupação, eles eram presos e levados para campos de trabalho forçado.

Sendo assim, o imaginário em torno das pessoas em situação de rua no Brasil, durante o período Colonial, foi se formando e sendo influenciada por esta visão de correção do indivíduo através do trabalho. Logo, durante o momento de efervescência do processo abolicionista, o trabalho era visto como a única forma de alcançar a ordem e o progresso da nação, e assim deixar de lado os traços do seu passado colonial. Todavia, a presença da figura do vagabundo era uma ameaça a modernização do país, principalmente se este fosse um sujeito negro, pois as elites da época, influenciadas pelas teorias de pensamento darwinista, positivista e evolucionista, acreditavam na ideia de superioridade de uma raça sobre outra.

Por conseguinte, a criminalização da vadiagem foi incluída no Código Penal brasileiro de 1830, indicando que os indivíduos que não possuíssem uma ocupação honesta que gerasse renda, deveriam ser presos e forçados a trabalhar em prisões correcionais que funcionavam como uma forma de transformação do vagabundo em um sujeito dócil e funcional para o sistema. Além disso, as práticas de higienização e embelezamento dos centros urbanos no decorrer da Era Vargas foi crucial para que a elite atingisse seus objetivos, concentrando a população pobre em favelas e cortiços e fazendo uso da intervenção dos assistentes sociais para o disciplinamento e domesticação dos corpos.

Outrossim, o processo de redemocratização do país em meados dos anos de 1980 foi um evento muito importante na agenda das lutas da população em situação de rua pelos seus direitos e pelo seu reconhecimento como cidadãos diante do poder público, sendo conquistados através da Constituição Federal, da Lei nº

8080/1990 e da PNPSR. Todavia, a efetivação dessas políticas públicas na vida dos usuários ainda encontra diversos problemas operacionais e estruturais. Dentre eles pode-se destacar a presença incisiva do preconceito e da discriminação contra esses sujeitos nos serviços de saúde, que embora tenham o acesso garantido, a mentalidade de muitos profissionais do SUS carregam traços do passado republicano do país.

Não obstante, a privatização, o desfinanciamento e o sucateamento que o SUS enfrenta até os dias de hoje é uma barreira no processo do cuidado integral à saúde da PSR. No SUS a integralidade endossa que a atenção em saúde deve considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupos, mesmo que minoritários, prerrogativas estas também incluídas na Constituição Brasileira de 1988. Porém, esta população não tem acesso a tais direitos e quando os tem é de forma bastante precária, fragmentada, seletiva e de caráter assistencialista, desviando-se da ideia de direito e retrocedendo para a esfera do favor. Isso mostra que embora a integralidade seja uma bandeira de luta ou uma imagem-objetivo que se almeja alcançar, a sua materialização na vida desses sujeitos ainda tem um longo caminho a ser percorrido.

Dessa forma, as barreiras presentes nas instituições, a percepção social negativa e a invisibilidade é um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos, principalmente no que diz respeito ao direito à saúde. A pequena quantidade de serviços que atendem especificamente esta população e a precarização dos mesmos tanto de recursos físicos quanto humanos se configura como um dos entraves enfrentados por essa população.

Ao analisar a história, percebe-se que os avanços nessa temática são inquestionáveis, no entanto não adianta realizar intervenções em cima das consequências de um determinado problema, ou nas expressões da questão social conservando a sua base, não que estas intervenções não sejam importantes, elas são extremamente necessárias, mas o problema da integralidade é estrutural e histórico. Enquanto as raízes capitalistas dessa questão não forem tocadas e alteradas pela força da luta dos movimentos sociais e das categorias de profissionais do SUS, o direito à saúde, de forma gratuita, universal, integral e de qualidade não irá se materializar na vida dos usuários, resumindo a sua existência apenas a letra da lei. Na espera pela resolução dessa problemática, o que resta aos profissionais

que lidam com a população em situação de rua é a reparação, ou a amenização dos problemas provocados pelo sistema capitalista desigual.

Sendo assim, o preconceito contra essas pessoas é manifestado frequentemente pela sociedade, até mesmo pelos profissionais da rede de saúde e assistencial, onde os xingamentos como: vagabundos, drogados, mendigos e preguiçosos são muito comuns. Essas formas de denominar esses sujeitos acabam repercutindo no modo como eles percebem a si mesmos, fazendo com que a autculpabilização acentue o sentimento de fracasso, baixa autoestima e acomodação da sua situação, eliminando, assim, qualquer perspectiva de superação futura. Além disso, esse processo de humilhação e desvalorização conduz a PSR a um estado de desqualificação social, em que eles não se sentem pertencentes à sociedade, mas usurpadores do acesso às políticas públicas. É importante pontuar, também, que a falta de acesso à renda, ao trabalho, à habitação e à educação, causadas pela ineficácia e insuficiência das políticas públicas também é outro fator que corrobora para a permanência dessas pessoas nas ruas.

Diante dessa realidade, é urgente a realização do resgate da identidade das pessoas que se encontram em situação de rua. Antes de tudo é necessário recuperar a sua própria percepção de ser humano, permeado de violações de suas necessidades mais elementares, mas um sujeito de direitos como todos os outros. Em seguida deve-se afirmar essa identidade perante a sociedade e o Estado, mediante campanhas de conscientização e capacitação dos profissionais do SUS e do SUAS. Nesse aspecto, as iniciativas na rede de ensino são indispensáveis, onde deve haver um espaço para a inclusão do debate sobre a articulação entre a desigualdade, a realização e o preconceito, com o intuito de estimular o pensamento crítico sobre essa temática.

Portanto, os estudos e a produção de pesquisas devem continuar avançando nessas discussões como uma forma de rompimento com a aceitação da realidade imposta ideologicamente pela sociedade burguesa. Somente a partir da reflexão crítica sobre o contexto atual da saúde no Brasil é que se construirá a base para uma sociedade emancipada dos efeitos nocivos do capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. 2024. **Desemprego de mulheres e negros termina 2023 acima da média nacional.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-02/desemprego-de-mulheres-e-negros-termina-2023-acima-da-media-nacional>. Acesso em: 18 mar. 2025.

AGÊNCIA SENADO. 2023. **Delito de 'vadiagem' é sinal de racismo, dizem especialistas.** Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2023/09/delito-de-vadiagem-e-sinal-de-racismo-dizem-especialistas#:~:text=A%20vadiagem%20foi%20um%20crime,est%C3%A1%20em%20vigor%20at%C3%A9%20hoje>. Acesso em: 03 jan. 2025.

AGÊNCIA SENADO. **Fazendeiros tentaram impedir aprovação da Lei do Ventre Livre.** 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/fazendeiros-tentaram-impedir-aprovacao-da-lei-do-ventre-livre#:~:text=Uma%20das%20precursoras%20da%20Lei,nenhum%20escravizado%20em%20solo%20brasileiro>. Acesso em: 03 jan. 2025.

AGÊNCIA SENADO. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos.** 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos#:~:text=A%20Lei%20Eloy%20Chaves%20obrigou,benef%C3%ADcio%20aos%20aposentados%20e%20pensionistas>. Acesso em: 06 fev. 2025

ALVES, F. W. A. CARACTERIZAÇÃO E BASE TEÓRICA DA CRIMINOLOGIA MULTIFATORIAL. **Revista Transgressões**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 121–132, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/6447>. Acesso em: 4 jan. 2025.

BOLSANELLO, Maria Augusta. Darwinismo social, eugenia e racismo “científico”: sua repercussão na sociedade e na educação brasileira. **Educar em Revista**, [S. l.],

v. 12, n. 12, p. p. 153–165, 1996. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/36031>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo** / Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. **Acessar o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) (Centro POP)**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-centro-pop-centro-de-referencia-especializado-para-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 10 fev. 2025

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 10 jan. 2025

BRASIL. **Decreto-Lei No 3.688 de 03 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais**. 3 out. 1941. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. **LEI Nº 14.821, DE 16 DE JANEIRO DE 2024**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14821.htm. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde: SUS princípios e diretrizes.** 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf Acesso em: 04 jan. 2025.

BRASIL. **MDHC lança relatório sobre pessoas em situação de rua no Brasil; estudo indica que 1 em cada mil brasileiros não tem moradia.** 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/mdhc-lanca-relatorio-sobre-pessoas-em-situacao-de-rua-no-brasil-estudo-indica-que-1-em-cada-mil-brasileiros-nao-tem-moradia>. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. **O que significa ter saúde?** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. **Perguntas e respostas Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.** 2011. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/02-livreto-perguntas-respostascentro-poprua-impressao.dez.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. **Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.** 2023. Disponível: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_rua1.pdf. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. **Política Nacional para População de Rua.** Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Brasília (DF), 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso: 22 jan. 2025.

BRASIL. **PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.305, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2009.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html#:~:text=Institui%20o%20Comit%C3%AA%20T%C3%A9cnico%20de,Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.&text=e\)%20um%20representante%20do%20Conselho,Municipais%20de%20Sa%C3%BAde%20\(CONAS EMS\)](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html#:~:text=Institui%20o%20Comit%C3%AA%20T%C3%A9cnico%20de,Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.&text=e)%20um%20representante%20do%20Conselho,Municipais%20de%20Sa%C3%BAde%20(CONAS EMS).). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. **Programa Restaurante Popular.** 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/carta-de-servicos/desenvolvimento-social/inclusao-social-e-produtiva-rural/programa-restaurante-popular>. Acesso em: 10 fev. 2025

BRASIL. **Saúde e população em situação de rua: Um direito humano.** 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 13 fev. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CFESS. **Atuação do assistente social na política urbana.** Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-SubsidiosPoliticaUrbana-Site.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025.

CHALHOUB, Sidney. Vadios e barões no ocaso do Império: O debate sobre a repressão da ociosidade na Câmara dos Deputados em 1888. **Estudos Ibero-Americanos**, [s. l.], v. 9, n. 1, 2, p. 53, 1983. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/iberoamericana/article/view/36351>. Acesso em: 02 jan. 2025.

COSTA, A. L. P. **Política municipal de atendimento à população em situação de rua de Fortaleza**. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) – Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

COSTA, Rubens Santos. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS DOS GESTORES PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 2, n. fluxocontinuo, 2021. DOI: 10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1415. Disponível em: <https://periodicos.ufrb.edu.br/index.php/revise/article/view/1415>. Acesso em: 17 fev. 2025.

CRUZ, Marly Marques. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). Qualificação de Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: **EAD/Ensp**, 2011. Disponível em: <https://25anos.ead.fiocruz.br/materiaisead/especializacao/gestao-da-saude-da-pessoa-idosa/percurso/arquivos/texto3.pdf> Acesso em: 14 ago. 2024.

CUNHA, Júnia Valéria Quiroga da; RODRIGUES, Monica (Orgs.). **Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. ISBN: 978-85-60700-34-9. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/livros/rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 17 jan. 2025.

De PAULA, Hermes Candido; ENGSTROM, Elyne Montenegro; FARIA, Magda Guimarães de Araujo; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; SILVA, Carine Silvestrini Sena Lima da; TEIXEIRA, Enéas Rangel; TEIXEIRA, Mirna Barros. O acesso da

população em situação de rua aos serviços de saúde: utopia ou realidade? **Revista APS**, v. 26, n. 1, p. 45-58, jan. 2023. Disponível em: <https://periodicosufjf.br/index.php/aps/article/view/e262342196>. Acesso em: 10 set. 2024.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/caminhos-da-saude-publica-no-brasil>. Acesso em: 10 fev. 2025.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. Serviço social e políticas urbanas: entre o conservadorismo e a viabilização de direitos sociais. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.15, n.2, p. 105-118, ago./dez.2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18452>. Acesso em: 17 jan. 2025.

GONÇALVES, A.; OLIVEIRA, C. V. O ACESSO À SAÚDE POR PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA. **Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. 859–879, 2024. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/3162>. Acesso em: 12 fev. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

IPEA. **Briga de família e desemprego são os motivos mais citados por pessoas em situação de rua para explicar sua circunstância**. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/14597-briga-d-e-familia-e-desemprego-sao-os-motivos-mais-citados-por-pessoas-em-situacao-de-rua-para-explicar-sua-circunstancia#:~:text=Pelo%20menos%2069%25%20da%20po>

pula%C3%A7%C3%A3o,brancos%20s%C3%A3o%2031%2C1%25.. Acesso em: 18 mar. 2025.

IPEA. **População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil.** 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil>. Acesso em: 08 set. 2024.

KLAUMANN, A. R. **Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do centro pop de Rio do Sul/SC.** Rio do Sul, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2025.

LAURELL, Asa Cristina (org.). Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo. São Paulo: **Cortez**, CEDEC, 1995. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-164176>. Acesso em: 15 ago. 2024

LUCAS, E. S. R.; MONTEIRO, M. G. **Nas margens do mundo livre: anti-vadiagem, punição e relações de trabalho do mundo lusófono no contexto da abolição e do pós-abolição.** 2020. Disponível em: https://www.encontro2020.rj.anpuh.org/resources/anais/18/anpuh-rj-erh2020/1600224585_ARQUIVO_c6b3d8f8b65ae435914e634573e37084.pdf. Acesso em: 01 jan. 2025.

MACHADO, Ricardo William Guimarães. A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. **Temporalis**, [S. l.], v. 20, n. 39, p. 102–118, 2020. DOI: 10.22422/temporalis.2020v20n39p102-118. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/28084>. Acesso em: 29 jan. 2025.

MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde.** 1Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. Disponível em:

<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf> Acesso em: 30 jan. 2025.

MENEZES, Debora Holanda Leite. A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. In: **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_POLITICA_DE_SAUDE_BRASILEIRA_OS_IMPACTOS_DA_DECADA_DE_90_AOS_DIAS_ATUAIS.pdf Acesso em: 15 ago. 2024.

MENEZES, Wagner de Araújo; SILVA, Rayane Nicole Sinfrônio da. **O princípio da integralidade na política de saúde: e o serviço social**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes de Atenção à Saúde**. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

NEVES, D. P. Habitantes de rua e vicissitudes do trabalho livre. **Antropolítica - Revista Contemporânea de Antropologia**, n. 29, 8 out. 2011. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/41742>. Acesso em: 14 jan. 2025.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Revista Temporalis** – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília: ABEPSS, ano 2, n. 3, jan./jul. 2001. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf. Acesso em: 15 out. 2024.

NOVAIS, Fernando Antonio e MELLO, João Manuel Cardoso de. **Capitalismo tardio e sociabilidade moderna**. História da vida privada no Brasil : contrastes da intimidade contemporânea. Tradução. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

PAULINO, Silvia Campos; OLIVEIRA, Rosane. **VADIAGEM E AS NOVAS FORMAS DE CONTROLE DA POPULAÇÃO NEGRA URBANA PÓS-ABOLIÇÃO**. Direito em Movimento, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 94–110, 2019. Disponível em: <https://ojs.emerj.com.br/index.php/direitoemmovimento/article/view/195>. Acesso em: 6 jan. 2025.

PEREIRA, Fabiano de Almeida. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA REDUÇÃO DE DANOS EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. v. 1 n. 1 (2018): **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22463>. Acesso em: 13 fev. 2025.

PEREIRA, Viviane Souza. Expressões da questão social no Brasil e população de rua: notas para uma reflexão. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 4, n. 1, p. 179-205, jul./dez. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/download/18194/9445/76131>. Acesso em: 15 out. 2024.

PRATES, Flavio Cruz; PRATES, Jane Cruz; MACHADO, Simone. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4054460.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2025.

REIS, Camila Ramos. PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. Rio de Janeiro, N. 58, p. 101-114, jul 2018.

RODRIGUES, Cristiane. **A construção social do vadio e o crime de vadiagem (1886-1906)**. 2006. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de História,

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/34/teses/CristianeRodrigues.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2025.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEIBERT, D.; MANGINI, F. da R. N.; KOCUREK, S. Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social. **Barbarói**, v. 1, n. 53, p. 272-290, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716>. Acesso em: 22 ago. 2024.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 22. ed. São Paulo: **Cortez**, 2002. Disponível em: https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulga%C3%A7%C3%A3o/LIVROS/Metodologia_do_Trabalho_Cient%C3%ADfico_-_1%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o_-_Antonio_Joaquim_Severino_-_2014.pdf. Acesso em: 09 jan. 2025.

SEVERO, R. **O Princípio da Integralidade da Política de Saúde**. Dissertação (Mestrado). UFPE: Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/10684> Acesso em: 30 jan. 2025

SILVA, Clécia Pereira Da; REGO, Claudjane Pereira; SILVA, Josenildo da; SOARES, Raquel Cavalcanti. Serviços de saúde e assistência social para a população em situação de rua na cidade do Recife: uma análise do serviço social. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018.

SILVA, S.C.T.; Takeiti, B.A.; Machado, K. S.. Ressignificando vidas: reflexões acerca da construção do cuidado em saúde do consultório na rua (CnaR) – contribuições da

terapia ocupacional. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. 2017. v.1(3): 366-385. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto9627

SILVA, Vanessa Costa. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória - ES**; contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4989> Acesso em: 31 jan. 2025.

SOUSA, Adrielly Pereira; MACEDO, João Paulo. População em situação de rua: Expressão (im)pertinente da “questão social”. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 35, 2019. DOI: 10.1590/0102.3772e35510. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/23295>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. 2013. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.1, p.44-56. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSMPk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2025.

TEIXEIRA, Alessandra; SALLA, Fernando Afonso; MARINHO, Maria Gabriela Da Silva Martins Da Cunha. Vadiagem e prisões correcionais em São Paulo: mecanismos de controle no firmamento da República. **Estudos Históricos (Rio de Janeiro)**, [s. l.], v. 29, n. 58, p. 381–400, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21862016000200381&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 03 jan. 2025.

VALENÇA, Manuela Abath. A construção social da vadiagem nos discursos jurídicos do início da era republicana. **Revista Brasileira de Sociologia do Direito**, [s. l.], v. 1, n. 2, 2014. Disponível em: <http://revista.abrasd.com.br/index.php/rbsd/article/view/30>. Acesso em: 02 jan. 2025.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. **O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO**

**SOCIAL E SEU REFLEXO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA
CONTEMPORANEIDADE** . 2015. Disponível em:

https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf. Acesso
em 13 mar, 2025.