

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
CURSO DE DIREITO

JEREMIAS VALFRÉ JUNIOR

**DIREITO A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
REFLEXÕES SOBRE ESSA PROBLEMÁTICA**

SÃO MATEUS
2019

JEREMIAS VALFRÉ JUNIOR

**DIREITO A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
REFLEXÕES SOBRE ESSA PROBLEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Samuel Davi Garcia Mendonça

SÃO MATEUS
2019

JEREMIAS VALFRÉ JUNIOR

**DIREITO A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:
REFLEXÕES SOBRE ESSA PROBLEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade Vale do Cricaré,
como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel Direito.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

**PROF. NOME COMPLETO
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
ORIENTADOR**

**PROF. NOME COMPLETO
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

**PROF. NOME COMPLETO
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

SÃO MATEUS
2019

A minha família, razão de minha
existência.
A Deus.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Samuel Davi Garcia Mendonça, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da ideia até a sua síntese.

Às Professoras. Jackeline Rocha e Rosana Julia Binda, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos meus amigos, queridos, que acompanharam a minha trajetória desde muito.

À Faculdade Vale do Cricaré pelo apoio na realização desta pesquisa.

A gente não quer só comida
A gente quer comida, diversão e arte
A gente não quer só comida
A gente quer saída para qualquer parte –
Titãs.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo uma análise dos direitos dos moradores em situação de rua, seu perfil e suas dificuldades. O direito à saúde para população em situação de rua no Brasil é produto de um processo de intensa militância da sociedade, existem grupos que dão assistência que lutam pelos direitos e a dignidade dessas pessoas para que elas possam ser vistas, e que seus direitos sejam efetivados. Para que a dignidade humana a essa parcela da sociedade fosse concretizada, em algumas capitais os consultórios médicos são levados até esses indivíduos, para tratar a sua saúde que por muitas vezes é negligenciada. Para articular tal empreitada de “saúde para todos”, a própria Constituição instituiu também como direito fundamental o Sistema Único de Saúde (SUS), que, por meio de políticas públicas, toma decisões políticas com o escopo de oferecer serviços a toda a população, inclusive as que vivem em situação a margem da sociedade, os que moram na rua. O objetivo da pesquisa foi de analisar a efetivação destas normas em moradores que se encontram em situação de rua. Mediante a uma revisão bibliográfica pode-se perceber que há muito a ser feito no que diz respeito a efetivar essas leis, coloca-las em prática, pois muitos moradores em situação de rua não procuram o sistema de saúde por medo ou por se sentirem invisíveis aos olhos da sociedade.

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

ABSTRACT

This research aimed to analyze the rights of homeless people, their profile and their difficulties. The right to health for homeless people in Brazil is the product of a process of intense militancy in society, there are groups that provide assistance that fight for the rights and dignity of these people so that they can be seen, and that their rights are realized. . For human dignity to this part of society to be realized, in some capitals doctors offices are brought to these individuals to treat their often neglected health. To articulate this “health for all” endeavor, the Constitution itself also established as the fundamental right the Unified Health System (SUS), which, through public policies, makes political decisions with the scope of offering services to the entire population, including those living on the fringes of society, those living on the street. The objective of the research was to analyze the effectiveness of these norms in homeless people. Through a literature review it can be seen that there is much to be done with regard to enforcing these laws, putting them into practice, because many homeless people do not seek the health system for fear or because they feel invisible. in the eyes of society.

Keywords: Health Policy; Right to health; Population in street situation; Dignity.

SIGLAS

Art	Artigo
CF	Constituição Federal
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSR	População em Situação de Rua
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ARTIGO 5º CONSTITUIÇÃO FEDERAL: DIREITO A SAÚDE	12
2.1 EFICÁCIA, PRINCÍPIOS INFORMADORES DA POLÍTICA PÚBLICA	12
2.2 INDIVÍDUO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	14
2.3 LEI 13714/18: ATENDIMENTO DO MORADOR DE RUA PELO SUS.....	17
2.4 PRESTAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL.....	18
3 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	21
3.1 CONSTRUÇÃO DO CONCEITO: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA....	21
3.2 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA E O JURÍDICO BRASILEIRO... 23	
3.3 DIREITO A MORADIA.....	26
4 OS DIREITOS HUMANOS	30
4.1 DIREITOS SOCIAIS INACESSÍVEIS	30
4.2 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	32
4.3 POLÍTICA DA INCLUSÃO AUSÊNCIA DE INCLUSÃO NAS POLÍTICAS . 35	
4.4 O SUS COMO UM NOVO DESENHO POLÍTICO.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

A importância do direito a saúde é incontroversa, pois seu objetivo é preservar vidas. No direito brasileiro a efetivação é feita por instrumentos normativos que compõem o direito Sanitário. Quando se fala neste, referindo as pessoas em situação de rua, estão referindo as leis que foram criadas para que essas pessoas tivessem um atendimento digno na saúde.

O Brasil no decorrer da sua história, foi marcado pela prisão dos direitos humanos, a história brasileira já começa a base da escravidão de povos que eram uma minoria, sem direito a nada, após abolição da escravidão, estes foram deixados como se fossem insignificantes, tratados com invisibilidade, e é nesta mesma omissão visual que hoje sofrem os moradores em situação de rua, insta destacar que o Brasil evoluiu em muitas áreas no campo jurídico também, entretanto as leis ainda não conseguiram efetivar com eficiência os direitos de todos.

O Brasil conquistou sua democracia a duras penas, é verdade que hoje vivemos em uma, contudo, está só torna-se plena quando todos têm acesso ao que lhe são de direito, isto envolve os direitos humanos e suas normas legais, direito a saúde, segurança, moradia, ou seja, o básico para sobrevivência de um indivíduo. As políticas criadas para atender os moradores em situação de rua foram com objetivo de facilitar que estes tivessem acesso ao sistema, reduzir as desigualdades que prejudicam essas pessoas que necessitam de um atendimento de digno, fazendo valer do princípio da dignidade da pessoa humana.

A finalidade do trabalho é trazer a reflexão das bases normativas, descrevendo seu conteúdo, sob análise crítica com ponto focal na concretização destas normas para os moradores que se encontram em situação de rua. Para que este objetivo seja alcançado é necessário identificar as políticas de saúde pública, discutir os avanços que ocorreram, quais as dificuldades encontradas para a efetivação desses direitos. É necessário para tal, entender que esses direitos foram conquistados pelo movimento nacional de população de rua – MNPR, que luta pelos direitos há anos. Desta forma indaga-se: O acesso à saúde é, de fato, oferecido a toda a população brasileira de forma igualitária?

A relevância do trabalho é exatamente trazer a reflexão, pois é necessária uma luta intensa para que se coloquem em prática as políticas de ações no que se refere à saúde dos moradores em situação de rua, é essencial que se fale no meio

acadêmico, é imprescindível que os movimentos sociais engajem na luta, é fundamental conhecer as necessidades dessa parcela da sociedade tão sofrida.

No tocante a metodologia, optou-se por uma revisão bibliográfica, buscando informações sistematizadas adequando-as aos objetivos propostos. A pesquisa analisou decretos, leis e resoluções no que refere aos direitos dos moradores em situação de rua e seus direitos com relação à saúde pública. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo usar de artigos, livros, revistas e teses já publicados que tenha relação com o tema (GIL, 2010).

2 ARTIGO 5º CONSTITUIÇÃO FEDERAL: DIREITO A SAÚDE

2.1 EFICÁCIA, PRINCÍPIOS INFORMADORES DA POLÍTICA PÚBLICA

Tendo que o direito a saúde é um dos direitos fundamentais, implica dizer que está vinculada aos poderes públicos que se referem aos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e que dessa forma não pode ser retirado nem mesmo por emenda constitucional, vale dizer também que no campo da magna carta, esses poderes tem a obrigação de fazer tudo o que for necessário para garantir e promover o acesso à saúde. (VER ROBERT, 1997).

De acordo com Canotilho (1013) os poderes Legislativo e Executivo, exigem que exista uma maior prestação de serviço possível no que tange aos direitos a saúde, isso implica que esses poderes tem o dever de trabalhar no desenvolvimento de políticas públicas de saúde para abranger o maior número de pessoas possíveis.

O poder Judiciário também tem participação diante das políticas públicas a serem definidas e implementadas, pois tem o dever de garantir que os indivíduos tenham direito a todas as extensões previstas pela lei conforme corroborado por Vianna (2011).

Entretanto este direito vai além do poder judiciário, no que se refere à distribuição de medicamentos, muitas vezes ficam presos em entraves administrativos, ocasionando turbulência na realização do serviço.

De acordo com o autor Castro (2006) negar o direito ou qualquer possibilidade do direito à saúde, implica sujeitar a força normativa da Constituição, que decorre em definir conteúdo jurídico da norma do direito fundamental, desta maneira fica superada a objeção segundo a qual, por princípio, é inviável o reconhecimento do direito a determinada prestação de saúde de forma que este direito exclusivamente alcançaria, em todos os casos e conjecturas, aquilo previsto nas políticas públicas definidas e executadas pelos Poderes Legislativo e Executivo. Essa defesa conjectura no direito à saúde, norma com eficácia restrita às atuações legislativa e administrativa, sem as quais não haveria como serem exigidas prestações positivas derivadas diretamente da Constituição. Desta maneira, entretanto, não procede, em face da força normativa da Constituição e dos termos do parágrafo 1º do artigo 5º da Constituição, bem como diante do estágio atual de desenvolvimento dos direitos fundamentais (CASTRO, 2006).

Somente a partir da Constituição Federal de 1988, de acordo com Barreto (2012) que houve a queda do modelo patrimonialista, e assim a dignidade humana tornou-se fundamento para o Estado Brasileiro, a partir dele tudo se desenvolve, tornou-se a sustentação.

Houve desta maneira o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, dando maior amplitude aos direitos fundamentais como, educação, moradia, assistência social e direito a saúde, em poucas palavras a dignidade da pessoa humana somente se efetiva quando ocorrem de fato os direitos fundamentais sociais (SOARES, 2010).

Faz parte da dignidade humana o direito a vida e dele que todos os outros direitos se derivam, desta forma pode-se dizer que se um indivíduo adoece ele tem direito a acesso a saúde independente da sua situação financeira e econômica. Deste ponto de vista o direito à vida é entender que o homem tem direitos a serem respeitados e protegidos pelos Estados (SILVA, 2011).

O Estado ainda conhece o direito à saúde no art. 196 da 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.

A iniciativa privada também teve a sua liberdade em prestar serviços à saúde, onde deu a opção aos cidadãos a optarem por planos de saúde, se carecer de um atendimento que seja mais eficaz as suas exigências ou necessidades, todavia ao escolher o setor de saúde pública serão atendidas nas mesmas condições como assegura o artigo 199 da Constituição Federal:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

O direito à vida é uma das cláusulas pétreas, aplicado a todos que estejam em solo brasileiro, e o órgão responsável para sua preservação é o Poder Legislativo, para que não existam ameaças alguns desses bens jurídicos tutelados.

2.2 INDIVÍDUO EM SITUAÇÃO DE RUA

A terminologia mais usada para definir as pessoas que vivem em situação de rua é PSR – População em Situação de Rua, que fatalmente leva a considerar como uma situação passageira, mas acaba sendo uma consequência difícil de reverter por diversos fatores, inclusive as desigualdades sociais, que cada vez mais elevam os níveis de pobreza do país (Silva, 2009).

Ao se referir à dignidade da pessoa humana, Alvarez (2009) corrobora que homem é simplesmente homem, independente da sua condição sexual, financeira, credo, etnia ou raça, tem e necessita ser tratado pelos seus semelhantes como iguais, no qual o próprio Estado de Direito assegura isso (ALVAREZ et al, 2009).

É dever do estado à consolidação dos direitos efetivos da cidadania, no que diz respeito aos direitos humanos, Piovesan (2003) demonstra que o Estado Brasileiro tem o dever de proteger seus civis e políticos, como programar meios para que a economia se desenvolva e ainda fornecer cultura ao seu povo. Referindo aos moradores em situação de rua ressalta que concerne ao Estado, desenvolver meios para que essas pessoas tenham acesso à saúde, educação e que tenham o que lhe é de direito, que é dignidade, para que não sofram nenhum tipo de discriminação (PIOVESAN, 2003).

É importante enxergar os seres humanos como seres em constantes mutações, mudanças e construções, estão em constante estado transitório, desta forma Mendes e Machado (2004) ressalta que cabe a todos entender os fundamentos de certas práticas sociais, ou o que levou ao um indivíduo a estar em determinada situação, sem julgamentos prévios, pois este tem seus direitos como qualquer outro cidadão, deste modo, merece respeito e necessita da reintegração social.

É importante entender que cada ser humano é dotado de capacidades únicas, tem suas próprias características e tudo isso necessita ser levado em consideração, quando se propõe uma política pública para o indivíduo que está em situação de rua, é algo mais extraordinário ainda, já que por se tratar de direitos humanos, abre um

compêndio de ideias, para entender a complexidade do que é o ser humano (ALVAREZ et al, 2009).

Quando se indaga a pertinência do direito do cidadão pelo vínculo direto estatal, subentende-se que este deveria gozar de todos os direitos que o deve lhe oferecer, mas ao olhar pela ótica do morador em situação de rua isto muda, pois estes não estão usufruindo de todos os recursos que inerentes a condição, Piovesan, (2003, p. 243) menciona a constrição federal de 1988 onde a – “Carta Magna do Direito do Estado Brasileiro todos os cidadãos são dotados de igualdade de direitos e deveres, mas na prática nem todos estes pressupostos se efetivam e muitas pessoas não acessam recursos básicos para a manutenção de sua existência.”

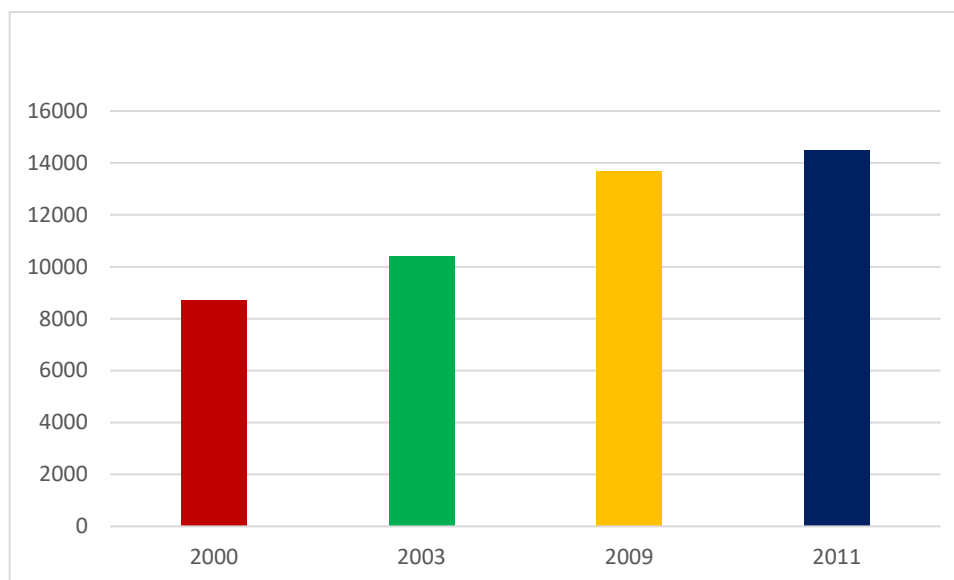
Alvares (2009) descreve as pessoas que vivem em condição de rua, como indivíduos com extrema instabilidade, na grande maioria são homens que não mantêm contato nenhum com a família, não tem contrato de trabalho, alguns usam abrigos para fazer as necessidades básicas inerentes ao ser humano, como banho e etc. Outros nem a esses locais recorrem, vivendo em pleno descaso, acabam vagando sem rumo, sem planos para um futuro, nem projetos de vida, completamente entregues a situação no qual se encontram.

O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) no ano de 2008 realizaram por meio do instituto Meta um levantamento sobre os moradores em situação de rua, descobriu-se que existe aproximadamente número de 31.322 pessoas em situação de rua, este número compreende apenas os maiores de 18 anos, sendo que foram identificadas em 71 cidades e em 23 capitais. Estados como São Paulo, com pesquisa própria identificou que existem 10.399 adultos em situação de rua; Belo Horizonte, 1.164; Recife, 1.390, e Porto Alegre, 1.203. Fazendo um cálculo aproximado de todas as capitais Brasileiras que tem mais de 300 mil habitantes, existe um número aproximado de 44.925 indivíduos em situação de rua (BRASIL, 2012).

Outros dados foram disponibilidades pelo instituto Meta, que dos moradores em situação de rua, 82% são homens que estão entre 25 a 44 anos de idade, quanto aos menores de idade não conseguiram dados concretos pois estes não quiseram responder as perguntas da pesquisa, mas estima-se que existem desde crianças de 8 anos nessa condição, principalmente nas grandes capitais Brasileiras onde o desemprego é muito grande (BRASIL, 2008).

O gráfico 1 abaixo segue o crescimento dos moradores em situação de rua na grande São Paulo desde o ano de 2000 até o ano de 2011:

Gráfico 1: Crescimento dos moradores em situação de rua (2000 a 2011)



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)

Segundo os dados fornecidos pelo instituto Meta, existem mais alguns dados a serem considerados, 69% dos moradores em situação de rua, dormem de fato na rua e apenas 22% dormem em abrigos, 8,3% sabem ler e escrever e terminaram o ensino fundamental, 35% declaram que moram na rua por causa do álcool ou por causa das drogas, 29% por causa do desemprego, ficaram sem casa ou foram despejados de onde moravam de aluguel, 27% são catadores de papelão ou metal, mas ainda assim não conseguem sair da rua com a renda, 52% ganham entre 20 a R\$ 80 reais por semana, e 15% tem como sua fonte principal de renda a esmola (BRASIL, 2012).

Tais dados provam a complexidade e a fragilidade de quem mora na rua, pois estão completamente expostos com a saúde fragilizada, sem acesso a trabalho, escolaridade baixa ou inexistente, além do estado inerte em meio às drogas que os fazem ainda mais vulneráveis, Almeida e Canhoto (2004) levantam reflexões acerca dessa população que vivem tão à margem da sociedade, com o sentimento de fracasso e como se a vida não fizesse sentindo algum, sem perspectiva nenhuma de melhora.

Existe muito ainda a se discutir acerca das condições de tais indivíduos, refletindo sobre os reais conceitos de dignidade da pessoa humana, de cidadania e principalmente sobre direitos humanos no que tange a extrema pobreza, Mendes e Machado (2004) salientam que apesar de morar em situação de rua, também são possuidores de direito como qualquer um, apesar da sociedade insistir em deixá-los a margem da sociedade, isto mostra que essa população que vive em situação de rua é um reflexo de uma sociedade excludente, que está marcada por este contexto que é histórico cheio de desigualdades sociais.

A PSR nunca participou de um censo para saber seu número exato, nunca foram incluídos nos censos periódicos efetuados no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Entretanto esta perspectiva está mudando, já que em 2020, existe uma preparação para incluir os moradores em situação de rua no próximo censo demográfico nacional (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2013).

2.3 LEI 13714/18: ATENDIMENTO DO MORADOR DE RUA PELO SUS

Art. 2º O art. 19 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo.”

Mesmo sendo o atendimento à saúde um direito de todo cidadão como discutido no tópico acima, somente em 2018 passou a vigorar a lei que veda a exigência de comprovação de residência para ter acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, esta lei serviu como amparo para os moradores em situação de exclusão social, conhecido como moradores de rua, contribuindo para que não exista a coibição ou discriminação da pessoa em função da sua condição social (SEIXAS, 2018).

Desta forma com a alteração na lei, esta conforme a universalidade e igualdade de qualquer indivíduo a ter acesso de forma facilitada a programas de saúde em especial ao SUS, de acordo com Mello (2010) o não atendimento dos moradores em situação de rua, ia de encontro diretamente a cláusula igualitária, causando desconfortavelmente a desigualdade entre os cidadãos brasileiros, o que era incompatível com a constituição brasileira. Esta lei busca ajudar não somente quem vive em situação de vulnerabilidade social, como mulheres que vivem em situação de violência doméstica e refugiados que ao deixar seu país perdem sua identidade, vivendo como refugiados.

Existe uma definição bem ampla que é da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), criado diretamente pela ONU, que define a saúde como completo bem estar tanto físico como mental, indo mais longe, considera a saúde como um princípio básico para se obter felicidade e relação harmônicas entre todos os povos (AITH, 2007).

2.4 PRESTAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde está assegurada na Constituição Federal como um direito de todos. O artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

O acesso à saúde pelo qual os direitos se tornam efetivo deve ser encarado como o requisito fundamental de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir direitos a todos. O acesso não é apenas um direito social fundamental, ele pressupõe um aprofundamento dos métodos utilizados para discernimento e aplicação da justiça.

Embora o acesso à saúde seja considerado um direito social básico, o conceito de efetividade é extremamente vago. Como traz Mauro Cappelletti (1994), “a efetividade perfeita, no contexto de um dado direito substantivo, poderia ser expressa como a completa ‘igualdade de armas’; essa perfeita igualdade, naturalmente é utópica”.

É importante frisar que a eficiência não se confunde com a efetividade nem com a eficácia. Castro (2006) explica tais diferenças: a eficiência refere-se “ao modo

pelo qual se processa o desempenho da atividade administrativa; a ideia diz respeito, portanto, à conduta dos agentes”.

A eficácia tem a ver “com os meios e instrumentos empregados pelos agentes no exercício de seus misteres na administração; o sentido aqui é tipicamente instrumental”. Por fim, a efetividade diz respeito aos “resultados obtidos com as ações administrativas; sobreleva nesse aspecto a positividade dos objetivos”.

A Constituição de 1988 trouxe a competência concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios para legislar sobre a saúde, adotando medidas políticas, sociais e econômicas para reduzir a mortalidade infantil, aumentar o cuidado com a higiene social, mental e física de toda a população e diminuir a incidência de doenças, competindo aos entes públicos defender e garantir o direito à saúde (BRASIL, 2014).

Assim, nos termos do artigo 24 da Constituição Federal de 88, compete à União legislar sobre assuntos federais, enquanto que para os assuntos específicos de cada localidade, competente será o Município correspondente. Também é possível a responsabilidade dos três entes, de acordo com o artigo 23 do diploma constitucional, haja vista que os cuidados com a saúde e a assistência pública são responsabilidade de toda a Administração Pública.

Em seu título VIII, a Constituição Cidadã 103 trata da ordem social e no capítulo II prevê a Seguridade Social que, conforme o artigo 194 “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A Seção II, composta por cinco artigos, é inteiramente destinada à Saúde, *in verbis*:

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.

3 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Existe uma diferença entre as expressões, dignidade humana e dignidade da pessoa humana, de acordo com Miranda (1998) a dignidade da pessoa humana está se referindo ao homem de forma individual, enquanto dignidade humana refere-se o homem como um todo, um conjunto que engloba todos os homens.

Os direitos chamados da primeira geração incluem a dignidade da pessoa humana, que é o ser humano, o sujeito de seus direitos. Desta forma sabendo a diferença entre dignidade humana e dignidade da pessoa humana, fica exposto que necessita preservar a dignidade humana para assim conseguir alcançar a dignidade da pessoa humana (CATORIA, 2001).

3.1 CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO: DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

De acordo o dicionário Houaiss (2010 p 256-257) a palavra dignidade significa "qualidade moral que infunde respeito; consciência do próprio valor; honra, autoridade, nobreza" ainda "qualidade do que é grande, nobre, elevado" como também pode significar "respeito aos próprios sentimentos, valores; amor-próprio". Desta forma, mostra-se que achar o significado de uma palavra tão ampla não é uma tarefa das mais fáceis.

De acordo com Sarlet (2012 p. 34), a palavra dignidade é subjetiva, pois é intrínseco da pessoa humana, pois cada um carrega em si o significado desta palavra, pois data desde o pensamento clássico até a era cristã.

Para Kant (2003) todo indivíduo tem um direito que é seu a ser respeitado por seus semelhantes, e desta mesma maneira deverá respeitar todos os outros indivíduos da mesma forma, desta maneira o significado de respeito se entrelaça com uma obrigação que todos deveriam ter, respeito recíproco. Assim faz-se uma ligação entre dignidade humana e sociedade ao ressaltar que:

A humanidade ela mesma é uma dignidade, pois um ser humano não pode ser usado meramente como um meio por qualquer ser humano (quer por outros, quer, inclusive, por si mesmo), mas deve sempre ser usado ao mesmo tempo como um fim, Ou seja, a dignidade estaria vinculada à ideia de o ser humano não ser usado ou usar outro ser humano como meio, mas sempre como um fim (KANT, 2003, p. 306).

Todas as reflexões dos estudos de Kant conectam a dignidade diretamente com o respeito, como a humanidade a racionalidade. Já que o indivíduo vive em comunidade lhe deve respeito para que assim seja respeitado. Já em outra

perspectiva, Bonavides, Miranda e Agra (2009), o conceito da dignidade humana além de amplo é bem complexo, pois os autores correlacionam juntamente como condição política, cultural e econômica, desta forma cada indivíduo exerce seus direitos de forma consciente e com liberdade. Fato a ser levado em consideração é que cada cultura tem sua própria influencia na definição e conceitos do que é ter dignidade.

Tanto Kant (2003) quanto Bonavides et al (2009) relacionam o conceito de dignidade como sendo algo quase perfeito, onde os seres humanos teriam seus direitos respeitados e preservados. Já o autor Bulos (2009) corrobora que a dignidade humana como alvo principal seria uma luta contra a intolerância e o preconceito dos menos favorecidos da sociedade, a ignorância como a exclusão social, desta forma ele salienta:

[...] a dignidade humana reflete [...] um conjunto de valores civilizatórios incorporados ao patrimônio do homem [...] pois seu conteúdo jurídico interliga-se às liberdades públicas, em sentido amplo, abarcando aspectos individuais, coletivos, políticos e sociais do direito à vida, dos direitos pessoais tradicionais, dos direitos metaindividuais (difusos, coletivos e individuais homogêneos), dos direitos econômicos, dos direitos educacionais, dos direitos culturais (BULOS, 2009, p. 392).

De acordo com Moraes (2015) a dignidade humana é o que dá direito e garantias que são fundamentais a vida, sendo de suma importância para a sobrevivência. Segundo o autor, transcende uma definição palpável indo para algo espiritual no que tange a "espiritualidade moral de cada indivíduo" (p 18).

Para muitos, o termo pessoa humano soa estranho, redundante, pois questionam quem seria a pessoa que não seja humana. Vários filósofos e estudiosos ao longo dos anos empenharam-se em conceber o homem como um ser racional que, diferentemente dos outros seres desprovidos de razão, existia como um fim e não como um meio.

Em virtude de ser um ser racional, o homem poderia ser chamado de pessoa, logo, pessoa humana. Essa pessoa humana seria dotada de um valor intrínseco, um valor próprio da sua essência. Esse valor intrínseco seria superior a qualquer preço e, por isso, não poderia ser apreçado ou substituído por coisa equivalente, já que – como dito – o ser humano seria um fim e não um meio passível de utilização e manipulação. Do que decorre que esse valor intrínseco seria um valor absoluto, uma qualidade absoluta, ou – finalmente – uma dignidade absoluta (MORAES, 2015).

O predicado fundamental do ser racional, ou seja, da pessoa humana, seria então essa dignidade absoluta, intrínseca ao ser; daí se falar em dignidade da pessoa humana. Estendendo-se o conceito filosófico, tem-se a ideia de que a dignidade de um ser humano não tem valor pecuniário, não há que ser trocada por qualquer outra coisa. A pessoa é fim em si mesmo, como já dito anteriormente, ela jamais poderá ser concebida como meio para chegar a alguma coisa.

Entende-se dessa forma que cada ser humano é único. É pessoa por ter características próprias em si, é insubstituível, por ter valor em si, isto é, goza de dignidade. A dignidade, por sua vez, não admite privilégios, e tão pouco é atribuído ou outorgado, mas sim uma característica do ser humano. Nasce de forma independente a qualquer condição social imposta ao ser humano (MORAES, 2015).

Desta forma é de grande importância teórica a dignidade da pessoa humana, assim basta analisar quando esta teoria se aplica a um grupo de excluídos da sociedade, ou seja, uma realidade específica.

3.2 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA E O JURÍDICO BRASILEIRO

Na Constituição Federal do Brasil de 1988 apresenta-se o princípio da dignidade humana, art. 1º, III, no título I como “Dos princípios fundamentais”, como base do Estado democrático, lado à soberania e cidadania, valores sociais inerentes ao trabalho. Desta maneira irá desenvolver o pensamento de como o princípio da dignidade humana se desenvolve no âmbito jurídico (BASTOS E MARTINS, 2001).

A dignidade da pessoa humana incluem todos os direitos que são fundamentais para a vida de um ser humano, os referentes à saúde de âmbito social e até mesmo econômico, Bastos e Martins (2001) argumentam que o indivíduo também é responsável por conferir dignidade a suas vidas, não se deixando cair na inércia esperando que a situação vá melhorar sem ao menos fazer um esforço mínimo para tal.

O estado necessita propiciar meios para que este possa desfrutar de um direito que é seu de forma legal, de acordo com Bulos (2009) gira em torno da humanidade do ser, a dignidade na pessoa humana é um dos direitos fundamentais, além de tudo por estar bem exposto na Constituição de 1988.

A complexidade do assunto abre brechas para interpretações e indagações entre autores, para Bulos (2009) a dignidade humana vai diretamente de encontro a moral do homem e seu reconhecimento perante a sociedade, isto significa, ser vista

com respeito diante os seus iguais. Entretanto Sarlet (2012) corrobora que o Estado não pode ser responsável pela situação que um morador em situação de rua se encontra, pois vem de escolhas inerentes dele, o autor alega que estatísticas mostram que o número de pessoas nessa situação de rua em mais que sua maioria é devido ao uso de drogas e álcool. Contudo Bulos (2009) defende que para um indivíduo chegar a uma situação decadente de estar em situação de rua, esgotou qualquer possibilidade de uma vida digna, e pela constituição o Estado é responsável pelo indivíduo em ao menos fornecer o que lhe é de direito básico, acesso à saúde, meios de ressocialização a sociedade.

A dimensão jurídica da dignidade da pessoa humana se esbarra num entravamento que, não se sabe se assumiria condição de princípio ou de regra, ou ainda princípio objetivo ou função de direito fundamental, de acordo com Marinoni e Mitidiero (2015) salienta que como não está incluída como direito e garantia fundamental, está desta forma como condição de princípio e valor fundamental, ou seja, isso não quer dizer de forma alguma que a dignidade não adote condição de regra.

A constituição Federal, diferente dos outros países colocou a dignidade humana como princípio do ordenamento, e não somente como direito fundamental. Sarlet (2012, p. 81) discorre:

A dignidade só exista na medida em que é reconhecida pelo Direito, entretanto, o grau de reconhecimento e proteção da dignidade dado pelo ordenamento irá influenciar no grau de realização e promoção do princípio. Frisa que a qualificação “da dignidade da pessoa humana como princípio fundamental”

Assim sendo que o princípio na constituição Federal é de conteúdo ético e moral e também uma norma jurídica positiva, de acordo com Sarlet (2012) carregada de eficácia.

Conforme defende Alexy (2009) existe uma divisão entre normas, regras e princípios, de maneira que existe um modelo no qual combina a ligação entre o nível de regras e o de princípios. Os que possuem certa relevância para as definições com base nos direitos que são fundamentais estariam no nível dos princípios. Estes tais princípios seriam os fundamentais, individuais e coletivos.

A regra e o princípio são duas normas da dignidade, entretanto afim de entendimento, o grau de certeza, as razões jurídicas, só farão o princípio da

dignidade humana prevalecer em relação a outros, levando em consideração que não será um princípio absoluto, tais informações são importantes para entender e identificar as características do princípio da dignidade humana que são levadas em conta no que se refere ao ordenamento jurídico brasileiro (ALEXY, 2009).

Conforme Marinoni e Mitidiero (2015) existem críticas no que se refere à dignidade da pessoa humana se enquadrar como princípio fundamental constitucional, contudo defende que o reconhecimento da condição normativa assume a feição de princípio ou até mesmo como regra, constitucional fundamental, desta maneira defende que tal reconhecimento concebe valor ainda maior a pretensão de eficácia e efetividade.

No que tange a dignidade da pessoa humana na teoria jurídica, se revela algo bem denso de ser entendido e até mesmo qualificado, a valia é de suma importância e na teoria é excelente, mas quando se desenvolve para a prática, percebe-se que o princípio não é tão simples de ser aplicado, desta forma acaba a se recorrer a ponderações e fundamentos quantificados (MARINONI E MITIDIERO 2015)

Existe uma forte relação entre dignidade humana e direitos fundamentais. Desta maneira pode-se considerar que a dignidade pode operar tanto como fundamento como conteúdo dos direitos, mas isto não significa que operará em todos os direitos e não da mesma forma, assim sendo existe uma evidência limite para a interpretação, nem todos os direitos necessitam se apoiar na dignidade da pessoa humana (SARLET, MARINONI E MITIDIERO, 2015).

O interessante dessa linha de raciocínio é que mesmo sendo o “princípio estruturante de todo o sistema constitucional, desta maneira também de todos os direitos fundamentais” (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2015, p. 261), de maneira alguma isto quer dizer que “todos os direitos individualmente consagrados no texto da Constituição Federal possam ser diretamente reconduzidos à dignidade da pessoa humana” (p. 261). Desta maneira não significa que tudo que estiver na perspectiva de direitos da pessoa humana vai se resumir a dignidade com relação à aplicabilidade deste princípio. Por isso, já traça assim um limite para aplicação deste princípio.

A constituição assegura o princípio, entretanto a positivação não irá garantir a efetivação, num primeiro momento pensa-se numa universalidade, podendo incluir a todos, entretanto quando passa para um segundo estágio percebem-se conflitos,

pois para a aplicação no sistema jurídico depende de vários fatores, desta maneira reconhecer a violação da dignidade, ela sendo um princípio e uma regra, é bem mais complexo.

Por ser fundamento da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana é consagrada no sentido de centralizar no indivíduo toda a organização estatal. A razão de ser do Estado brasileiro está fundada na pessoa humana e não nas classes, nas organizações religiosas, na propriedade ou em si próprias.

3.3 DIREITO A MORADIA

São fundamentos do estado democrático de direito de acordo com a constituição de 1988:

- A Soberania
- Cidadania
- Dignidade da pessoa humana
- Valores sociais do trabalho
- Livre iniciativa do pluralismo político

Deste modo, estabelecer esses fundamentos transfere ao estado uma responsabilidade enorme além de um compromisso social, de que serão feitos todos os mecanismos disponíveis para facilitar a efetivação de tais institutos mantendo o Estado Democrático de direito (INÁCIO, 2002).

De acordo com Inácio (2002) mesmo sendo enumerados os direitos fundamentais, a Constituição não é de maneira alguma taxativa, pois no parágrafo segundo, abre a possibilidade de existir outros direitos que são fundamentais. A constituição foi atribuída um compromisso de assegurar que o ser humano tenha condições mínimas para viver, garantido constitucionalmente, inclusive a dignidade mínima do ser humano (INÁCIO, 2002).

Os direitos sociais fundamentais, como educação, saúde e alimentação e moradia, entre outros estão assegurados no artigo 6º da constituição federal brasileira, entretanto um ponto a salientar é que o direito à moradia foi inserido posteriormente em 14 de fevereiro de 2000 com uma Emenda Constitucional de número 26 (BRASIL, 2000).

Em 1976, houve a primeira Conferência das Nações Unidas, realizada em Vancouver onde foi pautada nos direitos humanos, a segunda foi em Istambul em 1996 onde ocorreu uma declaração muito importante, abordou-se o assunto “Moradia Adequada para Todos”. Assim sendo no artigo 7º assegura:

Como os seres humanos são o cerne da nossa preocupação com o desenvolvimento sustentável, eles são a base para as nossas ações na implementação da Agenda Habitat. Reconhecemos as necessidades especiais das mulheres, crianças e jovens por condições de vida seguras e saudáveis. Deveremos intensificar nossos esforços para erradicar a pobreza e a discriminação, para promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todos e garantir as necessidades básicas, como educação, nutrição e serviços de saúde vitalícios e, principalmente, moradia adequada para todos. Com essa finalidade, nós nos comprometemos a melhorar as condições de vida em assentamentos humanos de forma consonante com as necessidades e realidades locais, e reconhecemos a necessidade de abordar as tendências globais, econômicas, sociais e ambientais, para garantir a criação de melhores ambientes de vida para todas as pessoas [...] (BRASIL, 1996, s/p)

A ONU tem seu papel de grande importância em discutir os direitos humanos a nível mundial, trazendo a luz aos países, pois abordar aspectos como direito à moradia, está diretamente ligada a conceder ao indivíduo o direito à dignidade humana.

3.3.1 Características na aplicação do direito à moradia

Acompanhar as mudanças sociais é muito importante para o direito, e torna imperativo para que possam cumprir e estudar as evoluções que acontecem no contexto social, de forma que sejam aplicados de acordo a cada caso quando necessário de maneira concreta. Quando se analisa uma circunstância *in concreto*, é importante para o direito em determinados assuntos que demandam do Estado ações negativas, que sejam não dar ou não fazer, de forma que em outros necessitam ações positivas, como dar e fazer, entretanto no que voga aos direitos sociais não pode ser taxativo (SARLET, 2002).

Hoje é conhecida a classificação dos direitos fundamentais que são os de defesa (negativos) e os direitos de prestação (positivos), é válido ressaltar que todos os direitos independentes de quais podem ser positivos ou negativos. No que se refere ao direito à saúde pode dependendo do contexto ao qual for trabalhado, pode ser tanto positivo como negativo, uma forma de exemplificar é se alguém quer fazer

algo que fere o direito a saúde, ou a vida, assuntos polêmicos como religiosos, já tramitaram na justiça, tendo às vezes resultado tanto positivo como negativo ao requerente (SARLET, 2002).

Entretanto, se algum morador em situação de rua em uma situação de saúde grave requerer o pedido de saúde cabe ao Estado à efetivação deste direito, um tratamento que potencialmente caro, ou que nem exista algum medicamento no Brasil, ou o mais variados tipos de exames, é um direito dele requerer na justiça, entretanto cabe a justiça decidir de forma positiva ou negativa, caso seja inviável (SARLET, 2002).

Quanto a moradia, assim como os outros direitos sociais, requer profunda análise, sobre ser ou não responsabilidade do Estado, são concedidas pelo Governo, planos habitacionais, existem metas traçadas pelo município para alocação destes moradores em situação de rua, existem ainda os planos estaduais e federais, ainda existe os financiamentos para se obter uma casa própria, entretanto sendo este cidadão um morador em situação de rua, dificilmente consegue alcançar um financiamento deste tipo, todavia, cabe ao Governo planejamento para exista mais empregos, pois somente desta forma os moradores nesta situação poderá, ter um pouco de dignidade social é o que argumenta Freitas (2005).

De acordo com Freitas (2005) a importância do direito à moradia é fundamental, pois um o indivíduo sem lar é como uma pessoa sem identidade, tendo impacto psicológico, mexendo com a estabilidade emocional, não sabendo o que o amanhã trará é desgastante, existe a necessidade do direito social fornecer essa assistência a essa população tão desamparada de direitos.

O direito à moradia vai muito além de ter um teto sobre a cabeça, mas é pensar em um lar com dimensões adequadas as necessidades de uma família, com acesso básico a higiene e saúde, algo que preserve a intimidade pessoal, nada mais do que já se prevê no artigo 65 da constituição portuguesa, e é o que ressalta Bonavides (2010). Já a constituição espanhola define lar como sendo digna e adequada no artigo 47. São apenas exemplos do que venha a ser moradia em outros países, mas agora o direito à moradia está inserido na constituição brasileira, entretanto necessita existir normas e princípios para tais.

Se ela prevê, como um princípio fundamental a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), assim como o direito à intimidade e a privacidade (art. 5º, X), e que a casa é um asilo inviolável (art. 5º XI), então tudo isso

envolve, necessariamente, o direito à moradia. Não fosse assim seria um direito empobrecido (BONAVIDES, 2010, p. 314)

Santos (2005) alega que o direito à moradia na interpretação do Estado brasileiro é os moradores em situação de rua terem acesso a albergues, casas de passagem, que são considerados por muitos como casas de referência, estes lugares são vistos por muitos em situação de rua como um resgate a sua dignidade, e um recomeço para suas vidas.

A legislação acerca dos moradores em situação de rua só virou preocupação governamental recentemente, de acordo com Figueiredo (2011) o decreto-lei de número 7.053 de 23 de dezembro de 2009, onde começou-se um acompanhamento mais eficaz dessa realidade no país. O artigo 5º do decreto 7.053 declara que seja respeitada a dignidade da pessoa humana, quais sejam as suas situações, que o estado lhes deve atendimento humanizado, sem quaisquer distinções de raça. Idade ou orientação sexual e religiosa (FIGUEIREDO, 2011).

O artigo 6º da Política Nacional descreve as diretrizes previstas de forma clara a atuação e maneira de abordar tal população em situação de rua para que se resolvam suas questões como lhe são de direito. Antecipa diretrizes tais como:

[...] III - articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
IV - Integração das políticas públicas em cada nível de governo;
V - integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;
VI - Participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas; [...].
(BRASIL, 2009, s/p)

É de responsabilidade de todos os órgãos federativos a implementação dessa lei, todos os estados isoladamente, quando necessário em conjunto, precisam trabalhar para assegurar que esses moradores de rua tenham seus direitos atendimentos de maneira assertiva e palpável (GRINOVER, 2014).

O direito à moradia não deve somente a referir aos planos de financiamento habitacional nem tampouco assentamentos temporários para esses moradores, o Direito é a chave para que se organizem políticas públicas que auxiliem cada município a agir da melhor maneira com esse indivíduo que já é tão privado dos seus direitos, para que preserve sua dignidade de cidadão, com planos que retirem dessa situação de rua, integrando-os a sociedade (GRINOVER, 2014).

4 OS DIREITOS HUMANOS

4.1 DIREITOS SOCIAIS INACESSÍVEIS

Existem mecanismos que asseguram os direitos Humanos na sociedade, estão eles descritos na constituição Federal de 1988 descreve os direitos a moradia, saúde, educação entre outros, contudo esses direitos não abrangem toda a sociedade, pois existem alguns indivíduos que devido a diversas situações intrínsecas a ele decidiram viver de forma diferente das que foram preestabelecidas pela sociedade (VARANDA, 2014).

Houve grandes avanços desde a Constituição de 1988, conforme Palazzo (1998) o Estado ganhou mais autonomia decentralizando o que conquistou uma política social mais acessível, entretanto como o Brasil nunca foi unificado quanto as suas lutas sociais, surgiram diversos movimentos sociais, os dos direito as mulheres, dos negros, e os movimentos ecológicos, esses grupos lutam pela igualdade, pelos seus direitos e cidadania.

No que reflete as tomadas de decisão, possibilitou a sociedade civil participar da vida política do país. Entretanto o processo de organização da sociedade civil ainda é bastante lento no que diz respeito a população de rua, muitos não tem documentos o que os deixam excluídos de participar efetivamente no seu direito de voto, escolha de representatividade, isto só aumenta a humilhação social no qual já está exposta (PALAZZO,1998).

As políticas tradicionais acabaram indo de encontro aos direitos no que se refere às lutas sociais, desta forma surgiu um processo histórico que deu origem a Reforma Psiquiátrica Brasileira da atualidade, com o objetivo de integrar e devolver o direito à cidadania aos excluídos oferecendo-os o apoio necessário para sair da situação de profunda dor emocional ao viver em uma condição de extrema pobreza, de acordo a isto Tenório (2002, p 361):

[...] a Reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é a obra de atores muito diferentes entre si. É um movimento de reformulação dos conceitos e práticas precárias ligadas a realidade de sujeitos considerados uma ameaça ao convívio social, possibilitando um olhar crítico e transformador de um sistema opressor, e de comportamentos e ações que discriminam e marginalizam os sujeitos e sua forma de vida.”

O capitalismo que tanto impera nas sociedades, interage diretamente com a população que vive na rua, pois a falta de recursos destes só aumentam as

desigualdades sociais. A população de rua já se organiza em algumas partes do Brasil para escrever tanto seus princípios quanto suas percepções pela maneira como vivem, em uma parte desta cartilha elaborada afirmam ““ é como se houvesse uma parede invisível, separando duas cidades. Uma, onde tudo é possível. Outra “onde tudo é negado: proteção, privacidade, água, alimentação, aconchego, banho”. (BRASIL, 2010) Estes moradores de ruas, lutam por direitos onde vivem e são completamente invisíveis para o restante da sociedade, é como se gritassem no escuro, é uma luta diária e constante para sua sobrevivência.

De acordo com Sotero (2011) as políticas criadas para a população de rua nada mais é do que desloca-los de praças onde espantam os turistas que vem de fora, para abrigos que não comportam a capacidade de seres humanos que são jogados nestes lugares, com promessas de um lugar para morar, ou um teto para dormir. São essas ações que estão inseridas no dia a dia da população de rua, a dificuldade de a dignidade ser atendida, o descaso do estado frente aos seus problemas.

Araújo (2012) argumenta que para quem está no poder é muito mais fácil culpabilizar a vítima por estar nesta situação tão vulnerável, o que fere diretamente a dignidade do ser humano, que está fragilizado por uma situação que não consegue mudar sem auxílio. Desta forma, mais do que nunca se torna importante a organização que se reivindique os direitos, tanto para elaboração como efetivação das políticas públicas voltadas a solucionar os problemas de forma permanente, não temporariamente.

Os espaços destinados para os que moram em suas são viadutos e ruas, isto em si já prova a humilhação diária que estes vivem, o tão sonhado emprego que todo mundo almeja, está reservado para o de boa aparência, bem vestido, a uma classe que é dominante que escreve e subscreve as regras, não tem espaço para os que vivem à margem da sociedade (VARANDA, 2014).

O sentimento da dignidade parece desfeito. Deixa de ser espontâneo. É preciso um esforço de atenção para conservá-lo. Um esforço nem sempre eficaz para o humilhado — o proletário não é humilhado porque sente ou imagina sê-lo: o sentimento e a imaginação estão fincados numa situação real de rebaixamento. A situação imediata é sempre a situação mediada pela longa história de rebaixamento que atravessa sua classe e atravessa sua família. Na condição proletária, a submissão é que se torna espontânea. Diríamos melhor: torna-se automática (GONÇALVES, 1998 p 20).

O ambiente vivenciado nas grandes cidades principalmente caracteriza aos moradores em situação de rua sofrimento e exclusão em larga escala, as desigualdades os estigmas e até mesmo os traumas que estes vivem são fatores que influenciam diretamente nas relações interpessoais desses indivíduos, diante das dificuldades em se sentirem incluídos mediante as políticas sociais existentes (VARANDA, 2014).

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

De acordo a Wanderley (2000), uma coisa só torna um problema quando é percebida pela sociedade, e assim inicia-se a busca de maneiras para atenuar aquela questão, foi o que se realizou em 2009, um levantamento acerca dos moradores de ruas com a finalidade de conhecer não somente suas características, mas suas vulnerabilidades, afim de criar políticas públicas que sejam eficientes a essa parcela da população.

Após várias reuniões e discussões sobre a população de rua, os resultados obtidos pela MDS foi possível desenvolver diretrizes Nacionais, inclusive chegando a uma definição do que venha a ser morador em situação de rua como:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia regular, que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (MDS, 2009, p. 01).

Desta forma a população em situação de rua necessita de gestores que assegure a proteção destes levando em consideração os direitos humanos, por conseguinte, o quadro abaixo associa cada parte do direito que é do cidadão com o que é possível proporcionar a essa população tão sofrida, possibilitando proporcionar ao menos o mínimo para sua sobrevivência (PNAS, 2004).

Quadro 1: Direitos do cidadão em situação de rua

DIREITOS HUMANOS	EXEMPLOS DA PLATAFORMA
Civis	INTEGRIDADE FÍSICA E MORAL - Direito de dispor do próprio corpo, liberdade de expressão, locomoção, segurança e inclusão.
Políticos	DELIBERAÇÃO DO HUMANO SOBRE SUA VIDA - Prática política, religiosa, pensamento, opinião, participação na vida pública, escolha, convivência com os outros.
Econômicos	BOLSA SOCIAL- Criação do Fundo Municipal de Direitos Humanos, para prover e assegurar o acesso a todos, com direito ao transporte coletivo, casa aberta, refeições, vestuário, inserção digital, vale cultura etc.
Sociais	ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES BÁSICAS - Direito a um salário social, relativo ao direito à alimentação, saúde, cuidado, educação, habitação etc.
Culturais e das minorias	ACEITAÇÃO DAS DIFERENÇAS E DIVERSIDADES - Políticas de inserção que reconheçam o caráter heterogêneo da sociedade e dos diferentes grupos, desmarginalizando-os, e não de políticas de integração que geralmente buscam um grande equilíbrio social, uma homogeneização.
Pessoais	RECONHECIMENTO DA PRÓPRIA HUMANIDADE - Produzir uma autoimagem corporal favorável, marcada por sentimentos de adequação e apreciação

Fonte: Farias (2010)

A política visa integrar essas pessoas em situação de rua as duas famílias, reintegrando a sociedades por meios de programas sociais colocando em práticas as políticas dos direitos humanos, no qual visa a dignidade da pessoa humana, é para isso que a lei orbita a sociedade, a garantir que os direitos dos cidadãos sejam cumpridos (YAZBEK, 2012).

De acordo com Silva (2009), programas como bolsa família, tem sido de grande valia para que famílias possam sair da extrema pobreza, apesar do valor ser até ilusório para sobrevivência, este é o máximo que a pessoa terá em um mês para ajudar com as despesas, por muitos não conseguirem se manter com tão pouco, acabam recorrendo a rua, o que é humanamente terrível, pois rua não é lugar de moradia de crianças, desta forma a importância de Políticas públicas eficazes não somente no que tange a geração de trabalho e renda, como também moradia e saúde.

Todo cidadão é dotado do direito de ir e vir, desta forma forçar ou intervir para que os moradores de ruas se acolham em casas de abrigos ou casas de passagens, pois estes apenas sentem-se transferindo a dependência, da rua para a casa de abrigo (YAZBEK, 2012).

Ainda hoje, conforme ressaltado por Akerman et al. (2014), no tocante aos moradores em situação de rua, as leis na teoria estão bem longe da prática, pois a lei na escrita não prevê as inúmeras circunstâncias na qual tais pessoas vivem, seus motivos e etc. Fornecer abrigos, direito a saúde mesmo sem documentos já é um passo, ainda pequeno para o que necessita. A própria justiça em outros setores sofre com o que está escrito em lei e a real prática dela, pois existem limitações, quando se escreve se pensa em situações discrepantes das práticas (BONALUME, 2011).

O governo nunca chegou intervir de fato no que se trata aos direitos dos que moram em situação de rua, algumas vezes estes vão de encontro aos princípios recomendados na Política Nacional de inclusão:

- I - Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos;
- II - Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais;
- III - Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade;
- IV - Não-discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória;
- V - Supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua (BRASIL, 2008, p. 14).

Esses princípios assumem um compromisso que o governo possui com a assistência social, preservar a saúde mental e física do indivíduo independente da sua condição social, entretanto não somente o governo Federal responsável, os estaduais e municipais principalmente, necessitam trabalhar em conjunto para resolver ou ao menos dar mais dignidade a essas pessoas em condições tão precárias (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2006).

Na verdade, a expressão direitos humanos é normalmente utilizada para se referir aos valores e direitos consagrados em tratados internacionais. Por sua vez, a expressão direito fundamental é empregada para fazer menção ao mesmo conjunto de direitos, quando inseridos na Constituição. É muito importante ter em mente que ideias como liberdade, igualdade, justiça e tratamento digno às pessoas sempre permearam as diversas civilizações de que temos notícia por meio da História. Em maior ou menor grau, é possível visualizar tais valores em quase todos os povos, embora nem sempre protegidos pela força da lei ou de um sistema legal.

Declarado no art. 5º da Constituição Federal de 1988, que é o da igualdade entre os homens. A base do princípio é que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza". Assim, deve-se igualar os desiguais levando em conta suas diferenças. Não é tão difícil perceber que não pode a legislação processual tratar de modo invariavelmente igual os litigantes, desconsiderando as distintas condições de cada um deles. Se em dado momento o faz é apenas porque o interesse daqueles que mais sofrem com a desigualdade real não conseguiu ainda impor-se ou, pelo menos, adquirir relevância suficiente para merecer a atenção do legislador.

4.3 POLÍTICA DA INCLUSÃO OU AUSÊNCIA DE INCLUSÃO NAS POLÍTICAS

Como anteriormente explanado durante o percurso deste trabalho, os moradores de rua são habitantes anônimos da vida, sem empregos, sem acesso a saúde, não participantes da sociedade e suas decisões, é um dos maiores desafios para as políticas públicas de acordo com Rosa (2005), pois estes muitas vezes apesar de encontrar nessa situação, não desejam sair dela para viver a custas do governo, seria apenas uma troca de dependência.

Além da situação nada confortável, estes nômades urbanos ainda sofrem com a discriminação, por muitos de acordo com Carneiro (2010) são considerados supérfluos a sociedade, não deveriam existir, pois apenas enfeiam o centro das grandes cidades, indo um pouco mais além, Varanda (2004) argumenta que em uma pesquisa feita com comerciantes de uma grande metrópole, a resposta de alguns eram que tais deveriam ser considerados como os resíduos sólidos, ou seja, descartados em lugares longe da cidade, onde a sociedade não possa ver e se incomodar.

Desta forma o indivíduo caminha da integração a insegurança de se viver para a invisibilidade e enfim inexistência social, são como que esses humanos não vivessem, não existissem é o que afirma Escorel (1999). Contudo a CF assegura todos os deveres, mas na realidade não enxerga a extinção deste problema, Marques (2014) que nem mesmo o governo tem a dimensão da invisibilidade dos moradores sem situação de rua no Brasil.

Para qualquer cidadão o acesso ao serviço público hoje é demorado, muitas vezes é necessário chegar muito cedo para se conseguir uma vaga, agora para um

morador de rua que nem documento muitas vezes possui, tudo se torna ainda mais complicado, não sabe quando vai ser atendido, não sabe quando fará a próxima refeição, nunca sabe como será o amanhã, outro fator comentado pelo Aristides (2009) é que o morador de rua ainda chega nestes locais para ter atendimento com roupas sujas, muitas vezes sem banho, o que causa não somente olhares de repulsa como cara de nojo, isto não é somente sentido, como externado em um mal atendimento por causa da sua condição.

De acordo com Carneiro (2010) a forma de como são tratados nestes locais que deveriam ser de acesso a todos por direito, fazem com que cada vez menos esses busquem os serviços médicos, o que torna ainda pior a sua condição, pois além de não ter um teto, a doença acentua sentimentos negativos de inutilidade.

Todo este transtorno no atendimento primário ao indivíduo em situação de rua o faz com que sofra muito em silêncio e só volta quando está em risco sua vida, é o que comenta Borysow (2013), o instinto de sobrevivência fala mais alto do que qualquer dignidade que a pessoa possa ter, ferindo o orgulho muitas vezes essas pessoas quando chegam a emergência já estão em situação irreversível.

Não necessita um programa de saúde desenvolvido apenas para moradores de rua, pois o SUS existe exatamente para isso, atender a todos sem diferença, é o que rege nossa legislação, igualdade, entretanto é necessário sim preparar o sistema de saúde para receber essas pessoas com a devida dignidade que elas merecem (ROSA, 2005).

É necessário que o sistema de saúde pense em uma nova abordagem a essa população, para que exista de fato a equidade nos acessos aos direitos à saúde, pois este grupo necessita ser não apenas de visibilidade, como também, maior cuidado (CARNEIRO, 2010).

De acordo com Carneiro (2010) seria uma forma de aplicar de fato o direito da equidade, que ao invés do morador em situação de rua ir a Postos de saúde, profissionais da área irem até eles, dando-os a decisão de escolha de querer ou não receber atendimento médico. Marques (2014) discorre que atitudes como está já foram desenvolvidas em algumas capitais do Brasil, onde houve tratamento dentário, cortes de cabelo, banheiros populares e distribuição de kits básicos de higiene, isto é algo que deveria ser feito com frequência, pois desta forma a constituição de 1988 no tocante a dignidade da pessoa humana e equidade estariam sendo colocadas em prática.

A saúde ir ao indivíduo ao invés deste ir até o sistema de saúde e muitas vezes ser hostilizado, de acordo com Reis (2011) é um começo para as políticas de equidades, entretanto ainda falta a integração desde cidadão a sociedade, empregos e moradias são necessários para esta condição de rua seja algo, momentâneo e não duradouro. Marques (2014) discorre que o atendimento dos moradores em condições de rua pelo SUS, só foi possível depois de muito debate e discussão, inclusive por iniciativas religiosas, onde atua juntamente com ONGs que ajudam essa parcela da sociedade. Muito se discutiu e ainda necessita ser debatido, no que se refere a esta parcela da população brasileira.

De acordo com Souza (2007) no que tange as políticas de saúde pública, ainda existem grandes problemas no acesso a população de rua, um completo desamparo social, as políticas não conseguem integra-los a sociedade. O grande desafio é o que corrobora Carneiro (2006), que estabelece a redefinição de políticas públicas que sejam coerentes de acordo com as necessidades destes moradores.

4.4 O SUS COMO UM NOVO DESENHO POLÍTICO

O novo desenho político-institucional faz referência à ideia de que a implantação do novo sistema de saúde, agora universal, deveria se dar de forma inovadora, com estruturas ágeis e compatíveis com as novas tarefas e os novos compromissos do sistema. Deveria superar, do modelo anterior, a fragmentação institucional, o centralismo gerencial, o padrão burocrático de decisão e a execução de ações, onde qualquer um em qualquer situação pudesse ter acesso aos sistema de saúde sem passar pela parte da burocratização, tendo em vista que boa parte dos moradores em situação de rua não têm documentos de identificação, e por isso muitas vezes não conseguem atendimento no SUS (MELO, 2018).

A remodelação institucional proposta foi concebida sob a inspiração de um novo padrão de relação Estado-sociedade, de forma a viabilizar a responsabilidade pública sobre a saúde. Ao desenhar uma nova forma de exercer a gestão pública de saúde buscando melhorar o desempenho do Estado, podemos dizer que a Reforma Sanitária antecipou alguns dos preceitos que mais tarde estariam presentes na Agenda de Reforma do Estado, pelo menos nas suas prescrições mais voltadas a melhorar o desempenho estatal no exercício da responsabilidade pública. E buscou

um novo formato de Estado, de modo a favorecer sua agilidade e permeabilidade à sociedade (MELO, 2018).

Além da unificação dos comandos institucionais, as categorias que deram eixo ao novo desenho foram a descentralização e a participação. Os marcos aqui são dados pela Lei. n. 8.080/90 e pela Lei 8.142/90, que detalham o desenho e estabelecem os mecanismos operacionais para a descentralização político-administrativa e para a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde. Quanto à unificação/descentralização, a legislação é bastante clara ao definir a situação-objetivo da direção única em cada esfera de governo. A Lei n.8.080/90 define seu artigo 7º diversos princípios, entre os quais: [...] IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Na sua operacionalização que, como vimos, já se desenvolvia desde os SUDS, o processo de descentralização engendrou, para resolver o problema das relações entre as esferas governamentais, novos espaços institucionais que foram chamados de Comissões Inter gestores: uma no plano federal, chamada Tripartite (reunindo em igual número representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems); e uma no âmbito de cada unidade federada, chamada Bipartite (reunindo em igual número representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do COSEMS de cada unidade federada).

A participação é manifestada na obrigatoriedade da constituição de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e na sua definição como membros do Poder Executivo. A Lei n. 8.142/90, como vimos, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Em seu artigo 1º, parágrafo 2º, constatamos que: O conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2016)

Sendo assim, podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um organismo oficial do Poder Executivo. O chamado caráter paritário decorre de regras de composição dos Conselhos: a metade do conselho deve ser constituído de representantes dos usuários e a outra, de setores que oferecem e executam os serviços, ou seja, um conjunto composto pelos profissionais, pelos prestadores de serviços e pelos representantes governamentais.

4.4.1 Competência do Distrito Federal, do Ministério da Saúde nas especificidades à saúde da família

De um lado, ao adotar-se uma política de saúde com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, ou seja, para além dos cuidados com a doença, as informações de interesse para esse gestor possuem um escopo bem maior que os dados de morbimortalidade. Por outro lado, a produção e a disseminação, de informações em saúde vêm se processando em um contexto fragmentado e fragmentador, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado. (MORAES,1994).

Cabe destacar, também, os avanços significativos que vêm sendo observados nos mecanismos de disponibilização eletrônica dos dados. No plano intersetorial, o IBGE vem aperfeiçoando suas pesquisas e estudos e as formas de acessá-los. O mesmo ocorre com o Ministério da Saúde, com destaque para o Departamento de Informática do SUS (Datasus), ligado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

No âmbito do Ministério da Saúde, os diversos sistemas de informação existentes foram desenvolvidos sem qualquer preocupação com padronização, embora nos últimos três anos venham sendo feitos alguns movimentos nesse sentido, envolvendo principalmente aqueles considerados essenciais para o planejamento e o monitoramento de ações e serviços no âmbito do SUS, como o monitoramento daqueles que não possuem residência fixa, os conhecidos como moradores em situação de rua (COSTA, 2007).

Esses sistemas, de base nacional, passaram a ser de alimentação obrigatória, para estados e municípios, por decisão da Comissão Inter gestores Tripartite em distintas ocasiões, decisão essa operacionalizada por meio de portarias ministeriais.

Declarado no art. 5º da Constituição Federal de 1988, que é o da igualdade entre os homens. A base do princípio é que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza". Assim, deve-se igualar os desiguais levando em conta suas diferenças. Não é tão difícil perceber que não pode a legislação processual tratar de modo invariavelmente igual os litigantes, desconsiderando as distintas condições de cada um deles. Se em dado momento o faz é apenas porque o interesse daqueles que mais sofrem com a desigualdade real não conseguiu ainda impor-se ou, pelo menos, adquirir relevância suficiente para merecer a atenção do legislador (COSTA, 2007).

Parte-se, portanto, da premissa de que a igualdade não significa homogeneidade. Daí, o direito à igualdade pressupõe e não é uma contradição, o direito à diferença. Diferença não é sinônimo de desigualdade, assim como igualdade não é sinônimo de homogeneidade e de uniformidade. A desigualdade pressupõe uma hierarquia dos seres humanos, em termos de dignidade ou valor, ou seja, define a condição de inferior e superior; pressupõe uma valorização positiva ou negativa e, portanto, estabelece quem nasceu para mandar e quem nasceu para obedecer; quem nasceu para ser respeitado e quem nasceu só para respeitar.

4.5 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Visando executar os ditames da CF/88 e da lei que organiza o SUS e para enfrentar as iniquidades e as desigualdades em saúde que afetam a PSR, há a urgência do governo público normalizar a execução do direito à saúde para as indivíduos em situação de rua, adaptando os dispositivos genéricos da referida lei para as características peculiares desse estrato populacional.

Desta maneira é necessário minuciar, regularizar como será implementada a política social que fará com que a saúde da PSR seja promovida, protegida e reparada, como dispõe a CF/88, em seu texto 196. Este detalhamento vem sendo realizado por atos normativos de direito administrativo, normas emanadas por agentes do Poder Executivo federal e não pelo Poder Legislativo Os órgãos e instituições estatais que vem exercendo essa regulamentação.

As normas de direito sanitário especificadamente relacionadas à PSR são administrativas e estão listadas a seguir:

- a) decreto federal nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (PNPR);
- b) portaria GM/MS nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, que instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua;
- c) portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criando as equipes de consultório na rua;
- d) portaria GM/MS nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011, que dispôs sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo a realização de encontros de participação popular e de controle social com gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam nos movimentos da PSR (alínea "a", inciso I, do art. 3º) e o estabelecimento de Comitês Técnicos Estaduais de Saúde da População de Rua (inciso V, do art. 5º);
- e) portaria GM/MS nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e que definiu as equipes de consultório na rua como pontos de atenção da RAPS;
- f) portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua;
- g) portaria GM/MS nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que definiu os critérios de cálculo do número máximo de equipes de consultório na rua por município;
- h) portaria SAS/MS nº 160, de 1º de março de 2012, que estabeleceu normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, das equipes de consultório na rua que farão parte do Movimento Nacional População em Situação de Rua;
- i) resolução CIT/MS nº 05, de 21 de novembro de 2012, que estabeleceu diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do SUS;
- j) resolução CIT/MS nº 02, de 27 de fevereiro de 2013, que definiu diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS.

Além dessas normas existem ações e políticas de saúde designadamente voltadas para a população em situação de rua, tais como:

- a) recomendações para o controle da tuberculose entre a PSR, contidas no *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*, publicação técnica de vigilância da tuberculose do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 01);
- b) publicação do manual técnico do Ministério da Saúde, intitulado *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*, com a finalidade de instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à PSR no cotidiano da sua prática

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

c) a Política Nacional para Inclusão social da População em Situação de Rua (PNIS) elaborada em 2008, pelo Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pelo Governo Federal através do decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, para discutir e criar a PNPR, que estabeleceu princípios e diretrizes norteadores para as ações governamentais voltadas para a PSR, que foram, com algumas mudanças, formalizados no ano seguinte no decreto federal n.º 7.053 de 2009. Além disso, a PNIS previu ações estratégicas visando conferir concretude aos seus princípios e diretrizes balizadas em eixos temáticos, sendo um deles o da saúde (BRASIL, 2008a, p. 16-21).

No momento em que se tratar da PSR, a Atenção Básica precisa também observar os princípios, as metas e as instruções previstas na PNPR, que, em sua maior parte, repetem e reforçam os postulados sanitários, como a previsão do atendimento humanizado e universalizado, comunicação da sociedade civil organizada no monitoramento, controle, análise e exame das ações e das políticas, intersetorialidade, especialmente entre o SUS e o SUAS, dentre outros. De acordo com o Manual sobre a atenção à saúde da indivíduos em situação de rua, o Ministério da Saúde elegeu os consultórios na rua como modelo de política pública de saúde para os indivíduos em situação de rua (BRASIL, 2012a, p. 11)

Os consultórios na rua são considerados, então, como estratégia essencial para aumentar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população, priorizando a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012a, p. 11) *in locu*, realizando um tratamento que obedeça aos princípios da igualdade e da equidade, tratando igualmente o desigual, dentro da sua especificidade, no caso, a situação de rua. As equipes de consultório na rua “são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de estruturar e realizar atenção integral à saúde dos indivíduos em situação de rua” (anexo I da portaria GM/M Snº 2.488/11 e artigo 1º, da portaria n. 122/12).

A obra destas equipes é um mecanismo para certificar-se a efetividade do direito à saúde, sem diferenciações excludentes, visando adaptar os princípios da universalidade e da equidade para a PSR, adaptando o serviço às especificidades deste público, permitindo o aconchego dos usuários e o desenvolvimento das relações de vínculo e da responsabilização entre as equipes e a PSR, garantindo a conservação das ações de saúde (observando-se, então, os incisos II e III dos preliminares e regimento da Atenção Básica previstos no anexo I da portaria GM/MSn.º 2.488/11).

Figura 1: Consultório de rua – Carro móvel



Fonte: Divulgação/Prefeitura de São Paulo

As diretrizes, organização e composição das equipes de consultório na rua foram definidas na portaria nº 122 do Ministro da Saúde, de 25 de janeiro de 2012. Nesse intuito, a referida portaria reforça que estes consultórios na rua precisam ser formados por equipes multiprofissionais, que evidenciam como atribuições labutar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da indivíduos em situação de rua, inclusive a atenção aos usuários de bebida alcoólica e outras drogas, podendo realizar procura ativa para possibilitar o atendimento das indivíduos em situação de rua (portaria GM/MS nº 122/12)

Um ponto interessante esperado na portaria GM/MS nº 122/12 e no texto 5º, inciso I, “a”, da mudança CIT/MS nº 02/13, é a suposição de que os agentes sociais da equipe interdisciplinar, precisam ter preferencialmente experiência prévia com PSR ou curso de rua 60. A seleção de indivíduos em situação de rua ou com curso de rua como agentes comunitários de saúde, da mesma maneira é orientação da PNIS (BRASIL, 2008a, p. 20-21): A portaria GM/MS nº 123/12 define que o número máximo de equipes de consultório na rua por Município deverá ser contado a começar por “ dados dos censos populacionais relativos à indivíduos em situação de rua, realizados por órgãos oficiais” (inciso I, do artigo 1º da portaria MS n. 123/12).

Figura 2: Atendimento



Fonte: Divulgação/Prefeitura de São Paulo

Similarmente para se ter o controle do número de equipes de consultório na rua por Município, a portaria MS nº 160/12 estabeleceu o seu cadastramento, no Sistema de Cadastragem Nacional de Estabelecimento de Saúde. As particularidades da PSR exigem novos processos de trabalho proativos na atenção à saúde, visando garantir o acesso ao direito à saúde e o atendimento do princípio da equidade. Nesse intuito, inicialmente, as equipes de consultório na rua, que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, por suas características, respondem a tais necessidades (CARNEIRO JUNIOR et al., 2010, p. 709), especialmente visto que o consultório na rua cumpre o papel de equipe da Atenção Básica, ao ser o primeiro contato com os usuários, a porta de chegada para o SUS, mediante uma execução extramuros, encaminhamento ajustada às características e necessidades da PSR.

Figura 3: A equipe vai onde o morador de rua se encontra



Fonte: Centro social Nossa Senhora do Bom parto.

Não obstante, deve-se investir muito na treinamento das equipes de consultório na rua, bem como não se desvirtuar o papel dessas equipes, sob pena de, em vez de se implementar uma política de atuação asserção visando a melhoria da equidade na atenção à saúde da PSR, se executar uma discriminação negativa, com uma discriminação dos usuários em situação de rua em correlação aos demais.

Essas equipes foram criadas para se constituírem no acesso de chegada do SUS para a PSR, visando vencer os obstáculos que impedem que este grupo populacional acesse o SUS, e facilitando, para essas pessoas, a uso de todos os serviços, ações e estabelecimentos de saúde. Dessa maneira, o consultório na rua precisa executar suas atividades de maneira compartilhada, integrada e mediando o

processo de encaminhamento para as unidades básicas de saúde e dos demais estabelecimentos das redes de atenção básica e psicossocial, dos serviços de urgência e de necessidade (art. 2º, § 2º e art.4º, § 7º, IV, da portaria GM/MS nº 122/12).

Figura 4: A equipe adapta-se ao morador em situação de rua



Fonte: Ariane Pio 2019.

Não obstante tais equipes de consultório na rua apenas serão um mecanismo efetivo para a realização do direito à saúde, se as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento, SAMU oferecerem uma atenção imediato aos indivíduos em situação de rua captadas e sensibilizadas. Deve-se ter atenção para que a durabilidade dessas equipes não signifique que os indivíduos em situação de rua sejam demovidos de acessar a rede do SUS, muito menos que elas somente tenham acesso ao atendimento de saúde prestado extramuros e permaneçam segregadas. Até mesmo, precisa ser certificado, à PSR, o acesso ao atendimento domiciliar prestado pelo consultório na rua em espaços de acolhimento institucional (artigo 5º, I, “b”, da resolução CIT/MS nº 02/13).

Figura 5: Morador de rua pedindo respeito



Fonte: Equipe Reviravolta.

Os comitês técnicos estaduais e municipais são necessários para a providência, implantação e elaboração de políticas de saúde para a PSR, bem como para impulsionar, de maneira mais direta, a comunicação popular da PSR na controvérsia da consumação de direitos. Já que a participação popular e o controle social não precisa ser “escutar ou dar opinião, porém realizar e fazer-se parte de um projeto, ou seja, ser similarmente alterado no projeto e pelo projeto, como um projeto social de si mesmo” (ESPINHEIRA e SOARES, 2004, p. 13).

Os comitês técnicos locais promovem a comunicação dos sujeitos de direitos, fazendo com que uma política social, como a de saúde, seja similarmente participativa. Em um Estado Democrata de Direito precisam ser garantidos procedimentos institucionalizados de participação e controle social que legitimem as políticas sociais implementadas pelo Estado, de forma que as vozes de seus destinatários possam ser ouvidas (LEÃO, 2013 p. 11).

Somente se pode aferir, avaliar, pensar se uma política social é adequada às propensões de uma dada coletividade e se é efetivo na consumação de um direito social com a comunicação deste povo em sua implantação e no seu controle. A criação do comitê estadual de saúde para a PSR precisa ser um propósito a ser

alcançado pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público, visto que quanto mais locais de discussão das políticas de saúde para a PSR, mais debate se possui e mais maduro se torna o processamento de implantação e elaboração de políticas sociais de saúde para a população em condição de rua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As desigualdades sociais são as maiores causadoras de vítimas no Brasil, pois como muitos se encontram em situações precárias ocasionadas pelo desemprego, acabam não conseguindo manter um lar, e desta forma procuram as ruas um meio de sobreviver. Além de viver nesse cenário, ainda lidam diariamente com preconceito e a invisibilidade velada, por parte de quem deveriam cuidá-los, tais como: profissionais da área de saúde como os de assistência social.

É necessário ações de políticas assertivas para que exista a promoção à saúde desta parcela da sociedade que vivem em situação de rua, direito a saúde é um dever de todos, assim como de igualdade e equidade. No desenvolvimento deste trabalho muito se abordou sobre as necessidades, a precariedade, o perfil e as políticas vigentes que foram desenvolvidas para que essas pessoas tivessem um pouco de dignidade, entretanto, entende-se que muito ainda necessita ser discutido para estas saiam da invisibilidade que os cerca e passem a ter uma vida digna com o básico de seus direitos efetivados.

Além de passar por toda humilhação, da dependência dos outros para sua sobrevivência e alimentação, as PSR ainda deixam que doenças se acumulem por vergonha ou até por não conseguirem um atendimento digno, sendo visto diversas vezes vistos com maus olhos pelas pessoas que estão ao redor, desta maneira, na possibilidade, muitos procuram pelos consultórios de rua, com profissionais treinados para efetuar o atendimento as pessoas com tais condições. Todavia, os consultórios móveis, ainda são poucos e não estão disponíveis em todas as capitais, onde se tem o maior número de PSR.

As políticas voltadas para a população de rua no que tange a saúde ainda estão muito longe de alcançar o objetivo proposto, da cobertura prevista na própria legislação: saneamento básico, direito à moradia, educação, saúde e trabalho, o mínimo para que o homem viva dignamente. É preciso entender que esta condição vida, é uma macha histórica no Brasil, pautada no preconceito e na desigualdade social extrema, para que esse ciclo se quebre, a sociedade necessita mudar sua visão ou a maneira de olhar o próximo, seja ele quem for.

Após o que foi refletido durante este estudo, mostra-se a necessidade de os profissionais de saúde atuarem com uma formação continuada, a fim de atender essa população que vive a margem da sociedade, para que possam lutar pela

igualdade, sem distinção sem discriminação. Desta forma é importante que o Estado se articule para que possa romper esses paradigmas que ainda persiste no mundo globalizado, onde tudo se evolui muito rápido, entretanto, o olhar ao próximo da grande maioria, inversamente proporcional.

Não se deve fechar os olhos para essas pessoas que sobrevivem nessas circunstâncias tão precárias, desta maneira reconhece-se que existe uma grande caminhada a ser feita, no que tange à efetivação dos direitos humanos para a população em situação de rua, desta maneira o objetivo deste estudo que era fazer uma reflexão acerca destes, foi alcançado, e é sabido que por ser uma revisão bibliográfica tem seus limites, desta forma fica sugerido para próximos trabalhos uma interação com esse moradores de ruas, para saber diretamente deles a experiência que é sobreviver em tal situação. Outro ponto de destaque, é que os profissionais de saúde necessitam cada vez mais de preparo, quanto a abordagem a cerca desta problemática, a fim de transluzir a invisibilidade existente nas pessoas em situação de rua, para que assim possam alcançar a tão almejada dignidade.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2009

AKERMAN, M.; SÁ, R.F.de; MOYSES, S.; REZENDE, R.; ROCHA, D. Intersetorialidade? Intersetorialidades! Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

ALMEIDA, L. A. S.; CANHOTO, V. L. **Morador de Rua**: Uma expressão da questão social. Trabalho de Iniciação Científica, 2004. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/980>> Acesso em 25 Set. 2019

ALVAREZ, A.M.S; ALVARENGA, A.T; RINA, S.A.S.A.D. **Histórias de Vida de Moradores de Rua, Situações de Exclusão Social e Encontros Transformadores**. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, 2009. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29597>> Acesso em 25 Set. 2019.

ARAÚJO VFC. **Política nacional para a população em situação de rua**: breve análise [Trabalho de Conclusão de Curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.

ARISTIDES JL, Lima JVC. **Processo Saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina**: aspectos do viver e adoecer. Revista Espaço para a Saúde [periódico na internet] 2009 Jun

BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Comentários à Constituição do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BONALUME, C. R. **O paradigma da intersectorialidade nas Políticas Públicas de Esporte e Lazer**. Revista Licere. Belo Horizonte: v. 14, n. 1, mar/ 2011. Acesso em: 20 set. 2019.

BULOS, Uadi Lammêgo. Curso de Direito Constitucional. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. **Guia de Cadastramento de pessoas em situação de rua**. 2ª Ed. Revisada, 2012. Disponível em:<<http://cimos.blog.br/wp-content/uploads/2014/03/Guia-de-Cadastramento-dePessoas-em-Situacao-de-Rua.pdf>> Acesso em 25 Set. 2019.

BRASIL. Decreto Presidencial n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 24 set. 2019.

BRASIL. **Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf> > Acesso em 25 Set. 2019

BRASIL. **Declaração de Istambul sobre assentamentos humanos**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-deapoio/legislacao/moradia-adequada/declaracoes/declaracao-de-istambul-sobreassentamentos-humanos>. Acesso em: 05 Out 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 05 Out 2019.

BRASIL. Emenda constitucional nº 26, de 14 de fevereiro de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc26.htm. Acesso em: 05 Out 2019.

BRASIL. Ministério Público de Minas Gerais. **Direitos do morador de rua: um guia na luta pela dignidade e cidadania**. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2010. p. 29.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, 21 out. 2011c. 14 Out 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. SUAS e população em Situação de Rua. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011c. v. 3.

BRASIL. Presidência da República. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de nov. de 2009c, seção 1.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa**: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Brasília: SDH, 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Crimes de homicídio e tráfico de drogas. Tribunal de origem que mantém apenas parte da denúncia. Ausência de indícios suficientemente seguros para o recebimento da exordial acusatória. Incidência do verbete sumular n.º 07 desta corte. Recurso Especial nº 1037187. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelados: Renato Alves Artilheiro e outros. Relatora: Ministra Laurita Vaz. Brasília, 05 mar. 2012. **Diário da Justiça eletrônico** (DJe), 15 mar. 2012c.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Civil Pública – Legitimidade – Interferência no Poder Executivo – Inexistência – Tratando-se de atendimento social previsto na Constituição da República, é de se reconhecer a existência de direito difuso a ser

tutelado por ação civil pública. A determinação para implementação de política pública, já prevista na Constituição da República, não caracteriza ingerência no Poder Executivo. Recursos a que se negam provimento. Recurso Extraordinário nº 634.643. Recorrente: Estado de São Paulo. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Min. Joaquim Barbosa. Brasília, 22 abr. 2010. **Diário da Justiça eletrônico** (DJe). 11 mai. 2010e.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião.** Sumário executivo pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. **Brasília: MDS/META, abr. 2008b.**

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. Ação Civil Pública.** Abrigos para moradores de rua. Reexame de fatos e provas. Súmula 279 do STF. Ofensa ao princípio da separação dos poderes. Inexistência. Agravo regimental desprovido. Agravo regimental nº 634.643. Agravante: Município do Rio de Janeiro. Agravado: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Relator: Min. Joaquim Barbosa. Brasília, 26 jun. 2012. **Diário da Justiça eletrônico** (DJe). 13 ago. 2012d

BARRETTO, Rafael. **Direitos humanos.** Coleção sinopse para concursos. 2. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2012.

BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura. **Comentários à Constituição Federal de 1988.** Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional.** Malheiros Editores, São Paulo, 2014

BORYSOW IC, Furtado JP. **Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave.** Physis [periódico na internet] 2013 [acessado 2014 mar 27]; 23(1): [cerca de 17p].

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.**

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Os métodos do achamento político.** Comentários à Constituição do Brasil. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013.

CASTRO, M.S.M. **Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 987-998, 2006

CARNEIRO Junior N, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C. **Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social.** *Saude Soc* [periódico na internet] 2006 Set-Dez [acessado 2014 jan 11];15(3):[cerca de 10p].

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NOGUEIRA, Edna Aparecida; LANFERINI, Gisele Magalhães; ALI, Débora Amed; MARTINELLI, Marilda. **Serviços de saúde e**

população de rua: contribuição para um debate. Revista Saúde e Sociedade 7(2): 47-62, 1998

CAPPELLETTI, Mauro **l'accesso alla giustizia e la responsabilit del giurista**. In Studi in onore di Vittorio Denti, vol. I, P-dua: Cedam, 1994, pp. 263-295.

COSTA, Hekelson Bitencourt Viana da. A superação da tripartição de poderes. 79f. Monografia (Especialização em Direito Público), Universidade Cândido Mendes, Brasília, 2007.

CATOIRA, Ana Aba. **La limitación de los derechos fundamentales por razón del sujeto**. Madrid: Editorial Tecnos, S.A., 2001.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Organização Mundial das Nações Unidas. Centro de informações das Nações Unidas no Rio de Janeiro(UNIC/Rio/005). Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>> Acesso em: 20 set. 2019.

ESCOREL S. **Vidas ao léu:** trajetórias de exclusão social Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

ESPINHEIRA, Gey; SOARES, Mateus de Carvalho. **Pobreza e marginalização:** um estudo da concentração e da desconcentração populacional nas metrópoles latino-americanas: o caso de Salvador, no Brasil. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em CaxambuMG, em set. de, 2004. Disponível em: <[http://www.contatosociologico.crh.ufba.br/site_artigos_pdf/Pobreza%20%20e%20M arginalizac%C3%A3o%20em%20Salvador-BA.txt.pdf](http://www.contatosociologico.crh.ufba.br/site_artigos_pdf/Pobreza%20%20e%20Marginalizac%C3%A3o%20em%20Salvador-BA.txt.pdf)>. Acesso em: 28 Out. 2019.

FIGUEIREDO, G. A.; ROLETTI, M. C. B. et al. **Belo Horizonte em diálogo com a população em situação de rua: uma tarefa histórica.** In: Pensar BH. Especial vida nas ruas. Prefeitura de Belo Horizonte. Ed 29. Julho, 2011.

FREITAS, M. V. O. **Entre ruas, lembranças e palavras:** a trajetória dos catadores de papel em Belo Horizonte. Belo Horizonte: PUC Minas, 2005

GONÇALVES Filho JM. **Humilhação social:** um problema político em psicologia. Psicol USP.1998;9(2):11-67.

GRINOVER, A. P. et al. Orgs. **Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua.** Belo Horizonte: D'Plácido Editora, 2014.

HOUAISS, **Minidicionário da língua portuguesa/** Antônio Houaiss e Mauro deSalles Villar; elaborado no Instituto Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

INÁCIO, Gilson Luiz. **Direito social à moradia e a efetividade do processo.** Juruá, Curitiba, 2002.

KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Bauru, SP: Edipro, 2003.

LEÃO, Marília, org. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013

MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MARQUES MF, Oliveira RF, Leal MLP. **Saúde da População em Situação de Rua**. *Jornal O Povo*, Fortaleza, 23 jul. 2014. Fascículo 10 – Promoção da Equidade no SUS. p. 218-239.

MELLO, CAB (2018). **O Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade**. São Paulo. Malheiros, Saraiva.

MENDES, Aline Aguiar; MACHADO, Maria Fernanda. **Uma Clínica para o Atendimento a Moradores de Rua: Direitos Humanos e Composição do Sujeito**. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2004.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – MDS. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília: setembro 2004. Disponível em: < http://www.renipac.org.br/pnas_2004.pdf >. Acesso em: 20 set. 2019.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME – MDS. **Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Novembro de 2009.

MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional**, Tomo IV. 2. ed. Coimbra Editora, 1998.

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

PALAZZO LO. **A evolução dos direitos humanos e suas novas dimensões**. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). *Psicologia, ética e direitos humanos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998. p. 21-37

PIOVESAN, F. **Temas de direitos humanos**. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 2003.

SANTOS, M. *A urbanização brasileira*. 5. Ed. São Paulo: Edusp, 2005. 174 p.

SANTOS, Josiane Soares. **Elementos para entender a concepção e a gênese da “questão social”**. In: SANTOS, Josiane Soares. *Questão Social: particularidades no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012 (Biblioteca Básica de Serviço Social), p. 133-179.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SILVA, José Afonso de. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 8.ed., São Paulo: Malheiros, 2012. ____ Curso de Direito Constitucional Positivo. 34.ed., São Paulo: Malheiros, 2011.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SOARES, Ricardo Maurício Freire. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**: em busca do direito justo. São Paulo: Saraiva, 2010

SOTERO M. **Vulnerabilidade e vulneração**: população de rua, uma questão ética. Rev Bioét. 2011;19(3):799-817.

SOUZA ES, Silva SRV, Caricari AM. **Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”**. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet] 2007 [acessado 2014 fev 1]; 41(esp): [cerca de 5p].

REIS MS. **O movimento nacional da população de rua em São Paulo**: um diálogo com as políticas sociais públicas [monografia]. Franca: Universidade Estadual Paulista; 2011.

ROSA AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. **O Processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua**. Rev Latino-am Enfermagem [periódico na internet]. 2005 Jul-Ago

TENÓRIO F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Hist Ciênc Saúde - Manguinhos. 2002;9(1):25-59.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **O direito internacional em um mundo em transformação**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

VARANDA W, Adorno RC. **Descartáveis urbanos**: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(1):56-69.

VIANA, A. L. D.& LIMA, L. D. [Orgs.] **Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. 216 p

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza no Brasil Contemporâneo e formas de seu enfrentamento**. Ser. Soc. Soc [on line]. 2012, n. 110, p. 288-322.