

O Estado brasileiro e os cuidados em saúde das pessoas em situação de rua: um estudo sócio-histórico

Igor da Costa Borysow¹

André Mota²

Juarez Pereira Furtado³

The Brazilian State and health care of the people in homelessness: a socio-historical study

*El Estado brasileño y el cuidado de la salud de las personas en situación de calle:
un estudio sociohistórico*

Resumo

Analizamos as estratégias de cuidado em saúde das pessoas em situação de rua no Brasil entre as décadas de 1970 e 2009. Buscamos identificar como o Estado brasileiro assumiu o cuidado em saúde desse segmento social e desenvolveu as primeiras estratégias de assistência. Efetivamos um estudo sócio-histórico com revisão de literatura e entrevistas em profundidade. Ações voltadas ao controle da população em casos de inadequação social e ao tratamento do uso de drogas foram as primeiras iniciativas destinadas a esse público. O Ministério do Desenvolvimento Social foi o primeiro setor a debater o tema, estimulado por profissionais que apresentaram, em sua trajetória, atuação junto às pessoas em situação de rua. O Ministério da Saúde propôs, inicialmente, ações relacionadas ao uso problemático de substâncias psicoativas por esse público.

Palavras-chave: *Pessoas em situação de rua; Política de saúde; História da Medicina; Sociologia da saúde; Serviços de saúde.*

1 Doutor em Ciências/Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Pesquisador no Hospital Alemão Oswaldo Cruz; membro do Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços de Saúde – Unifesp. E-mail: igorsow@yahoo.com.br

2 Doutor em História Econômica pela Universidade de São Paulo. Professor Livre-Docente do Departamento de Medicina Preventiva e coordenador do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: a.mota@fm.usp.br

3 Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professor Associado Livre-Docente do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Unifesp. Coordenador do Laboratório de Avaliação em Saúde (Laval). E-mail: juarezpfurtado@gmail.com

Abstract

We analyzed the health care strategies for homeless people in Brazil between the 1970s and 2009. We sought to identify how the Brazilian State assumed health care for this social segment and developed the first care strategies. We conducted a socio-historical study with literature review and in-depth interviews. Actions aimed at controlling the population in cases of social inadequacy and the treatment of drug use were the first initiatives for this public. The Ministry of Social Development was the first sector to debate the issue, stimulated by workers whose life trajectories are linked to the assistance of homeless people. The Ministry of Health initially proposed actions related to the problematic use of psychoactive substances by this public.

Keywords: *Homeless people; Health policy; Medical history; Health sociology; Health services.*

Resumen

Analizamos las estrategias de salud para personas en situación de calle en Brasil entre los años 1970 y 2009. Buscamos identificar cómo el Estado brasileño asumió la atención médica para este segmento social y desarrolló las primeras estrategias de asistencia. Realizamos un estudio sociohistórico con revisión de literatura y entrevistas en profundidad. Las acciones dirigidas a controlar la población en casos de insuficiencia social y tratamiento del consumo de drogas fueron las primeras iniciativas para este público. El Ministerio de Desarrollo Social fue el primer sector en debatir el tema estimulado por trabajadores que, en su trayectoria, han trabajado con personas que viven en la calle. El Ministerio de Salud inicialmente propuso acciones relacionadas al uso problemático de sustancias psicoactivas por ese público.

Palabras clave: *Personas em situação de calle; Política de salud; Historia de la Medicina; Sociología de la salud; Servicios de salud.*

Introdução

O cuidado em saúde das pessoas em situação de rua (PSR) tem sido um desafio considerável para sistemas públicos de saúde. Um caso exemplar é o Brasil, país com desigualdade social crescente (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2019) e números ascendentes de pessoas nas ruas das grandes cidades (BERNARDES, 2017; COELHO, 2018; VILELLA, 2017). Trata-se de um segmento social com dificuldades de acessar serviços de saúde e continuar seus tratamentos, tendo que se defrontar com diversas barreiras impostas pelas equipes de saúde e pela rede intersetorial dos municípios.

Uma política pública é geralmente o resultado de uma série de negociações e confrontos entre agentes de diversos campos sociais. Origina-se de propostas anteriormente elaboradas e se torna possível a partir da configuração histórica e social em que emerge (BOURDIEU, 2014; PINELL, 2010). Pretendemos neste artigo elucidar como o Estado brasileiro assumiu as questões de saúde da população em situação de rua como problema a ser respondido pelas políticas de saúde. Selecionamos as iniciativas e estratégias organizadas no Brasil para o cuidado dessas pessoas (inicialmente denominadas com termos como vadios, mendigos ou moradores de rua), entre os anos 1970, período em que foram identificadas iniciativas relevantes para esse segmento social, e o ano de 2009, período após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando o Ministério da Saúde começou a propor ações voltadas para esse público.

Estudos sócio-históricos relacionados à análise de políticas públicas têm se mostrado imprescindíveis para a compreensão das origens de determinados programas estatais e suas configurações atuais. Alguns exemplos são as investigações acerca de políticas voltadas para o HIV/AIDS (BARROS, 2013); o esporte e lazer (STAREPRAVO; MARCHI JUNIOR, 2015); a alimentação do trabalhador (SOUZA; VIEIRA DA SILVA; PINELL, 2018); e a análise sócio-his-

tórica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (ALMEIDA, 2017), que revelaram o complexo processo de negociações entre agentes, para chegar à elaboração de portarias e políticas nacionais. Há também estudos sobre a emergência e o desenvolvimento do espaço social da avaliação em saúde no Brasil (FURTADO; VIEIRA DA SILVA, 2014) e sobre a gênese da saúde coletiva brasileira (VIEIRA DA SILVA; PINELL, 2014). Ao verificarmos essas produções, o material historiográfico tanto embasou a análise dos precedentes das políticas em estudo, como ofereceu elementos para compreender as condições de possibilidade histórica para o surgimento das políticas. As pesquisas de Pinell também indicaram como o Estado francês assumiu determinadas demandas como problemas que deveriam receber intervenção do setor da saúde (PINELL, 2010), fato devido a embates entre agentes do governo e militantes, defensores de grupos de pessoas acometidas de determinadas doenças. De maneira semelhante, Lenoir (1996) descreveu como o envelhecimento se tornou um problema para a saúde pública e analisou o período que as pessoas idosas começaram a receber investimentos, como resultado de discussões de diversos setores, além do governo federal francês, entre eles a Medicina e o setor turístico.

Dois conceitos importantes utilizados na grande maioria dos estudos citados são espaço social e campo, desenvolvidos pelo sociólogo Pierre Bourdieu, os quais poderão auxiliar na compreensão dos processos sociais em análise. Para este autor, o mundo social é composto por estruturas objetivas que influenciam e coagem os agentes nas suas representações sociais e em suas práticas. Os processos de percepção da realidade, de pensamento e as ações são estabelecidos na relação com as estruturas sociais e as disposições das pessoas, nomeadas por Bourdieu agentes (BOURDIEU, 2004). Os campos são como redes de relacionamentos entre agentes e instituições, que desenvolvem regras e processos próprios. São como espaços delimitados de lutas e de imposição de forças, em que os agentes com eles implicados agem, buscando vantagens e melhores posicionamentos, por meio de seus capitais acumula-

dos (BOURDIEU, 2007). Tais capitais se referem ao acúmulo de recursos de diversas naturezas, como econômicos, sociais, culturais e simbólicos (BOURDIEU, 2004). Esses campos existem quando há interesses e investimentos específicos em disputa. O espaço social global pode ser entendido como um campo mais ampliado, que se constitui pelas relações e jogos de poder constituintes de toda uma sociedade, tal como compreendido por Pinell (2010), Vieira da Silva e Pinell (2014), Souza (2013a).

Os termos saúde e cuidado em saúde são, por sua amplitude e diversidade de definições, considerados noções. De maneira geral, eles se referem ao modo como as sociedades levam a vida e cuidam para que esse processo se mantenha. São noções fortemente vinculadas ao contexto sócio-histórico em que se inserem (AROUCA, 2003; SOUSA E SILVA; SCHREIBER; MOTA, 2019). Com a importação e debates das ideias da Medicina Social pelos agentes da saúde no Brasil, a partir dos anos finais do século XIX, o cuidado em saúde começou a ser compreendido como o conjunto de intervenções sobre as populações, em resposta aos males provenientes do processo de industrialização e modernização das cidades (RIBEIRO, 2010). Tal noção ganhou força e concretude no país com o investimento na Medicina como ciência e prática profissional (TERRA, 2014). Ao longo do século XX, muitas outras conceituações surgiram, algumas tentando relacionar processos preventivos com curativos, outras compreendendo que os processos de saúde deveriam considerar as dimensões físico-químicas, biológicas, psicológicas e sociais (AROUCA, 2003). Desse modo, consideraremos neste texto o cuidado em saúde como a gestão do provimento de tecnologias de saúde, segundo as necessidades de cada pessoa, atendo-se ao seu contexto de vida, de forma a alcançar segurança, bem-estar e autonomia (CECÍLIO, 2009).

O texto aqui apresentado resulta de estudo sócio-histórico sobre o cuidado em saúde das pessoas em situação de rua, promovido no Brasil, no período compreendido entre a década de 1970 e o momento posterior à criação do

SUS. Para o intervalo entre 1970 a 1985, a análise foi realizada com base em revisão de literatura, informações legais e exemplos de atuação de diversas instituições com esse público⁴.

Para o período entre 1985 e 2009, coletamos informações tanto por meio de revisão de literatura como de entrevistas em profundidade, utilizando o método da sociogênese (BOURDIEU, 2014; PINELL, 2010). A sequência temporal de posições tomadas pelo governo federal foi delimitada por intermédio de artigos de jornais, diários oficiais e documentos do Ministério da Saúde, tais como portarias, cartilhas e manuais, o que possibilitou estabelecer as condições históricas em que o governo federal passou a considerar o cuidado em saúde de pessoas em situação de rua como demanda a ser assumida.

A análise das iniciativas em saúde voltadas para essas pessoas e das decisões governamentais entre 1985 e 2009 foi possível por meio de nove entrevistas em profundidade⁵. Com base na análise da trajetória de vida dos entrevistados, segundo proposto por Bourdieu (2012), identificamos, além de suas experiências com o tema ao longo de suas vidas, situações em que eles participaram e tiveram alguma influência no avanço das políticas de saúde para as pessoas em situação de rua. Incluímos na análise também agentes que não foram entrevistados, mas que fizeram parte do desenvolvimento das políticas para esse segmento social. Diante da impossibilidade de realizar essas entrevistas, obtivemos informações por meio de registros biográficos.

Articulamos o material das entrevistas aos documentos oficiais e a outros materiais bibliográficos, tal como proposto por Pinell (2010), para estruturar a contextualização histórica e política e os conflitos ocorridos entre os agentes – uma análise que irá considerar a relação agência-estrutura. Por fim, reconstituímos uma crônica do processo que levou à produção dos documentos

4 O artigo foi escrito com base em informações e dados da tese *O Consultório na Rua e a atenção básica às pessoas em situação de rua* de Igor da Costa Borysow, que agradece à FAPESP pela concessão da bolsa de doutorado.

5 Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizaram o uso das informações relatadas.

oficiais e norteadores das primeiras estratégias em saúde para as pessoas em situação de rua, buscando explicar suas origens e determinantes, conforme método proposto por Bourdieu (2014).

O controle e o cuidado com os mendigos e moradores de rua antes do SUS

O período após a 2ª Grande Guerra até meados da década de 1970 foi marcado pelas propostas de bem-estar social no mundo. Muitos programas sociais foram criados na Europa, em busca de reduzir os impactos da guerra sobre a população, sendo introduzidos também no Brasil (HOBBSAWM, 2008). Após o ápice desse modelo socioeconômico, a década de 1970 foi marcada pelo seu desmonte progressivo, em função dos efeitos colaterais do capitalismo. Houve recuo geral de investimentos em programas sociais, diante das crises do sistema financeiro. O sistema de produção, sujeito às exigências do capitalismo, necessitou aumentar seu ritmo por meio da expansão da tecnologia, substituindo, em boa parte das indústrias, a mão de obra humana pelas máquinas e, conseqüentemente, levando muitas pessoas para fora do mercado formal de trabalho.

No Brasil dos anos 1970, foi perceptível o aumento de parcelas de trabalhadores desempregados e sujeitos a precárias condições de trabalho. O “milagre brasileiro”, declarado na época, contou com a redução de salários e o aumento de pessoas posicionadas como reserva (KOWARICK, 1979). Esse enorme contingente de trabalhadores excluídos do mercado formal de trabalho teve de exercer atividades profissionais instáveis, com pouca remuneração, alternando entre períodos habitando pensões ou albergues e períodos vivendo nas ruas (ROSA, 2005). Os então nomeados moradores de rua passaram a ser cada vez mais visíveis nas grandes cidades do país, ao longo das décadas de 1970, 1980 e 1990.

O governo federal havia estabelecido, em 1944, o reordenamento dos serviços de saúde: as instituições hospitalares englobariam os hospitais gerais e os especializados, voltados à assistência aos doentes, por meio de cuidados médicos; e as instituições para-hospitalares teriam predominância de um modelo mais abrangente, como ambulatórios, abrigos, asilos e albergues (BRASIL, 1965). Com base nessa definição, pôde ser identificada a expansão de serviços voltados às populações pobres no modelo para-hospitalar, com significativa intensidade até os anos finais da década de 1980. Tais estabelecimentos eram geralmente de proveniência religiosa, ofereciam assistência diante de problemas sociais e intervenções para problemas simples de saúde. Mas não favoreciam o acesso dos grupos residentes a outros serviços de saúde (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004).

Em algumas cidades brasileiras, foram identificadas, entre 1970 e 1985, iniciativas voltadas a esse segmento social, tanto do poder público municipal, como de instituições para-hospitalares. No início dos anos 1970, leigos e irmãs da Ordem de São Bento, em São Paulo, iniciaram ações caritativas no centro da cidade, visitando viadutos, cortiços e regiões de prostituição. As irmãs recusavam-se a usar termos como “vagabundos”, “dementes” e “criminosos”, preferindo “populações marginais” (GEORGES; CABANES; TELLES, 2015). O grupo religioso fez uma associação do termo (sofredores) utilizado por seu público em uma peça teatral, com uma passagem bíblica. Resolveram, então, nomear o projeto como Comunidade dos Sofredores da Rua. Além disso, as irmãs da ordem começaram a afirmar que os grupos encontrados na rua formavam um “povo”, com direitos iguais aos demais moradores da cidade. Houve rápida apropriação dos termos “sofredores de rua” e “povo da rua” por diversos grupos religiosos e movimentos sociais (GEORGES; CABANES; TELLES, 2015).

Na cidade de São Paulo, em maio de 1975, foi implementado um plano denominado Operação Inverno, que propunha a conexão de diversos órgãos da Se-

cretaria de Segurança Pública e Promoção Social, para realizar o recolhimento compulsório de indigentes e mendigos e levá-los para triagem e encaminhamentos. As pessoas abordadas passavam por tríplex triagem: médica; social, para compreender as necessidades socioeconômicas; e policial, com avaliação dos antecedentes criminais e da “carreira de mendicância ou vida na rua” (STOFFELS, 1977, p. 98). Caso houvesse necessidade, eram encaminhadas para o pronto-socorro ou, nos casos de deficiências físicas e mentais ou desamparo familiar, para a Central de Triagem e Encaminhamentos (CETREN), órgão criado em 1971 pela Secretaria Estadual de Promoção Social. A partir dessa central, aquelas sem rede social protetiva eram acolhidas em serviços para-hospitalares (abrigo e apoio social) e, quando identificado transtorno mental, eram levadas à fazenda São Roque. Apesar de essa operação promover algum acesso aos serviços de saúde, na análise de Stoffels (1977, p. 99), o grande objetivo era “prevenir o perigo da ameaça à ordem, como elemento patológico”.

A fazenda Modelo no Rio de Janeiro, um centro de ressocialização federal para pessoas em, situação de miséria, inaugurado em 1984, também realizava captação de pessoas nas ruas como ocorria na Operação Inverno. Ela chegou a ser considerada um dos maiores abrigos para mendigos do mundo, com população entre 1.500 e 2.500 pessoas, recolhidas por ônibus “cata-mendigos” ou “mendigão”. A fazenda contava com um posto de saúde para o atendimento dos residentes por médicos e enfermeiros, além de uma capela (CUNHA, 2008). O Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, também possuía estratégia de recolhimento. Considerado um hospital psiquiátrico, recebia pessoas encontradas perambulando pela rodoviária e pelas ruas, que eram levadas pela polícia, após rápida avaliação. Os escolhidos para serem internados eram pobres, alcoólatras, homossexuais, epiléticos, prostitutas, entre outros, considerados desviantes da normalidade (ARBEX, 2013).

Mesmo com o avanço das instituições de apoio social, os chamados moradores de rua encontravam dificuldades, nas décadas de 1980 e 1990, de obter

atendimento nos serviços de saúde. Quando esse público tentava buscar cuidado em prontos-socorros e postos de saúde, geralmente enfrentava o preconceito de médicos e dos demais profissionais de saúde, como constatado em pesquisa realizada em 1991 (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004). O atendimento precário, resultante da dificuldade desses trabalhadores de se relacionar com esse grupo populacional, associado aos tratamentos que não consideravam as condições de vida nas ruas – como a falta de higiene, dificuldades de lidar com horários para tomada de medicação – criavam obstáculos para a vinculação da população aos serviços e tratamentos.

Ainda não havia uma política estabelecida de assistência social até os anos 1990, o que permitia a multiplicidade de instituições que ofereciam ações dispersas à população em situação de miséria. Com a promulgação da Constituição de 1988, a assistência social foi tornada um direito, mas passariam quase duas décadas para que ganhasse contornos mais claros de um setor (BRASIL, 2005). Dessa forma, manteve-se no país a atuação de instituições filantrópicas privadas, geralmente inspiradas na caridade cristã, que realizavam a distribuição de alimentos aos moradores de rua. Algumas dessas instituições também distribuíam roupas, calçados e remédios, disponibilizavam local para banho e faziam curativos, além de oferecer auxílio nas questões ligadas ao uso problemático de drogas (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004).

Intervenções e políticas voltadas para o uso abusivo de substâncias psicoativas

Ao lado das instituições para-hospitalares, ocorreu no Brasil o desenvolvimento de estratégias e políticas voltadas para o consumo de substâncias psicoativas. O governo brasileiro criou suas leis e políticas sobre drogas, considerando as determinações internacionais de combate ao consumo e tráfico de substâncias, principalmente as promovidas pelos Estados Unidos da América e pela Organização das Nações Unidas (ONU). Entre as décadas de 1960 e

1990, os países participantes dessa organização se comprometeram a atuar de maneira repressiva em relação às drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007). Junto a isso, a década de 1970 assistiu à inserção da Medicina no espaço de formulação das políticas relativas a drogas, movimento que agregou à identificação do usuário de substâncias o diagnóstico como doente, desencadeando uma série de internações em hospitais psiquiátricos e centros de tratamento. No Brasil, esse movimento foi acelerado após a promulgação da lei 6.368 de 1973, que definiu as atribuições do Ministério da Previdência e Assistência Social no cuidado aos usuários dessas substâncias (RODRIGUES, 2003).

O governo de Nixon nos EUA estabeleceu a política de guerra às drogas em 1972. Apesar de creditar o aumento da violência urbana ao consumo de drogas, tal política propôs ações mais severas aos grupos divergentes do ideal da “sociedade norte-americana”, que incluíam negros, hispânicos e jovens ligados a movimentos libertários e contrários às guerras, assim como os segmentos mais pobres, entre os quais a população que vivia nas ruas (A 13ª EMENDA, 2016; RODRIGUES, 2003). No Brasil, o estabelecimento da ditadura militar, em 1964, acentuou o tom de repressão e incorporou, nos anos 1970, as propostas oriundas da guerra às drogas norte-americana (MACHADO; MIRANDA, 2007; RODRIGUES, 2003). Fortemente influenciado por esses valores, foi criado o Sistema Nacional de Prevenção e Fiscalização de Entorpecentes e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) em 1980 (BRASIL, 1980). Este conselho voltou seus esforços inicialmente para a repressão ao uso e ao tráfico de drogas, mas, com o fim da ditadura, houve a abertura para a participação de agentes com propostas mais flexíveis, como, por exemplo, a redução de danos (MACHADO, 2006).

Com os resultados mundiais insatisfatórios da repressão ao uso de drogas, integrantes da academia norte-americana desenvolveram estratégias para a redução do risco de contaminação por HIV/AIDS, que então se difundia, a qual foi associada ao uso de drogas injetáveis. Entre essas estratégias, foram

criadas equipes que realizavam troca de seringas e distribuição de hipoclorito de sódio, nos locais de uso de drogas, para limpeza de seringas utilizadas. Esse modelo de trabalho foi executado em algumas cidades dos EUA (RODRIGUES, 2003) e na Holanda, no início dos anos 1980. Os projetos relatados foram inspiradores para as ações implementadas em Santos (São Paulo) e Salvador, nos anos finais dessa década.

Em 1988, foram criados no Brasil a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), que extinguiu o CONFEN. O SISNAD ficou responsável por integrar as atividades de repressão ao uso indevido dessas substâncias àquelas relacionadas ao tráfico e produção de drogas ilícitas. A SENAD foi responsável pela prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social (GAZIR, 2000). Walter Maierovitch, agente que teve grande envolvimento com a redução de danos, assumiu a secretaria e conseguiu avançar com algumas propostas dessa natureza. Porém, no ano 2000, Maierovitch entregou a direção da SENAD, por divergências políticas (GAZIR, 2000), entrando em seu lugar o general Alberto Cardoso. No ano seguinte, o general Paulo Uchôa assumiu essa direção, com gestão mais repressora, permanecendo no posto até 2011.

Em 2001, ocorreu o II Fórum Nacional Antidrogas. Nesse momento, foi finalizada e publicada a Política Nacional Antidrogas e, no ano final da presidência de Fernando Henrique Cardoso, a portaria 816/2002, vinculada à lei 10.216/2001, criou os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Esse foi o primeiro movimento do Ministério da Saúde para atender a essa demanda.

Com a entrada de Luís Inácio Lula da Silva na presidência, em 2003, foi iniciado um movimento de aproximação entre a SENAD e o Ministério da Saúde, mas, segundo os movimentos pró-redução de danos, a SENAD continuou atuando de maneira ambígua, ora com ações mais repressoras ao uso de drogas, ora abrindo a possibilidade de políticas mais flexíveis (DELMANTO, 2013). Apesar disso, o governo Lula desenvolveu propostas relevantes para o cuida-

do das pessoas que faziam uso abusivo de drogas. Em 2003, foi elaborada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, inaugurando a proposição de políticas mais abrangentes para esse público (BRASIL, 2003a). Foi nesse mesmo ano que o Ministério da Saúde citou, pela primeira vez, a população em situação de rua em seus documentos. Esse segmento social foi descrito como público em situação de risco social e com necessidades complexas, o que justificaria, entre outras situações, o apoio matricial oferecido pelas equipes de saúde mental às equipes de atenção básica (BRASIL, 2003b).

No ano de 2005, o governo federal, em articulação com a SENAD, alterou o nome do Programa Nacional Antidrogas para Políticas Públicas sobre Drogas e publicou a portaria 1.059/2005, que estabeleceu financiamento para programas de redução de danos em CAPS AD. Tal decisão faria com que a redução de danos deixasse de ser estratégia exclusiva dos programas voltados às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/AIDS (SOUZA, 2013b).

Iniciativas municipais de redução de danos para as pessoas em situação de rua

David Capistrano, agente da reforma sanitária e secretário de saúde em Santos, com mandato iniciado em 1988, entrou em contato com as demandas oriundas das pessoas com HIV/AIDS na cidade, ao mesmo tempo em que a mídia começava a divulgar a epidemia da doença. A cidade de Santos assistiu também ao aumento exacerbado de usuários de substâncias psicoativas e, em resposta, foram criados programas de tratamento pela iniciativa privada (TYKANORI, 2017). O prefeito, junto com o secretário de saúde, planejou a implantação de casas de apoio, enquanto alguns integrantes da Secretaria Municipal de Saúde tiveram conhecimento das experiências holandesas de troca de seringas, o que os inspirou a aplicar essa estratégia na cidade, por meio de equipe itinerante (MESQUITA, 1991).

Porém, o Ministério Público entendeu que isso seria incitação ao uso de drogas e emitiu mandado de prisão para Capistrano e um de seus principais técnicos. Com o recuo da prefeitura, alguns grupos da sociedade civil resolveram continuar com a troca de seringas e intensificaram as ações de busca ativa em cortiços, casas abandonadas e áreas degradadas da cidade, para localizar os usuários e fazer as trocas, oferecer material limpo para uso de substâncias, preservativos, além de realizar orientação e vínculo. Tykanori afirma que o trabalho de rua foi iniciado em função dos casos de HIV/AIDS:

Essa coisa de intervenção na rua ela tem origem na história da AIDS, antes de mais nada. Nos anos 90 o pessoal ia para a rua, está dentro dos muquifos, tal, tal, [...], mas tem uma história, eu acho que se for pensar assim, da onde vem? Disponibilidade de estar com pessoas que estão na rua? De fato, na minha memória vem por conta da AIDS, e era um problema realmente lidar com isso, as pessoas escondidas nos muquifos. (TYKANORI, 2017)

Outra iniciativa de redução de danos foi desenvolvida em Salvador nos anos 1980. Antônio Nery, médico graduado naquela cidade, realizou especialização em Psiquiatria na França, onde permaneceu por cinco anos, trabalhando como psiquiatra em Paris. No período de 1973 a 1978, Nery teve contato com a intervenção iniciada pelos Médicos do Mundo (MdM), ação que contou com equipes itinerantes de saúde, as quais prestavam assistência às pessoas que viviam nas ruas, muitas delas infectadas pelo vírus HIV (NERY FILHO, 2015).

As experiências vivenciadas com as equipes da MdM inspiraram Nery a iniciar um trabalho de observação e abordagem nas ruas de Salvador, em 1985, em um período em que já havia assumido o cargo de professor na Universidade Federal da Bahia. Nery se aproximou das demandas das pessoas que viviam em locais públicos de Salvador. Sentindo a necessidade de mais suporte, buscou informações por meio de Claude Olievenstein, professor do

Centro Médico Mormattan, que realizava pesquisas sobre as políticas relativas a drogas na França. A relação entre eles inspirou a criação do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Por meio da influência de Olievenstein, o Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia aceitou financiar o CETAD, em 1985.

Esse centro obteve estrutura inicial para atendimentos em base fixa e para o deslocamento de pesquisadores e técnicos para os pontos da cidade com maior concentração de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, além da organização de pesquisas na área. Segundo Nery, a ideia inicial do CETAD era não ser configurado como um serviço de saúde, de modo a evitar práticas consideradas tradicionais e rígidas oriundas desse setor, mas como serviço de apoio social. Com o interesse de obter informações acerca de outros trabalhos de abordagem de rua, principalmente em função da dificuldade de vincular crianças e adolescentes ao cuidado oferecido, Nery foi à cidade de Santos, em 1989.

Após conhecer a iniciativa santista, ele elaborou, junto com demais colegas do CETAD, o projeto Banco de Rua, que atuou entre 1989 e 1991. A iniciativa teve o objetivo de conhecer a realidade de crianças e adolescentes. A experiência do Banco de Rua constituiu material empírico para a sua tese de doutorado, defendida em 1993, na Universidade de Lyon, sob a orientação do professor Olievenstein. O contato de Nery com os pesquisadores franceses perdurou nos anos seguintes. O seu retorno a Salvador impulsionou as ações voltadas para a implantação do projeto Consultório de Rua. Mirian Gracie Plena N. Oliveira, graduada em Medicina, foi convidada por ele para atuar na equipe clínica do centro e, em 1997, conheceu o projeto Consultório de Rua (CdR).

No ano seguinte, a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) de Salvador iniciou a busca por soluções em relação às crianças em situação de rua, usuárias de drogas, que circulavam no centro histórico. A equipe do

CETAD resolveu participar de um dos encontros desse projeto, e Mirian tomou a iniciativa de apresentar à SETRADS a proposta do CdR (OLIVEIRA, 2009). Em janeiro de 1999, foi firmado um convênio entre a secretaria e esse órgão, para financiar o projeto, implantando-se a primeira equipe, que se manteve ativa até 2004, tendo seu trabalho paralisado por falta de continuidade de financiamento pela prefeitura e pelo governo estadual. Nos anos seguintes, o CETAD continuou os atendimentos em sua sede e Nery procurou, ao longo de seis anos, outras formas de financiamento para o CdR, não obtendo sucesso.

A fim de advogar a favor da inserção de projetos de redução de danos no governo federal, Nery vinha participando do CONFEN, desde os anos finais da década de 1980. Ele estabeleceu redes de contato com agentes do CONFEN e da SENAD; em 2000, conheceu o então secretário, general Paulo Uchôa. Por meio desse contato, os componentes da SENAD realizaram uma visita a Salvador no ano 2000, com a intenção de conhecer o projeto CdR. Segundo Nery, a visita comoveu a comitiva:

[...] aí eu fiquei surpreso, legal, depois de tantos anos valeu a pena aquele chororô do secretário, nós ficamos aqui convictos como valeu, uma mera visita com chororô foi massa e nós aparecemos pela primeira vez, aí como esse documento foi nacional, todo mundo no Brasil começou a falar um pouco do Consultório de Rua. (NERY FILHO, 2015)

A iniciativa soteropolitana foi reconhecida em todo o país, mas, apenas em 2009, foi incluída na proposta de reestruturação da SENAD e recebeu financiamento federal. Apoiado em seu reconhecimento no campo científico e na militância pela redução de danos, Nery acabou conquistando o reconhecimento do programa como uma forma de atuação a ser assumida em todo o país, por meio da SENAD, apesar de relatar que não atuou diretamente para a reprodução e financiamento de sua proposta em âmbito nacional.

Desenvolvimento dos programas em atenção básica para as pessoas em situação de rua

A política de atenção primária foi iniciada, no Brasil, com o lançamento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (BRASIL, 1994). Este, inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), induziu a reformulação dos serviços municipais de atenção primária de todo o país (CREVELIM, 2004). De sua criação até o ano de 2003, as políticas de atenção primária e, de maneira geral, o SUS, não apresentaram propostas específicas às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2003a).

Como resultado dos investimentos do governo federal na atenção básica, ocorreram, nos anos de 2003 a 2008, iniciativas que viriam a influenciar as discussões a respeito de programas em saúde para pessoas em situação de rua, as quais se deram quase em paralelo com o avanço do Consultório de Rua em Salvador.

O programa A Gente de Rua em São Paulo

O município de São Paulo implantou o PACS em algumas unidades de saúde, em 1994. No ano seguinte, o Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac iniciou a organização de ações específicas para a atenção em saúde de pessoas em situação de rua com base na atuação do PACS, devido ao alto número de indivíduos nessa condição que procuravam o serviço (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). Com o êxito dessa experiência e de outras ações, ficou evidente a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010; CARNEIRO JUNIOR et al., 1998). Ademais, foi aprovada a lei 12.316, em 16 de abril de 1997, por meio da articulação da vereadora e assistente social Aldaíza Sposati, que obrigava o município a oferecer assistência às pessoas em situação de rua.

Segundo padre Júlio Lancelotti⁶, no ano 2000, foram iniciadas reuniões com a rede de assistência social e trabalhadores de serviços religiosos para organizar manifestações em prol das pessoas em situação de rua. Constataram a urgência de requisitar ao poder público programas de atenção básica para esse segmento social:

Nós fazíamos um dia de luta para o povo da rua como uma manifestação e tudo, e no governo da Marta nós, quando fizemos essa manifestação, umas das questões era saúde, e na discussão no dia surgiu a possibilidade, “por que não tem uma saúde da família para a população de rua, por que a população de rua está excluída da família?”. (LANCELOTTI, 2015)

Em 2003, por exigência dos movimentos sociais, foi criada uma equipe do PACS voltada especificamente à população de rua, que atuou por meio de visitas de agentes aos serviços sociais da região de abrangência do centro de saúde escola (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). Para esse trabalho, recrutaram, por influência do padre Júlio, uma enfermeira e um agente comunitário egresso da situação de rua.

Houve também, no mesmo ano, o dia de luta da população em situação de rua, uma mobilização que resultou da iniciativa dos trabalhadores dos serviços voltados a essas pessoas e agregou lideranças desse segmento social, com apoio da Pastoral do Povo da Rua. Essa manifestação reivindicou melhorias no acesso aos serviços da rede intersetorial a essa população (CANÔNICO et al., 2007). Na época, Maria Angélica, enfermeira que atuava na Secretaria de Saúde, com foco na região central da cidade, reuniu uma série de agentes dos serviços e dessa secretaria para pensar programas públicos. Surgiu, então, a proposta de fortalecer as equipes PACS, convidando também mais pessoas em situação de rua para trabalhar. Porém, essa organização ocorreu lentamente.

⁶ Júlio Lancelotti é padre, vigário episcopal do Povo da Rua; lidera a Pastoral do Povo da Rua. Atua em São Paulo, com considerável reconhecimento entre os demais entrevistados.

O ano de 2004 foi marcado pela chacina ocorrida na Sé, quando seis pessoas que dormiam nas ruas foram assassinadas, durante as madrugadas dos dias 19 e 21 de agosto. Esse fato intensificou a mobilização de pessoas em situação de rua e trabalhadores da rede de assistência, que, com o apoio do Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis, constituíram o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) (REIS JUNIOR, 2011).

O padre Júlio Lacellotti relatou que, a partir da manifestação de 2003, das mortes ocorridas em 2004, e com o fortalecimento dos movimentos sociais, o governo municipal se viu pressionado a dar respostas às condições de assistência em saúde para as pessoas em situação de rua. Os gestores da atenção básica, junto com demais membros da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propuseram o projeto A Gente na Rua, lançado em 2004, que utilizou a estratégia da Saúde da Família para delinear suas ações. Devido à dificuldade de encontrar parceiros institucionais, o secretário de saúde à época, Gonzalo Vencina Neto, convocou Pe. Júlio para pensar uma solução. Este propôs que o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, uma organização católica sem fins lucrativos, que já realizava trabalho com esse segmento social, se encarregasse do projeto, conforme relato de Marta Marques⁷.

Com o sucesso inicial, o projeto foi ampliado para sete Unidades Básicas de Saúde, no mesmo ano de sua criação, com 11 agentes e uma enfermeira; no ano de 2005, mais 21 agentes foram contratados, além de mais três enfermeiras. Três anos depois, as equipes de agentes comunitários foram reconfiguradas como equipes de saúde da família e aumentaram para nove, sendo contratados mais três médicos e seis auxiliares de enfermagem. Havia também duas assistentes sociais e uma coordenadora (CANÔNICO et al., 2007; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

⁷ Marta Marques é assistente social e trabalha na gestão de uma organização social que gerencia parte das equipes de Consultório na Rua da cidade de São Paulo.

A chegada de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde ocorria por demanda espontânea, como resultado da abordagem dos agentes nas ruas, ou mesmo por encaminhamento de trabalhadores de outros equipamentos sociais. O atendimento inicial envolvia o acolhimento da pessoa pelas enfermeiras, seguido do encaminhamento a procedimentos como consulta médica, curativo, medicação etc. Também eram realizados encaminhamentos para serviços de acolhimento institucional. Além disso, o agente de saúde deveria acompanhar a pessoa aos demais serviços, que incluíam albergues, cartórios, bancos etc., para resolução de outras questões.

Os resultados alcançados pelo programa A Gente na Rua, nos anos de 2004 e 2005, foram comemorados pela equipe paulistana e reconhecidos pela gestão municipal, conforme conta Marivaldo Santos⁸. Por um lado, os resultados exitosos do trabalho começaram a ser reconhecidos pelos trabalhadores da rede, mas, por outro, foi necessária a produção de muitos relatórios, denunciando o preconceito e a difícil negociação com esses trabalhadores, para que mudanças efetivas ocorressem.

A notícia dessa experiência chegou ao Ministério da Saúde, tanto por conta das reportagens produzidas em diversos canais de comunicação, como pela mobilização realizada por Marta e Marivaldo. Os dois agentes passaram a acompanhar todos os eventos realizados pelo ministério, desde o início do projeto, divulgando a experiência de São Paulo.

Conforme Marivaldo, o contato entre o ministério e a organização Bom Parto começou em 2007 – final da primeira gestão do governo Lula -, com o objetivo de colaborar na elaboração da política nacional para pessoas em situação de rua, por meio de um grupo de trabalho interministerial. Marivaldo teve acesso a diversas reuniões desse grupo de trabalho, conseguindo divulgar as ações realizadas na atenção básica para esse segmento social. Ele passou a

⁸ Marivaldo da Silva Santos é assistente social e trabalha em uma organização social que gerencia parte das equipes de Consultório na Rua da cidade de São Paulo. Já esteve em situação de rua por alguns anos.

participar de um grupo de militantes de todo o Brasil, que contribuíram para o estabelecimento da Política Nacional para Inserção Social das Pessoas em Situação de Rua, publicada em 2008.

As equipes do Programa Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte e de Porto Alegre

Em paralelo às ações desenvolvidas em São Paulo, a gestão do município de Belo Horizonte vinha organizando iniciativas voltadas às pessoas em situação de rua (ABOU-YD; VASSALO, 2017; REIS JUNIOR, 2011). Em 1987, foram iniciadas intervenções da Pastoral de Rua nessa Capital, para os catadores de papel moradores de rua. Após sete anos de atuação solitária da pastoral, Patrus Ananias⁹ foi eleito prefeito e solicitou que as secretarias apoiassem a atuação da pastoral. A Secretaria de Desenvolvimento Social iniciou um fórum específico para pessoas em situação de rua, com apoio da Pastoral de Rua, e a proposição de um programa de apoio social a esse público (REIS JUNIOR, 2011). Da parte da saúde, trabalhadores de hospitais psiquiátricos e dos centros de saúde se reuniram e propuseram novos programas, indicando Miriam Abou-yd para assumir a coordenação de saúde mental¹⁰.

O Fórum de PSR convidou a coordenação municipal de saúde mental para participar das reuniões e pensar ações conjuntas. Os técnicos e gestores da Secretaria de Saúde iniciaram conversas acerca da forma de oferecer esse atendimento adequadamente e perceberam que havia muita demanda por atendimentos em saúde mental. Com base em discussões na Secretaria de Saúde e por pressão do Fórum de PSR e da Pastoral de Rua de Belo Horizonte, o Centro de Saúde Carlos Chagas, localizado na região central da cidade, foi escolhido para criar uma equipe de saúde mental, em 1996, que atenderia também a população de rua. Essa equipe iria trabalhar em contato constante

⁹ Advogado, com formação e atuação em ações cristãs, teve trajetória política como vereador e prefeito de Belo Horizonte, além de grande envolvimento com o Partido dos Trabalhadores. Liderou programas municipais de combate à pobreza e desnutrição. Sob seu ministério foi implementado o programa Bolsa Família (ANANIAS, 2007; ANANIAS, 2013).

¹⁰ Miriam teve formação em Psiquiatria e militou por muitos anos em movimento ligado à reforma psiquiátrica.

com os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), que estavam sendo criados. A gestão municipal também procurava dialogar com as equipes dos outros centros de saúde, para que passassem a atender às pessoas em situação de rua que os procurassem (REIS JUNIOR, 2011).

A Secretaria de Saúde implantou, em 2000, o Programa Saúde da Família em toda a cidade, mas os profissionais do centro de saúde verificaram que o modelo de equipe proposto por essa política não funcionava bem para as pessoas em situação de rua. Assim, em 2002, por iniciativa dos funcionários do Centro de Saúde Carlos Chagas, foi criada uma equipe de saúde da família específica para essa população, que realizava abordagem nas ruas, encaminhamento aos centros de saúde de Belo Horizonte e sensibilização das demais equipes do município para o atendimento desse público (REIS JUNIOR, 2011). As equipes de saúde mental começaram a trabalhar em conjunto com o PSF, em um modelo de matriciamento¹¹.

Com a articulação do Fórum da População de Rua, representantes de Belo Horizonte puderam participar das reuniões para a formulação da Política Nacional para Inclusão Social das PSR, do mesmo modo que os agentes paulistanos. Por esse caminho, puderam divulgar as experiências do PSF para pessoas em situação de rua a agentes de todo o país e do Ministério da Saúde.

Outra iniciativa documentada, ocorrida simultaneamente aos programas de Belo Horizonte e de São Paulo, foi o PSF Sem Domicílio de Porto Alegre. Uma equipe de atenção básica foi organizada, em 2004, para realizar atendimento itinerante nas ruas, como parte das determinações da Atenção Básica e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua, desenvolvido pela Secretaria de Assistência Social do Município (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Os depoimentos de pessoas entrevistadas sobre essa experiência foram extremamente sucintos. Elas apenas disseram que era um programa já existente em atenção primária. Os poucos registros obtidos apresentam a

11 Entende-se por matriciamento as ações de apoio oferecidas por equipes multiprofissionais de saúde mental às de atenção primária, por meio de suporte técnico-pedagógico e retaguarda especializada na assistência. Esse trabalho tem o intuito de ampliar o campo de atuação das equipes de atenção primária e qualificar suas ações para casos leves de saúde mental identificados nesse nível de atenção (CHIAVERINI, 2011).

constituição de uma equipe com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários, sendo dois deles ex-moradores de rua. Realizavam atendimento às pessoas em situação de rua no centro de Porto Alegre (UM PROGRAMA..., 2007).

Nesse contexto, junto com essas ações, as iniciativas em atenção básica de Belo Horizonte foram divulgadas nas reuniões interministeriais em Brasília. O que verificamos é que as propostas mineiras chegaram ao Ministério da Saúde por três formas: primeiro, pelo fato de ter sido a primeira equipe especial de PSF voltada às pessoas em situação de rua que solicitou financiamento ao ministério; segundo, militantes do Fórum de PSR de Belo Horizonte participaram de reuniões em Brasília e divulgaram o que ocorria na cidade (não foi possível identificá-los); terceiro, um funcionário do Ministério da Saúde se interessou pelo programa mineiro e realizou sua pesquisa de mestrado a respeito dessa equipe, com o intuito também de subsidiar o Departamento de Atenção Básica (DAB) na organização técnico-financeira de um serviço semelhante. Tal iniciativa mineira iria dar o tom inicial do serviço de saúde integral que o Movimento Nacional da População de Rua vinha exigindo do ministério, a ponto de ter sido escrita uma minuta de portaria fortemente inspirada nessa ideia.

Dessa forma, São Paulo e Belo Horizonte apresentaram desenvolvimento semelhante das políticas de saúde para esse segmento da população. As iniciativas, em ambas as cidades, receberam influências da Pastoral do Povo da Rua, em seu início, e projetaram, as ações por meio dos serviços de atenção básica. Pôde-se perceber também o fortalecimento simultâneo de movimentos sociais. O que difere entre os processos das duas cidades é a articulação do movimento antimanicomial, em Belo Horizonte, e o fortalecimento de ações voltadas à saúde mental. Em Salvador, o caminho se deu pela redução de danos, com influências mais diretas do campo acadêmico, apesar do histórico da cidade em ações filantrópicas e religiosas voltadas para esse público.

A abertura do governo federal às pessoas em situação de rua

Com o início do primeiro governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, o Programa Saúde da Família recebeu investimentos e foi ampliado (TEIXEIRA; PAIM, 2005). Tal ampliação do escopo da atenção básica ocorreu como resposta ao plano de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas da OPAS/OMS¹², de 2005, o que resultou na criação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (CONILL, 2006). Nesse período, novos agentes entraram no ministério, trazendo acúmulos do movimento sanitário e promovendo articulações, como a já citada aproximação entre SENAD e Ministério da Saúde.

Não havia planos do governo federal para responder ao problema da falta de assistência aos mendigos e moradores de rua no Brasil, porém, um fato vivido pelo então presidente Lula, em 2003, mudou essa situação. Um repórter de telejornal entrevistou um catador de materiais recicláveis, que disse estar comendo pela última vez um pedaço de melancia do lixo, devido à eleição do presidente e às melhorias que ele promoveria. Depois de assistir à reportagem, Lula decidiu visitar um grupo de representantes de catadores de materiais recicláveis na cidade de São Paulo (LULA..., 2003). Tal visita se tornou evento anual até o último ano de seu governo (SARAVESE, 2010).

Sob a gerência de Patrus Ananias no Ministério do Desenvolvimento Social, ocorreu a revisão da Lei Orgânica de Assistência Social, com a inclusão de um parágrafo único, no artigo 23, referente à assistência às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2005). Nesse mesmo ano, foi criada a Diretoria de Proteção Social Especial desse ministério, que ficou, inicialmente, sob a gestão da assistente social e socióloga Rita de Cássia Angarten Marchiore, contando com a consultoria de Adelina Barone Renucci e Ana Paula Motta Costa, para os assuntos ligados aos moradores de rua. Adelina Barone Renucci foi representante desse segmento da população na II Conferência Municipal de Assistência Social de São Paulo, em 1997, e atuou como assessora da vereadora Aldaíza

12 OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde; OMS: Organização Mundial de Saúde.

Sposati em 1995. Ana Paula Motta Costa era doutora em Direito e foi autora do artigo “População em situação de rua: contextualização e caracterização” (COSTA, 2005). Essa diretoria foi responsável pela primeira definição, no governo federal, do que constitui “pessoas em situação de rua”. Além disso, organizou um levantamento sobre o segmento da população de rua nas capitais e nos municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes, e iniciou a articulação de representantes de outros ministérios para debater o tema (BRASIL, 2006).

Destacamos também, desse período, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, instância que possibilitou a participação de usuários dos serviços da rede pública nos espaços de discussão, como o Conselho Nacional de Saúde (MENDONÇA et al., 2005). Foi por meio dessa secretaria que os entrevistados Marta Marques e Marivaldo Santos puderam participar das reuniões sobre a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. A SGEP, por meio do Departamento de Gestão Participativa (DAGEP), criou o Grupo de Trabalho Interministerial para Pessoas em Situação de Rua, em outubro de 2006, e o Comitê Técnico de Saúde para a PSR, em 2009. Essas ações resultaram da iniciativa da diretora do departamento à época, Jacinta de Fátima Senna da Silva – enfermeira de formação e com trajetória acadêmica em Saúde Coletiva, com ênfase em equidade e participação popular – e de Leticia Toledo do Amaral – psicóloga de formação, mestra em Psicologia, que teve experiências prévias à sua inserção no Ministério da Saúde com adolescentes em situação de rua e em conflito com a lei. Esse comitê se tornou um importante espaço de mediação entre a gestão federal e os militantes do tema pessoas em situação de rua; coube à SGEP possibilitar a participação dos diversos agentes nas reuniões.

SGEP e a criação do Comitê Técnico de Saúde para Pessoas em Situação de Rua

Em 2007 foi iniciado o segundo mandato do presidente Lula, com a entrada de um novo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, que tinha um histórico ligado ao movimento sanitário. Ele orientou ações importantes para o setor saúde, com base nas propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorri-

da em 2007 (BAHIA; COSTA; STRALEN, 2007). Nessa conferência foi aprovada a elaboração de políticas intersetoriais para as pessoas em situação de rua e uma moção produzida por Eulange de Souza – assistente social, militante pelo Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua desde 1985 -, que defendia a inclusão desse segmento social nas políticas do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Após a pressão iniciada em 2005 pelos representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs), por fóruns ligados à população de rua e pelos trabalhadores de assistência social participantes do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua¹³, o Ministério de Desenvolvimento Social encabeçou, por meio da já citada Diretoria de Proteção Social Especial, a formação de um grupo de trabalho interministerial para se dedicar especificamente à formulação de políticas voltadas para esse público. Foram convidados os Ministérios das Cidades, Educação, Saúde, Justiça, Trabalho e Emprego, bem como a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Defensoria Pública da União. Também foram convidados trabalhadores que atuavam com as pessoas em situação de rua e movimentos sociais. Porém não foi possível obter atas das reuniões; sabemos apenas que Marivaldo Santos, que na época estava iniciando o trabalho no projeto A Gente na Rua, participou dos encontros. Esse grupo de trabalho teve a tarefa principal de produzir propostas para a população de rua, que resultaram na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, em 2008 (BRASIL, 2008). Uma das decisões desse GTI era que cada ministério deveria elaborar propostas para esse grupo populacional.

Letícia Amaral acompanhou as discussões que vinham ocorrendo no Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a População em Situação de Rua, representando muitas vezes o Ministério da Saúde nessa instância. Conforme seu relato, quando o GTI solicitou aos ministérios que apresentassem pro-

13 Nesse encontro, as necessidades de melhoria dos serviços de saúde foram expostas por representantes do Fórum Permanente de Moradores de Rua de Campinas; do Fórum de População de Rua do município de São Paulo; das Secretarias Municipais de Assistência Social de Recife, Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Luís (MA) e Campinas.

postas voltadas às pessoas em situação de rua, o MS foi o primeiro a iniciar a organização de um grupo específico para debater políticas. O grupo interministerial tinha iniciado a discussão sobre estratégias de saúde para a população de rua, no âmbito da qual as experiências paulistana e belo-horizontina em atenção básica eram comentadas e defendidas como modelos a serem seguidos, além dos relatos das experiências do Consultório de Rua de Nery.

Porém, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua (CTSPSR) apenas em 2009, por iniciativa de Jacinta Sena e Letícia Amaral da DAGEP, diante da exigência da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua de que cada ministério criasse políticas para esse público. Elas convidaram diversos representantes de áreas específicas do Ministério da Saúde (tuberculose, saúde mental, HIV/AIDS, atenção básica), do Ministério de Desenvolvimento Social, além de representantes de movimentos sociais, como o Movimento Nacional da População de Rua, a Pastoral do Povo da Rua e ainda representantes do grupo Médicos Sem Fronteiras (MSF), para participar das reuniões.

Conclusões

O reconhecimento pelo Estado brasileiro das demandas de saúde para as pessoas em situação de rua foi iniciado por meio de ações de controle dos segmentos sociais desvalorizados e de reorganização do espaço urbano; estratégias que foram influenciadas aos poucos pelos agentes da Medicina, ao longo do século XX, de maneira semelhante ao encontrado em pesquisas desenvolvidas por Pinell (2010) sobre a experiência francesa. Com as discussões e reformulações de propostas mundiais oriundas da guerra às drogas, o governo brasileiro passou a financiar, nos anos 1970, as internações psiquiátricas dos usuários de substâncias ilícitas, entre os quais se incluíam pessoas que viviam nas ruas ou em péssimas condições de vida, consideradas muitas vezes como alienadas.

A epidemia de HIV/AIDS, a partir dos anos 1980, surgiu como uma justificativa para se avançar em ações de controle e tratamento da população que compartilhava utensílios de uso de drogas e estava em situação de rua. Como era uma população considerada refratária às estratégias tradicionais dos serviços de saúde, ou seja, como os projetos estabelecidos pelo governo não eram atrativos para essa população, foi necessário estabelecer ações como as de busca ativa nas ruas.

Com o desenvolvimento de ações municipais, esses modelos de assistência foram inspiradores para que o governo federal começasse a delinear programas específicos para as pessoas em situação de rua. Podemos elencar como condições históricas de possibilidade (BOURDIEU, 2014; PINELL, 2010) para a abertura do governo para esse tema: a gestão federal de partidos de centro-esquerda, as mobilizações intensas na SENAD, a discussão do tema das drogas na sociedade, a expansão da Política Nacional de Atenção Básica e a promulgação da lei 10.216/2001, que passou a influenciar diversos programas de saúde com a perspectiva antimanicomial e de redução de danos.

Foram elaboradas definições legítimas sobre o segmento social em foco, que passou a ser nomeado “pessoas em situação de rua”, abandonando as nomenclaturas anteriores de moradores de rua e mendigos, inaugurando um olhar mais abrangente sobre a questão. De certo modo, essa definição procurou elucidar a compreensão sobre o problema, mas, de outro, esse processo foi também associado à apropriação do tema pelas disciplinas científicas e pelo governo federal, transformando-o em uma especialidade, situação muito parecida com a ocorrida com o envelhecimento, analisado por Lenoir (1996). A partir dessa nomeação, seriam propostas novas formas de abordar e lidar com os problemas associados a essa especialidade.

A presença de agentes sensíveis à temática no Ministério do Desenvolvimento Social, com histórico de atuação com pessoas em situação de rua e bem posicionados no campo burocrático, permitiu o desenvolvimento inicial da

discussão no governo federal. Isso também favoreceu que militantes passassem a participar das instâncias de decisão – processo de abertura semelhante ao analisado por Dobry (2014), estimulado por agentes de dentro e de fora do governo francês. A militância em favor das pessoas em situação de rua pelas Pastorais de Rua e por servidores públicos ofereceu condições para que elas próprias passassem a se mobilizar politicamente e a exercer pressão sobre o governo, ou seja, adquirissem recursos sociais de ordem militante e comesçassem a ingressar nas instâncias de decisão gradualmente mais acessíveis, como ocorreu com Marivaldo Santos e os militantes mineiros.

A criação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua gerou pressão sobre os diversos setores do governo, levando à produção de respostas ao público em questão. Porém, apenas o Ministério do Desenvolvimento Social e o Ministério da Saúde responderam efetivamente, fato que pode estar relacionado à compreensão de Bourdieu sobre os ministérios da “mão esquerda do Estado” (BOURDIEU, 1998), ou seja, os ministérios que procuram estabelecer programas sociais para os cidadãos, utilizando recursos do Estado. Nesse processo, começou a conformação de um espaço mais definido de cuidado das pessoas em situação de rua, composto e alimentado por acordos e disputas entre agentes interessados no tema e/ou em ganhar posições privilegiadas, a exemplo do ocorrido com as políticas de saúde analisadas por Pinell (2010). Esse espaço, a princípio apenas virtual, ganhou institucionalidade por meio do Comitê Técnico de Saúde para as Pessoas em Situação de Rua, um espaço intercampos composto por posicionamentos de agentes e suas disputas – se considerada a perspectiva de Bourdieu (2015) -, no qual convergiam os investimentos dos agentes de movimentos sociais, agentes do campo burocrático e do campo científico, além dos espaços de militância e do campo político.

O papel do Ministério da Justiça, como determinante das ações voltadas às drogas – ministério responsável pelas políticas sobre drogas e consequentemente pelas intervenções em relação aos grupos de usuários de drogas, entre

eles as pessoas em situação de rua -, foi sendo diluído em outros ministérios, que passaram também a apresentar propostas e disputar responsabilidades sobre esse segmento da população.

O presente trabalho buscou identificar, por meio de análise sócio-histórica, as formas pelas quais o Estado e demais instituições desenvolveram estratégias direcionadas aos segmentos sociais identificados como moradores de rua e as hoje nomeadas pessoas em situação de rua. A análise permitiu compreender que houve sucessões de estratégias para cuidar e, muitas vezes, também controlar, os grupos sociais que se enquadraram nessas classificações. Com o fortalecimento de iniciativas municipais e dos movimentos sociais, o tema começou a se tornar pauta nas instâncias de decisões federais.

Apesar de neste trabalho não aprofundarmos na análise dos capitais sociais e políticos (BOURDIEU, 2004; 2007) dos agentes entrevistados, foi possível definir o caminho trilhado para que o Estado começasse a responder pelo problema de saúde das pessoas em situação de rua. Tal fato ocorreu justamente em função da presença de pessoas com trajetórias de vida marcadas pelo tema, seja como profissionais, seja devido a vivências pessoais em situação de rua. Diante das condições institucionais e históricas favoráveis, essas pessoas puderam abrir espaço nos ministérios para o debate e a definição de estratégias para o público aqui em foco.

Uma questão interessante a se analisar com mais profundidade é a incorporação, pelo governo federal, das propostas criadas pelos governos municipais para as pessoas em situação de rua, uma delas relacionada à redução de danos e outras, à atenção básica. A partir do início dos anos 2010, o debate sobre o modelo de trabalho do Consultório de Rua (redução de danos) e do Consultório na Rua (BRASIL, 2012) ganharam destaque, visto que os dois modelos existiam no país, apesar de apenas o último ter sido institucionalizado na Política Nacional de Atenção Básica.

Esperamos com este artigo contribuir para futuras reflexões sobre o cuidado oferecido pelos serviços de saúde, a partir da criação do SUS, de forma que identifiquem e discutam permanências e mudanças no oferecimento de cuidado em saúde para as pessoas em situação de rua.

Referências

A 13ª EMENDA. Direção: Ava DuVernay. [S.l.]: Foward Movement, Kandoo Films Production. 2016.

ABOU-YD, Mirian; VASSALO, Danielle. Entrevistas. [Entrevista cedida a] Igor da Costa, 20 jun. 2017.

ALMEIDA, Erika Rodrigues. *A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. 2017. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

ANANIAS, Patrus. Pai do Bolsa Família, Patrus Ananias diz que programas de FHC tinham “cadastro com dados equivocados”. [Entrevista cedida a] Flavia Martins y Miguel. *R7 Notícias*, Belo Horizonte, 20 out. 2013. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/pai-do-bolsa-familia-patrus-ananias-diz-que-programas-de-fhc-tinham-cadastro-com-dados-equivocados-20102013#>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

ANANIAS, Patrus. Por que ainda ser cristão hoje? Entrevista especial com Patrus Ananias. [Entrevista cedida a] *Revista IHU Online*, São Leopoldo, 17 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/espiritualidade/159-noticias/entrevistas/4255-por-que-ainda-ser-cristao-hoje-entrevista-especial-com-patrus-ananias>>. Acesso em: 10 out. 2017.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes*. São Paulo: Geração, 2013.

AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

BAHIA, Ligia; COSTA, Nilson Rosario; STRALEN, Cornelis van. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1791-1818, nov. 2007.

BARROS, Sandra Garrido. *A Política Nacional de Luta contra a Aids e o espaço Aids no Brasil*. 2013. 274 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

BERNARDES, Claudio. Número de moradores de rua em São Paulo dobra em menos de 20 anos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, [s. p.], 3 abr. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiobernardes/2017/04/1872033-numero-de-moradores-de-rua-em-sao-paulo-dobra-em-menos-de-20-anos.shtml>>. Acesso em: 4 set. 2018.

BOURDIEU, Pierre. *A miséria do mundo*. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

BOURDIEU, Pierre. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas*. Sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 2007.

BOURDIEU, Pierre. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

BOURDIEU, Pierre. *Sociologie générale*. Cours au Collège de France (1981-1983). Paris: Raisons d'agir/Seuil, 2015.

BRASIL. Decreto n. 85.100, de 2 de setembro de 1980. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1980.

BRASIL. Lei n.11.258, de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. *História e evolução dos hospitais*. Brasília: Ministério da Saúde, 1965.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 692, de 25 de março de 1994. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2006.

BRASIL. *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua*. Brasília, 2008.

BRASIL. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012.

CANONICO, Rhavana Pilz et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 799-803, dez. 2007.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, ago./dez.1998.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, set. 2010.

CECÍLIO, Luis O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface*, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 545-555, 2009.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO, Ester. Moradores de rua: problema se agrava na cidade. *O Povo*, Fortaleza, [s. p.] 23 abr. 2018. Disponível em: <<https://www.opovo.com.br/jornal/reportagem/2018/04/moradores-de-rua-problema-se-agrava-na-cidade.html>>. Acesso em: 4 set. 2018.

CONNILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. (Orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 563-614.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Revista Texto & Contextos*, Porto Alegre, v. 4, n.1, p. 1-15, dez. 2005.

CREVELIM, Maria Angélica. *A participação da comunidade no Programa Saúde da Família na perspectiva do trabalho em equipe*. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CUNHA, Marcelo Antonio. *No olho da rua: a vida na Fazenda Modelo, um dos maiores abrigos de mendigos do mundo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

DELMANTO, Julio. As posições de Lula e seus programas de governo. *Cannabica*, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.cannabica.com.br/secoes/politica/as-posicoes-de-lula-e-seus-programas-de-governo>>. Acesso em: 19 set. 2017.

DOBRY, Michel. *Sociologia das crises políticas*. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Desigualdade de renda no Brasil bate recorde, aponta levantamento do FGV/IBRE*. Rio de Janeiro; São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2019. Disponível em: <<https://portal.fgv.br/noticias/desigualdade-renda-brasil-bate-recorde-aponta-levantamento-fgv-ibre>>. Acesso em: 5 dez. 2019.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

GAZIR, Augusto. Presidente muda Senad, mas polêmica continua. *Folha de São Paulo*, São Paulo, [s. p.], 13 abr. 2000. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fol/pol/ult13042000284.htm>>. Acesso em: 19 set. 2017.

GEORGES, Isabel; CABANES, Robert; TELLES, Vera da Silva. *Saídas de emergência: ganhar/perder na periferia de São Paulo*. São Luis: Bontempo Editorial, 2015.

HOBBSAWM, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX 1914/1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

KOWARICK, Luis. *A espoliação urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

LANCELOTTI, Júlio. Entrevista. [Entrevista cedida a] Igor da Costa, 21 jul. 2015.

LENOIR, Remy. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes, 1996.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, jun. 2014.

LULA chora diante de moradores de rua. *Folha de São Paulo*, São Paulo, [s. p.], 24 dez. 2003. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u56721.shtml>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

MACHADO, Ana Regina. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à

Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.

MENDONÇA, Ana Carolina Oliveira et al. Políticas de saúde do Governo Lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 109-124, maio/ago. 2005

MESQUITA, Fabio. Aids e drogas injetáveis. In: LANCETTI, Antônio (Org.). *Saúde de Loucura 3*. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 45-56.

NERY FILHO, Antonio. Entrevista. [Entrevista cedida a] Igor da Costa, 20 set. 2015.

OLIVEIRA, Miriam Gracie-Plena. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. 2009. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PINELL, Patrice. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fio-cruz, 2010.

REIS JUNIOR, Antonio Garcia. *Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG*. 2011. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, Paulo Silvino. *“Prescrições médicas” contra os males da nação: diálogos de Franco da Rocha na construção das Ciências Sociais no Brasil*. 2010. 157 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2010.

RODRIGUES, Tiago. Política de Drogas e a lógica dos danos. *Verve*, São Paulo, n. 3, p. 257-277, jan./jun. 2003.

ROSA, Cleisa Maria. *Vida de rua*. São Paulo: Editora Hucitec; Rede Rua, 2005.

SARAVESE, Maurício. Em natal de catadores, Lula ora por Alencar, cobra Kassab e promete visitar lixões. *Notícias UOL*, São Paulo, 23 dez. 2010. Disponível em:

<<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2010/12/23/em-natal-de-catadores-lula-ora-por-alencar-cobra-kassab-e-promete-visitar-lixoes.htm>>. Acesso em: 25 set. 2017.

SOUZA, Jamacy Costa. *A gênese do Programa de Incentivo Fiscal à Alimentação do Trabalhador (PIFAT/PAT)*. 2013. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013a.

SOUZA, Jamacy Costa; VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria; PINELL, Patrice. Uma abordagem sócio-histórica à análise de políticas: o caso do Programa de Alimentação do Trabalhador no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-15, fev. 2018.

SOUZA, Tadeu de Paula. *A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”*: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). Campinas: Unicamp, 2013b.

SOUZA E SILVA, Marcelo José; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-18, 2019.

STAREPRAVO, Fernando Augusto; MARCHI JUNIOR, Wanderley. (Re) pensando as políticas públicas de esporte e lazer: a sociogênese do subcampo político/burocrático do esporte e lazer no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 42-49, 2015.

STOFFELS, Marie Ghislaine. *Os mendigos na cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-263, 2005.

TERRA, Livia Maria. As ideias e o Brasil: apontamentos sobre os usos da medicina social à brasileira. *Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais*, Araquara, n. 18, p. 27-40, 2014.

TYKANORI, Roberto. Entrevista. [Entrevista cedida a] Igor da Costa, 20 jun. 2017.

UM PROGRAMA pioneiro no país. *Correio do Povo*, Porto Alegre, [s. p.], 2007. Disponível em: <<http://www.correiodopovo.com.br/Jornal/A112/N282/HTML/05UM9PRO.htm>>. Acesso em: 20 set. 2017.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Maria. *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria; PINELL, Patrice. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*, Brighton, v.36, n. 3, p. 432-446, mar. 2014.

VILELLA, Flavia. Número de pessoas em situação de rua aumenta mais de 15% em 3 anos no Rio. *Agência Brasil*, Rio de Janeiro, 04 jun. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-aumenta-mais-de-150-em-3-anos-no-rio>>. Acesso em: 04 set. 2018.

Recebido em: 10 de setembro de 2019

Aprovado em: 08 de maio de 2020