



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS**

MARIA DE LOURDES BARROS AVELINO

**TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO
MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE (2019 A 2022)**

**São Cristóvão – SE
2023**

MARIA DE LOURDES BARROS AVELINO

**TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU/SE (2019 A 2022)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos.

São Cristóvão – SE

2023

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

A948t Avelino, Maria de Lourdes Barros.
 Tuberculose na população em situação de rua do município de
Aracaju/SE (2019 a 2022) / Maria de Lourdes Barros Avelino ;
orientadora Vânia Carvalho Santos. - São Cristóvão, SE, 2023.
 106 f.

 Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2023.

 1. Serviço social com pessoas socialmente excluídas. 2. Serviço social -
Pesquisa. 3. Política pública. 4. Tuberculose. I. Santos, Vânia Carvalho,
orient. II. Título.

CDU 364.2:61

MARIA DE LOURDES BARROS AVELINO

**TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU/SE (2019 A 2022)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como requisito para à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos

Aprovada em: XX/XX/XXXX.

BANCA EXAMINADORA

**Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos
(Orientadora – UFS)**

**Prof.^a Dr.^a Catarina Nascimento de Oliveira
(Examinadora Interna – UFS)**

**Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Tavares Leite
(Examinadora Externa ao Programa)**

**Prof.^a Dr.^a Nelmires Ferreira de Oliveira
(Examinadora Interna Suplente– UFS)**

Dedico este trabalho Àquele que possui a atribuição de iniciar e encerrar ciclos, e que desde antes de minha chegada na Terra já cuidava de mim. Xeueu, Babá! Babá Dimula, Igbim!

AGRADECIMENTOS

O ciclo foi fechado, a missão foi cumprida e, por fim, posso dizer que me tornei mestre em Serviço Social pelo PROSS/UFS. Desse percurso formativo saio convicta que:

Sempre é preciso saber quando uma etapa chega ao final. Se insistirmos em permanecer nela mais do que o tempo necessário, perdemos a alegria e o sentido das outras etapas que precisamos viver. Encerrando ciclos, fechando portas, terminando capítulos – não importa o nome que damos, o que importa é deixar no passado os momentos da vida que já se acabaram.

[...]

Encerrando ciclos. Não por causa do orgulho, por incapacidade, ou por soberba, mas porque simplesmente aquilo já não se encaixa mais na sua vida. Feche a porta, mude o disco, limpe a casa, sacuda a poeira. Deixe de ser quem era, e se transforme em quem é. (Hurtado, 2003¹)

Outra convicção que se faz presente é que não é possível seguir sozinha e que devemos ser gratas aos que passam e aos que permanecem em nossas vidas, sendo assim, agradeço de forma incondicional:

Ao Senhor de minha cabeça, por se fazer presente em meu percurso na Terra e jamais me deixar só;

À minha família de alma, cujos laços de afetividade e de cumplicidade são mais fortes e duradouros do que qualquer ligação sanguínea;

Aos amigxs, que me apoiaram incondicionalmente nesta empreitada;

Aos companheiros de trabalho do Consultório na Rua (CnR) de Aracaju e aos usuários em situação de rua, pelos ensinamentos pessoais e profissionais na lide cotidiana de atuação no ano zero da Pandemia da COVID-19;

A Gabriel O. Poderoso, meu terapeuta, que me auxiliou a enxergar as potencialidades existentes em mim;

A minha querida orientadora Vânia Carvalho Santos, pela parceria firmada e pela confiança depositada;

A Iris Karine, pelo entusiasmo e contribuições na construção desta dissertação;

À Banca Examinadora pelas contribuições realizadas para melhoria do trabalho, pelo profissionalismo e pela ética demonstrada;

Aos colegas de turma do Mestrado em Serviço Social da UFS, pela parceria e incentivo em cada fase desta pós-graduação.

¹ Encerrando Ciclos, Glória Hurtado. Fonte: Jornal El Pais de Cali em 21/01/2003

“[...] para caminhar nos nesse mundo calçado nos conflitos e negociações, convoquemos nossos Exus, pratiquemos as encruzilhadas em busca da ampliação de possibilidades, combatendo o desarranjo das memórias, a escassez e o dismantelo cognitivo produzido como política de terror e desencante nos cotidianos e esquinas do mundo.” (RUFINO, 2019, n. p.).

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar a prevalência da tuberculose na população em situação de rua em Aracaju entre os anos 2019 a 2022, a partir de levantamento realizado em sítios institucionais. A pesquisa desenvolvida foi a descritiva, com base em dados qualitativos e quantitativos, recorrendo-se aos procedimentos de pesquisa de revisão de literatura sobre as temáticas abordadas e levantamento de dados através de pesquisa documental nos sítios do Ministério da Saúde, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e da Secretária de Saúde de Aracaju. A análise da pesquisa está pautada pelo método materialista histórico-dialético, em virtude da possibilidade de apreensão crítica dos fenômenos da realidade. O estudo traçou, portanto, um panorama acerca da configuração da política social na sociedade capitalista e seus rebatimentos para os segmentos mais vulneráveis; descreveu o perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua de Aracaju; e verificou a relação entre a prevalência dos casos de Tuberculose na população em situação de rua de Aracaju e o contexto de restrição de direitos no qual se encontra submetida, comparando com a ocorrência geral de casos da doença no município. Aracaju registrou no SINAN, 2081 casos de Tuberculose de 2019 a 2022, sendo 4,2% de PSR e 1,4% com situação ignorada/branco. O perfil sociodemográfico das PSR com tuberculose é composto pelo sexo masculino (85,2%), pretos/pardos (82,9%), com idade de 25 a 44 anos (59%), e predominância de novos casos (53%) e reingressos após abandono de tratamento (34%), do tipo pulmonar (98%), alto índice de alcoolistas (73,8%), de tabagistas (67%), usuários de drogas ilícitas (65,9%), com encerramento por cura (27,2%) e abandono do tratamento (25%). Confirmou-se a hipótese de que o índice de cura contra a tuberculose na PSR é reduzido em comparação a população em geral que apresenta a doença. São necessárias maiores pesquisas para fundamentar e ampliar as discussões sobre tuberculose e as PSR, para tornar visível o problema de saúde pública e subsidiar decisões para implementação de políticas sociais pelo Estado.

PALAVRAS-CHAVES: Políticas Públicas de Saúde. Tuberculose. Pessoas em Situação de Rua.

ABSTRACT

This work aimed to identify the prevalence of tuberculosis in the homeless population in Aracaju between 2019 and 2022, based on a survey carried out in institutional sites. The research developed was descriptive, based on qualitative and quantitative data, resorting to the research procedures of literature review on the themes addressed and data collection through documentary research on the sites of the Ministry of Health, the Information System of Notifiable Diseases (SINAN), and the Secretary of Health of Aracaju. The research analysis is guided by the historical-dialectical materialist method, due to the possibility of critical apprehension of reality phenomena. The study, therefore, outlined an overview of the configuration of social policy in capitalist society and its consequences for the most vulnerable segments; described the sociodemographic profile of homeless people in Aracaju; and verified the relationship between the prevalence of Tuberculosis cases in the homeless population of Aracaju and the context of restriction of rights in which they are subjected, comparing with the general occurrence of cases of the disease in the municipality. Aracaju registered 2081 cases of Tuberculosis on SINAN from 2019 to 2022, 4.2% of which were PSR and 1.4% were ignored/blank. The sociodemographic profile of HP with tuberculosis is made up of males (85.2%), black/brown (82.9%), aged 25 to 44 years (59%), and a predominance of new cases (53%) and re-entry after treatment abandonment (34%), pulmonary type (98%), high rate of alcoholics (73.8%), smokers (67%), users of illicit drugs (65.9%), with closure due to cure (27.2%) and treatment abandonment (25%). The hypothesis that the cure rate against tuberculosis in PSR is reduced compared to the general population that presents the disease was confirmed. More research is needed to support and expand discussions about tuberculosis and HP, to make the public health problem visible and support decisions for the implementation of social policies by the State.

KEYWORDS: Public Health Policies. Tuberculosis. People in Street Situation

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana
AIS – Ações Integradas de Saúde
BA – Bahia
BCG – Bacilo de Calmette-Guérin
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEME – Central de Medicamentos
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CNPS – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CnR – Consultório na Rua
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONGEMAS – Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social
DF – Distrito Federal
DNT – Divisão Nacional de Tuberculose
eAB – Equipe de Atenção Básica
EC – Emenda Constitucional
eCR – Equipe de Consultório na Rua
eSF – Equipe de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FHC – Governo de Fernando Henrique Cardoso
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS – Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR – Movimento Nacional da População de Rua
MS – Ministério da Saúde
NASF-AB – Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OAF – Organização Auxílio Fraternal
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNPSR – Política Nacional para a População em Situação de Rua
POP-RUA – Pessoas em Situação de Rua
PROSS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PSR – População em Situação de Rua
PT – Partido dos Trabalhadores
SAE – Programa Municipal de Combate e Controle da Tuberculose e Serviço de Assistência Especializada
SE – Sergipe
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNT – Serviço Nacional de Tuberculose
SP – São Paulo
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UFS – Universidade Federal de Sergipe
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Pessoas em Situação de Rua no Brasil (2012-2022) | 56 |
| Tabela 2 Pessoas em Situação de Rua por Grande Região (2012-2022) | 56 |
| Tabela 3 Estrutura etária da população em Aracaju/SE – 2000 e 2010 | 58 |
| Tabela 4 Casos de tuberculose no SINAN – Sergipe (2019-2022)..... | 72 |
| Tabela 5 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Sexo e Raça..... | 73 |
| Tabela 6 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Idade e Tipo de Entrada | 74 |
| Tabela 7 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) Benefício do Governo e Tipo da Tuberculose | 75 |
| Tabela 8 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – AIDS e HIV..... | 75 |
| Tabela 9 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Alcoolismo, Diabetes e Doença Mental..... | 76 |
| Tabela 10 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Drogas ilícitas, tabagismo e outras doenças | 77 |
| Tabela 11 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) Formas de Encerramento | 78 |
| Tabela 12 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) | 80 |
| Tabela 13 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Raça-Etnia e Sexo..... | 81 |
| Tabela 14 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Faixa Etária e Tipo de Entrada | 82 |
| Tabela 15 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Benefício do Governo, Tipo de Tuberculose, HIV/AIDS | 84 |
| Tabela 16 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Alcoolismo, Diabetes e Doença Mental..... | 85 |
| Tabela 17 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Drogas Ilícitas, Tabagismo e Outras Doenças | 85 |
| Tabela 18 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Encerramento | 86 |
| Tabela 19 Tuberculose, População em Situação de Rua em Aracaju, Alcoolismo, Drogas Ilícitas e HIV-AIDS (2019-2022)..... | 88 |
| Tabela 20 Tuberculose, População em Situação de Rua em Aracaju, Alcoolismo, Tabagismo e Sexo (2019-2022) | 89 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 14 |
| 1. CAPÍTULO I – ESTADO, CAPITALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS | 19 |
| 1.1. O Estado e o sistema capitalista | 19 |
| 1.2. No Brasil: que Política Social é essa? | 24 |
| 2. CAPÍTULO II – CIDADÃOS INVISIBILIZADOS: CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA | 34 |
| 2.1. Os direitos sociais versus a população em situação de rua | 34 |
| 2.2. O Movimento Nacional da População em Situação de Rua e os avanços nas conquistas dos direitos sociais no Brasil | 37 |
| 2.3. O que significa “está em situação de rua”? | 45 |
| 2.4. Quem são as pessoas em situação de rua? | 53 |
| 3. CAPÍTULO III – CONTEXTOS VULNERÁVEIS: A TUBERCULOSE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA | 62 |
| 3.1. A experiência no Consultório na Rua de Aracaju-SE | 62 |
| 3.2. O estar nas ruas e o desenvolvimento da tuberculose na população em situação de rua | 65 |
| 3.3. A ocorrência da tuberculose na população do Município de Aracaju/SE (2019 a 2022) | 71 |
| 3.4. A tuberculose e a população em situação de rua em Aracaju/SE (2019 a 2022) | 80 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 93 |
| REFERÊNCIAS | 97 |

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa ocasionada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, descoberta em 1882 por Robert Koch. A tuberculose humana se caracteriza por apresentar longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação de sintomas clínicos. Dentre os impactos da doença, pode-se citar o acometimento dos pulmões, além de ossos, rins e meninges. Apesar de ser uma doença grave, é possível alcançar a cura em praticamente todos os casos, quando cumpridas as recomendações clínicas e seguido o respectivo tratamento.

No entanto, os elementos coletados indicam que a doença continua a ser um problema de saúde pública. A título de exemplo, a publicação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) revela que 1,2 milhão de pessoas no mundo morreram, no cenário de mais de 10 milhões de pessoas que desenvolveram a tuberculose em 2019. É importante destacar que a OPAS expôs que a pandemia de Covid-19 impactou negativamente e até mesmo regrediu o progresso alcançado nos últimos anos no combate contra a tuberculose mundialmente, ao influenciar no acesso das pessoas ao diagnóstico e ao tratamento preventivo e curativo. Assim, os dados demonstram que, em 2020, a situação se tornou ainda mais preocupante quando houve aproximadamente, 1,5 milhão de óbitos decorrentes da tuberculose, sendo que, desse número, 214 eram pessoas que viviam com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (OPAS, 2021).

Para mais, a aproximação com a temática permitiu questionar a respeito de fatores que implicam na prevalência da doença, especialmente considerando a possibilidade de que existam condições propícias para a continuidade e a elevação do número de casos. Nesse sentido, a atuação da pesquisadora no serviço de saúde denominado como Consultório na Rua, entre abril de 2020 e março de 2021, dada a sua condição de assistente social residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Sergipe (UFS), despertou o olhar quanto à indagação de que as pessoas em situação de rua podem ser mais vulneráveis a exposição aos agentes causadores da tuberculose, além de outras doenças.

Dentre as diversas demandas que chegavam até a equipe do Consultório na Rua, chamou atenção o quantitativo de usuários que acessavam o serviço para

prosseguimento do tratamento contra a tuberculose – desde a coleta de amostra para realização do exame “teste de escarro”, encaminhamento para o Programa Municipal de Combate e Controle da Tuberculose e Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Aracaju, dispensação dos medicamentos com orientações da forma de uso, até acompanhamento do tratamento realizado. Essa forma de atender os usuários ocorre independente da sintomatologia apresentada, destacando-se nesse processo a postura acolhedora, humanizada e resolutiva dos trabalhadores do serviço, que vem sendo construído e aperfeiçoado desde 2015, o ano de implantação do serviço na capital sergipana, sendo sinônimo de experiência e legitimidade na atuação com esse público.

Tendo em vista que a pesquisa cria um elo entre o pensar e o agir das pessoas, além de fomentar e atualizar o ensino diante da realidade do mundo (Minayo, 2001), no espaço de trabalho do Consultório na Rua houve a partilha com os demais trabalhadores do cotidiano desafiador de levar o cuidado em saúde e possibilitar o acesso a direitos sociais básicos às pessoas em situação de rua, que historicamente são colocados à margem da sociedade, e que tem no contexto pandêmico essa condição agudizada.

O Boletim Epidemiológico da Tuberculose do Ministério da Saúde, datado de março de 2022, constata o aumento dos casos notificados de 2012 a 2021, sendo que os números mostram variação de 17.442 a 24.710 de casos em populações vulneráveis. Dentre essas, a incidência dos casos na população em situação de rua passou de 1.689 para 1.809, entre os anos de 2015 e 2021. Por outro lado, a pesquisa publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em dezembro de 2022, apresenta a estimativa de que há mais de 281 mil pessoas em situação de rua no Brasil atualmente, conforme registros no Cadastro Único, um aumento de 211% ao apurado em 2012.

Dito isso, o desafio que se apresentou para a pesquisa, constituindo-se, em seu objeto foi “A prevalência da tuberculose na população em situação de rua em Aracaju entre os anos 2019 a 2022”. Nesse sentido, estabeleceu-se como objetivo geral “identificar a prevalência da tuberculose na população em situação de rua em Aracaju entre os anos 2019 a 2022, a partir de levantamento realizado na base de dados do Ministério da Saúde, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e da Secretária de Saúde de Aracaju”. Enquanto universo de pesquisa, tem-se todos os casos de tuberculose registrados de acordo com o recorte.

Em termos de objetivos específicos, pretendeu-se: traçar panorama acerca da configuração da Política Social na sociedade capitalista e seus rebatimentos para os segmentos mais vulneráveis; descrever o perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua de Aracaju, e verificar a relação entre a prevalência dos casos de Tuberculose na população em situação de rua de Aracaju, comparando com a ocorrência geral de casos da doença no município.

Ao longo do trabalho, se buscou subsídios para afirmar a seguinte hipótese: que “o índice de cura contra a tuberculose nas pessoas em situação de rua é reduzido em comparação a população em geral que apresenta a doença”, considerando que “as expressões da questão social – exclusão, pobreza, invisibilidade, desigualdade, preconceito e violência – vivenciadas pelas pessoas em situação de rua, intensificam sua condição de vulnerabilidade a tuberculose”. Tais hipóteses elencadas convergem com o preconizado por Minayo (2001), quando afirma que toda investigação é iniciada por questão ou dúvida e tem interligação com conhecimentos anteriores.

A pesquisa foi relevante ao considerar que nos últimos anos vêm aumentando os casos de mortes por tuberculose no Brasil e no mundo, e a partir da pandemia da COVID-19 no início de 2020, tais incidências se tornaram mais incisivas, uma vez que ambas as doenças comprometem de forma grave o sistema respiratório do sujeito acometido. Aliada a crise sanitária de proporção global, soma-se o período de crise política, econômica e social vivenciado, com forte ofensiva neoliberal de desmonte de direitos sociais, mediante contrarreformas, desfinanciamentos e cortes orçamentários nas políticas, proporcionados também pela Emenda Constitucional nº 95/2016².

No Brasil, o cenário é de regressão de direitos garantidos constitucionalmente a partir de 1988 por meio das políticas públicas, a exemplo da Seguridade Social (previdência social, saúde e assistência social), havendo o sucateamento e desvalorização da coisa pública e investimento no setor privado, sendo os/as cidadãos/as obrigados/as a pagar por serviços que deveriam ser ofertados na lógica

² Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016: estabelece Novo Regime Fiscal - NRF no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, o qual vigorará por vinte exercícios financeiros. O NRF fixa limites individualizados para o Poder Executivo, para os órgãos dos Demais Poderes, Ministério Público da União – MPU e Defensoria Pública da União – DPU, para as despesas primárias dos órgãos integrantes daqueles orçamentos e estabelece, [...], o método para sua apuração. Disponível em: <<https://www.tre-pr.jus.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/gestao-orcamentaria-financeira-e-fiscal/emenda-constitucional-no-95-ec-95-limite-dos-gastos-publicos>>. Acesso em: 25 de mai. 2023.

do direito social e de forma gratuita. Nesse modo de atendimento, as pessoas que não possuem condições para tal acabam tendo suas condições de vulnerabilidade e risco sociais agravadas na atual crise da sociabilidade capitalista.

No âmbito do Serviço Social, a pesquisa desenvolvida deve possibilitar o debate, o aprofundamento e a visibilização das temáticas relacionadas às pessoas em situação de rua e a política de saúde, tendo em vista que a saúde é um dos principais espaços de trabalho ocupado pelo assistente social desde a sua conformação histórica até a contemporaneidade, enquanto especialização do trabalho coletivo inserido na divisão sócio-técnica do trabalho (Iamamoto, 2009). Além disso, ao integrar equipes multiprofissionais, com intervenções em diversos espaços de trabalho, o assistente social impulsiona o acesso a direitos sociais a diversos extratos sociais.

Especificamente, na condição de serviço de base territorial, o Consultório na Rua implementa princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, sendo um contraponto a força ainda presente na sociedade da instituição hospitalar. Portanto, é um desafio desse novo fazer saúde para as diversas especialidades profissionais que compõem o Consultório na Rua (forma que é estruturado o processo de trabalho, requisições cotidianas e as habilidades e competências que se fazem necessárias à operacionalização), reconhecer que há intersecções de expressões da questão social nos usuários atendidos, a exemplo do sofrimento psíquico aliado com questões clínicas e a situação de extrema pobreza.

De modo geral, ratifica-se a importância acadêmica e social do estudo, haja vista que estudar as temáticas citadas representa um ato de resistência e defesa dos sistemas de garantias de direitos sociais, em específico de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, integral e equânime para todos que estão em solo brasileiro, estando de acordo com a proposta da linha de pesquisa que perpassa pela abordagem de política social, movimento social e trabalho do assistente social. Constitui-se assim em uma forma de demonstrar a importância e a viabilidade da política pública de saúde para a sociedade brasileira e defender os preceitos da Constituição Federal de 1988 no que concerne a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, erradicando a pobreza, a marginalização e reduzindo as desigualdades sociais, com a promoção do bem de todos (sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, ou quaisquer outras formas de discriminação).

O estudo realizado foi de caráter descritivo, tendo “[...] como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.” (Gil, 2002, p. 43). Enquanto ferramentas de pesquisa recorreu-se a pesquisa bibliográfica, através da leitura de autores/as que discutem as temáticas abordadas, e a pesquisa documental, que teve como fonte principal, os sítios do Ministério da Saúde, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e da Secretária de Saúde de Aracaju. Assim, com base em roteiro elaborado, foram coletados dados de natureza quali-quantitativa, considerando a complementaridade existente entre os dados referidos.

Feito isso, os dados foram analisados tendo como norte o Materialismo Histórico-Dialético, por consistir em método que contribui para desvelar a realidade concreta dos fenômenos estudados, ao possibilitar apreender o real a partir da sua gênese e desenvolvimento histórico, na perspectiva de totalidade. Nessa direção, a análise dos dados permitiu relacionar as informações obtidas através de levantamento documental, com o conhecimento já produzido sobre a temática, a fim de responder os objetivos elencados.

Por fim, os elementos coletados e as análises realizadas, foram estruturados sob o formato de dissertação, que está dividida em três capítulos, além da introdução e das considerações finais.

1. CAPÍTULO I – ESTADO, CAPITALISMO E POLÍTICAS SOCIAIS

O capítulo I responde ao objetivo de traçar panorama acerca da configuração da Política Social na sociedade capitalista e seus rebatimentos para os segmentos mais vulneráveis. Assim, parte-se da retomada histórica de formação do Estado frente ao modelo de produção capitalista, o que compõe o terreno necessário para configuração da luta de classes e o surgimento das políticas sociais. No momento seguinte, são apresentadas reflexões a respeito da Política Social gestada em território brasileiro, destacando as suas particularidades e as consequências da sua configuração para a sociedade, o que possibilita lançar as bases para as discussões que serão tratadas posteriormente.

1.1. O Estado e o sistema capitalista

O Estado tem como finalidade organizar a vida em sociedade, sendo marcado por relações tensas e tensionadas, complementares e necessárias com outros atores. Sob esse viés, para entender o Estado é preciso situá-lo dentro de uma determinada sociabilidade histórica, observando suas possibilidades e limitações.

Há estudos que buscam a definição sobre o Estado e a sua influência na sociedade, não se tratando de interesse recente, mas que data desde a Grécia antiga, sendo perpassado por distintas abordagens, tais como o contratualismo, representado por Hobbes, Locke e Rouseau, no qual as concepções atuais sobre Estado e sociedade civil são embasadas nessas teorias acerca do “direito natural”, chegando até as análises de Hegel, Marx, Lênin e Gramsci.

Existem também concepções de Estado para o pensamento liberal, tendo Tocqueville, Keynes e Hayek enquanto principais expoentes e autores da contemporaneidade, a exemplo de Habermans (Montaño; Duriguetto, 2011, p. 19-22). Já a tradição marxista possui observações da realidade vivenciada pelos autores em distintas épocas históricas, nas quais o Estado assume contornos diferenciados, considerando-se ainda o ângulo observado por cada autor, conforme expõem Montaño e Duriguetto (2011, p. 34):

Particularmente, em relação ao Estado, pode-se dizer que não há, portanto, nessa tradição, uma teoria do Estado, completa e acabada, mas determinações diversas sobre o Estado em contextos variados. Não temos assim um tratado marxista sobre Estado, mas observações diversas das determinações que este vai assumindo.

Para Marx o que se denomina sociedade civil, perpassa pela constituição da sociedade burguesa, ligada as esferas da produção e da reprodução da vida material das pessoas. O Estado por sua vez, é concebido como produto dessa sociedade, expressando as contradições existentes e as perpetuando (Montaño; Duriguetto, 2011, p. 35).

Tal linha de raciocínio compreende que a sociedade é dividida em classes sociais antagônicas – a burguesia detém os meios de produção e a classe operária a força de trabalho – classe dominante e classe dominada, respectivamente, havendo uma relação também de contradições e perpetuações de relações entre opressores e oprimidos.

Dessa relação surge o Estado, que representa os interesses de uma classe, ou seja, “[...] a burguesia, ao ter o controle dos meios de produção e ao ter controle sobre o trabalho no processo de produção, passa a constituir a classe dominante, estendendo o seu poder ao Estado, que passa a expressar os seus interesses, em normas e leis” (Montaño; Duriguetto, 2011, p. 36).

A concepção de Marx é compartilhada por Lênin e Gramsci, com determinadas especificidades. Enquanto Gramsci concebe o Estado, a partir dos conceitos básicos trabalhados por Marx, Engels e Lênin para pensar a relação da sociedade civil com o Estado, sem dissociar da realidade capitalista do seu tempo, percebendo que:

[...] uma intensa socialização política – resultante da presença de organizações, tanto dos trabalhadores quanto do capital, no cenário do capitalismo desenvolvido (partidos políticos, sindicatos), da conquista do sufrágio universal, do fascismo e do nazismo, como movimentos de expressão da hegemonia política da burguesia – [...] uma complexificação das relações de poder e de organização de interesses, que fazem emergir uma nova dimensão da vida social, a qual denomina de sociedade civil. Essa esfera designaria o espaço em que se manifesta a organização e a representação dos interesses dos diferentes grupos sociais, da elaboração e/ou difusão de valores, cultura e ideologias. [...]. É uma das esferas sociais em que as classes organizam e defendem seus interesses, em que se confrontam projetos societários, na qual as classes e suas frações lutam para conservar ou conquistar hegemonia (Montaño; Duriguetto, 2011, p. 43).

É dessa ideia de socialização da política que Gramsci entende que o Estado se amplia e assume novas funções, o que acaba por considerar a luta de classes, preservando a sua dimensão coercitiva, como identificado por Marx e Engels, e adicionando a esfera da sociedade civil, que objetiva o consenso dos conflitos entre as classes (Montaño; Duriguetto, 2011, p. 43).

Compreende-se então que o Estado é representante dos interesses da classe dominante e para defendê-los faz uso da coerção, sendo também arena de disputa entre as classes sociais – resultado de conquistas dos trabalhadores e concessões da classe dominante –, dependendo do período histórico e das correlações sociais de forças existentes.

Por ser arena de disputa entre as classes sociais, o Estado está imbricado diretamente com os primeiros registros do que podemos considerar políticas sociais, embora não haja data que os demarque, adotando-se o consenso de origem no final do século XIX na Inglaterra, relacionada aos movimentos sociais da época. O Estado liberal começou a se consolidar em contraposição ao regime absolutista vigente, conforme Behring e Boschetti (2011).

Anterior ao Estado liberal, as legislações sociais tinham forma de ações punitivas para a população, em vez de promover a assistência, “[...] as legislações sociais pré-capitalistas eram punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência e do trabalho forçado [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p. 51). Com o advento do Estado liberal, houve inúmeras mudanças e impactos importantes para os direitos do homem, consideradas como geração de direitos, embora se compreenda haver uma “[...] sucessão cronológica de etapas, como se tratasse de um processo evolutivo [...]” (Simões, 2011, p. 76).

Essa classificação é adotada com a finalidade de facilitar a didática de compreensão, entretanto o mais apropriado é “dimensão de direitos”, por ser um processo de acumulação de valores, formando um conjunto e obtendo sentido quando se complementam (Bonavides, 2006, apud Simões, 2011, p. 76).

A primeira geração de direitos são os individuais (civis e políticos), e visavam impor limites ao absolutismo, tendo como documentos da época a “[...] Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, na Revolução Francesa de 1789, e a Declaração dos Direitos do Estado da Virgínia, na Independência dos Estados Unidos, em 1776” (Simões, 2011, p. 78).

Essa construção é processual, sendo que as legislações pré-capitalistas foram substituídas pela geração dos direitos individuais. Ao ganhar ascensão, o modo de produção capitalista veio com o crescente processo de industrialização no século XIX, e a alteração das relações sociais e de produção – indústria de desigualdades sociais, provocando a “[...] Revolução Industrial [na qual] a questão operária foi explicitada como questão social para o conjunto da sociedade [...]” tendo

como protagonistas a classe operária, a burguesia industrial e o Estado liberal [...]” (Oliveira *et al.*, 2006, p. 02) ou nos termos de Behring e Boschetti (2011, p. 51) “[...] a Revolução Industrial lança os pobres à “servidão da liberdade sem proteção”, com subsunção do trabalho ao capital, provocando o pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada questão social”.

O cenário descrito leva ao surgimento da segunda geração de direitos, denominados de sociais sendo decorrentes “[...] do desenvolvimento e expansão do capitalismo industrial, contra as condições predatórias do trabalho” (Simões, 2011, p. 78). A partir do séc. XX o Estado liberal dá sinais de esgotamento, questionamentos e pressões sociais para rever os conceitos de liberdade e igualdade formais adotados, tendo em vista o distanciamento entre as condições concretas da realidade vivida pelos trabalhadores e os princípios propagados pelo Estado.

As feições do Estado capitalista sofrem modificações, passa de Estado liberal para o Estado social, não significando transformação para a classe trabalhadora, visto nenhum criticar ou questionar os fundamentos do modo capitalista, logo:

[...] não existe polarização irreconciliável entre o Estado liberal e o Estado social, ou de outro modo, não houve ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o Estado social capitalista do século XX. Houve, sim, uma mudança profunda na perspectiva do Estado, que abrandou seus princípios liberais e incorporou orientações social-democratas num novo contexto socioeconômico e da luta de classes, assumindo um caráter mais social [...] (Behring; Boschetti, 2011, p. 63).

Percebemos que os direitos do homem passam continuamente por modificações, visto:

O elenco dos direitos do homem se modificou, e continua a se modificar, com a mudança das condições históricas, ou seja, dos carecimentos e dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas, etc (Bobbio, 2004, p. 38).

Há outras dimensões de direitos humanos, devido às características evolutivas da sociedade. Os ideais liberais prevaleceram até o século XX, no entanto a crise capitalista de 1929-1932 (Grande Depressão), abalou os ideais liberais de autorregulação da economia que o Estado não deve interferir, permanecendo neutro diante das relações capital-trabalho, se expandindo e impactando negativamente o comércio em proporções globais.

Foi a partir da segunda guerra mundial que começou o que a literatura denomina de *Welfare State*, no qual o Estado constrói políticas públicas que são

resultado da luta travada pela sociedade, podendo ser entendida como movimento social, para a consolidação dos direitos sociais, embora aparentem concessões estatais. Vale salientar que:

As políticas sociais se multiplicaram lentamente ao longo do período depressivo, que se estende de 1914 a 1939, e se generalizam no início do período de expansão após a Segunda Guerra Mundial, o qual teve como substrato a própria guerra e o fascismo, e segue até fins da década de 1960 (Behring; Boschetti, 2011, p. 69).

Portanto, “[...] a importância do Estado Social ou Estado de Bem-Estar, existente especialmente nos países capitalistas centrais no período de 1945-1975.” (Oliveira *et al.*, 2006, p. 02), permitiu a conquista de inúmeros direitos sociais e a construção de um sistema de proteção social. As políticas sociais dessa época são resultados das lutas da classe por melhores condições de vida e trabalho, sendo a crise de 1929 determinante para a realização do pacto social entre o Estado e os operários que possibilitou as conquistas, de modo que o último passa a intervir e regular diretamente as relações sociais e econômicas.

A utilização do termo *Welfare State* é adotado para nomear de forma geral os países que implementaram algum tipo de política social, influenciados pelo modelo norte-americano (orientação keynesiano-fordista), mas nem todo país que adotou a sistemática das políticas sociais pode ou deve ser classificado como tal, pois “Essas expressões, [...], são formuladas e utilizadas em cada nação para designar formas determinadas e específicas de regulação estatal na área social e econômica.” (Behring; Boschetti, 2011, p. 96).

Já no final de 1960, o Estado de bem-estar social dá sinais de exaustão, consegue cumprir o proposto estabelecido anteriormente, agravando-se com a crise dos preços do petróleo na década de 1970³ e as implicações para o padrão de acumulação capitalista que entra em crise novamente, exigindo uma nova

³ A crise do petróleo na década de 1970 representa a constatação do esgotamento das condições de existência do capitalismo com roupagem amena e gentil com a classe trabalhadora, visto ser uma [...] crise clássica de superprodução, se observadas as tendências de longo prazo fundadas na lei do valor. [...]. A onda longa de caráter depressivo ou de estagnação – [...] –, com o início dos anos de 1970, foi propiciada, [...], pelo encontro de: crises clássicas superprodução, cujos esforços de limitação por meio do crédito perderam eficácia, em cada pequeno ciclo; contenção brusca dos rendimentos tecnológicos (poucas ou marginais intervenções novas); crise do sistema imperialista (mesmo na dominação indireta dos países coloniais e semi-industrializados); crise social e política nos países imperialistas, com ascenso das lutas [...], em função do início das políticas de austeridade; e crise de credibilidade do capitalismo, enquanto sistema capaz de garantir o pleno emprego, o nível de vida e as liberdades democráticas. (Behring; Boschetti, 2011, p. 116-118)

reconfiguração do sistema de produção e, conseqüentemente, do acesso às políticas sociais conquistadas nas décadas anteriores. Foi a partir desse esgotamento do modelo do Estado de bem-estar social que começou:

[...] à predominância do referencial teórico neoliberal, agregado de renegociações das hierarquias geopolíticas e geoeconômicas, movimentos cujas bases são: estabilização, desregulação e privatização, despolitização da economia e intervenção mínima do Estado na vida social. [...]. A partir da década de 1980, têm-se, ainda, profundas alterações no mundo do trabalho, que se caracterizam pelo uso intensivo de tecnologias, pela flexibilização das relações de trabalho, pelo trabalho precarizado, pela descentralização do processo produtivo, tendo como sua conseqüência mais perversa o desemprego e a eliminação dos postos de trabalho (Tejadas, 2008, p. 86, apud OLIVEIRA *et al.*, 2006, p. 03).

A postura capitalista adotada anteriormente comportava “[...] algumas reformas democráticas, o que incluiu os direitos sociais, viabilizados pelas políticas sociais, o período que se abre é contrarreformista, desestruturando as conquistas do período anterior, em especial os direitos sociais” (Behring; Boschetti, 2011, p. 124-125), havendo, portanto, um verdadeiro retrocesso dos direitos sociais que a classe operária conquistou tão arduamente, o que persiste até os dias atuais e de forma acentuada.

O panorama apresentado retratou brevemente algumas posturas assumidas pelo modo de produção capitalista no decorrer da história no mundo, subsidiando a compreensão das configurações e características que influenciam o Estado brasileiro, quando se trata dos direitos da população e suas formas de materialização por meio das políticas públicas, que apenas são compreendidas aliando-se as especificidades da formação socioeconômica brasileira.

1.2. No Brasil: que Política Social é essa?

Concernente ao Brasil é preciso ponderar que os anos de 1930 são considerados por inúmeros autores como marco histórico de introdução das políticas públicas no país. Em decorrência do processo de industrialização iniciado nesse período, durante o governo de Getúlio Vargas, quando o Estado passou a investir na substituição do modelo agrário-exportador pelo urbano-industrial, foram surgindo às primeiras políticas sociais, embora parcas e inócuas (Behring; Boschetti, 2011, p. 104). Nessa fase, o Estado assume caráter corporativo e fragmentado:

Esse período de introdução da política social brasileira teve seu desfecho com a Constituição de 1937 – a qual ratificava necessidade de reconhecimento das categorias dos trabalhadores pelo Estado – e finalmente com a Consolidação das Leis Trabalhistas, a CLT, promulgada em 1943, que sela o modelo corporativista e fragmentado do reconhecimento dos direitos no Brasil (Behring; Boschetti, 2011, p. 108)

Os anos finais do primeiro governo de Vargas (1943-1945) são marcados pela ditadura, devido o contexto da segunda guerra mundial por possuir fortes impactos no cenário brasileiro, além do fator que foi preponderante para a sua decadência “[...] esgotamento do regime e por sua incapacidade de coordenar as frações burguesas, mais diferenciadas e heterogêneas após o processo de modernização conservadora [...], bem como a nova situação dos “de baixo”, os trabalhadores do campo e da cidade e suas lutas” (Behring; Boschetti, 2011, p. 109).

Após 15 anos no poder, Getúlio Vargas deixa de ser presidente do Brasil em 1945 e retorna por voto popular em 1951, dando início a um período conturbado nos âmbitos econômicos, políticos e sociais. Durante os anos 1946-1964 houve a intensificação das lutas de classes e disputas de projetos distintos para a sociedade, tendo como característica a instabilidade política com o suicídio de Getúlio Vargas, em 1954, e renúncia presidencial de Jânio Quadros, em 1961, culminando no golpe militar de 1964. Nesse cenário de turbulências, as políticas sociais tiveram uma “[...] expansão lenta e seletiva [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p. 110).

Entre 1964 e meados da década de 1980, o Brasil mais uma vez vivencia um período ditatorial, com crescimento econômico, aliado a restrições quanto aos direitos civis e políticos, ampliação dos direitos sociais e aprofundamento das desigualdades sociais, demonstrando o caráter contraditório das estratégias do capital. Os programas desenvolvidos nesse período, tinham como características principais:

[...] paralelismos e desperdícios; centralismo burocrático; controle social da população pobre através da ação do Estado; participação dos usuários como “mão-de-obra” na execução das ações; a instrumentalização político-eleitoral de determinadas ações; efeito político desmobilizador; desuniformidade na distribuição de verbas; divergência entre necessidades da população e prioridades do Estado, retenção da maior parte dos recursos nas ações de intermediação e controle. (Oliveira e outros, 2006 apud Costa, 1994)

Um fato controverso dessa época ditatorial é a questão da política social, pois: “[...] expandia-se [...] a cobertura da política social brasileira conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular de expansão

dos direitos sociais em meio à restrição dos direitos civis e políticos [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p. 135).

A década de 1980 foi marcada por grave crise econômica e pelo fim do período ditatorial. Esse período foi de grande efervescência política, com mobilização e organização da classe trabalhadora para lutar por seus direitos, não apresentando crescimento econômico satisfatório. A formação da Constituinte foi,

[...] um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa da hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais [...]. Mas manteve fortes traços conservadores, como a ausência do enfrentamento da militarização do poder no Brasil [...], a manutenção da prerrogativa do executivo, como as medidas provisórias, e na ordem econômica (Behring; Boschetti, 2011, p. 141-142).

Foi a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que houve inúmeras modificações na estrutura organizacional do país, tal como “descentralização político-administrativa das políticas sociais, a cidadania como direito do cidadão e dever do Estado, financiamento público, controle social e organização dos serviços sistemáticos [...]” (Oliveira *et al.*, 2006, p. 05), dentre tantas outras modificações.

Esse processo de democratização brasileira está na contracorrente dos acontecimentos globais, quando o modelo de Estado de bem-estar social entra em crise, que dentre outras razões foi motivada pela dificuldade de conciliar os gastos públicos com o crescimento econômico, explicitando o caráter contraditório e desigual do desenvolvimento capitalista.

Como comprovação desse caráter do capital, podemos destacar que ao mesmo tempo em que o Brasil estava em período de conquistas democráticas, o pensamento neoliberal ganhava forças no cenário internacional, e como não poderia deixar de ser, também a nível nacional. É interessante notar que o país nem chegou a efetivar o Estado de bem-estar e seus alicerces já passaram a ser desconstruídos.

Assim, desde a década de 1990 “[...] até os dias de hoje tem sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988 [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p.147), logo, resultando em cortes e enxugamentos no acesso as políticas sociais, num processo constante de desconstrução do tripé da Seguridade Social, criado recentemente, além das constantes violações de direitos conquistados da sociedade. Conforme:

Os governos de orientação neoliberal não buscaram – [...] – construir arenas de debate e negociação sobre a formulação das políticas públicas, e dirigiram-se para reformas constitucionais e medidas a serem aprovadas num Congresso Nacional balcanizado, ou mesmo para medidas provisórias (Behring; Boschetti, 2011, p.154).

Cabe ressaltar ainda que:

[...] a trajetória recente das políticas sociais brasileiras, profundamente conectadas à política econômica monetarista e de duro ajuste fiscal, enveredou pelos caminhos da privatização para os que podem pagar da focalização/seletividade e políticas pobres para os pobres, e da descentralização, vista como desconcentração e desresponsabilização do Estado, apesar das inovações de 1988 (Behring; Boschetti, 2011, p.184).

Confirmando assim que “[...] a política econômica e a política social apenas formalmente se distinguem e, às vezes, dão a enganosa impressão de que tratam de coisas muito diferentes” (Vieira, 2007, p. 142). Nessa direção, observa-se retrocessos no âmbito dos direitos sociais e o sucateamento das políticas públicas, que reflete nas condições de vida da população.

Um marco significativo, quando se trata do papel do Estado brasileiro e a garantia do acesso a políticas públicas, ocorreu com as eleições de 2003 e o início do governo do então Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva. O presidente é o maior expoente do Partido dos Trabalhadores (PT) até a contemporaneidade, e defende, a maior responsabilização estatal com a melhoria das condições de vida da população brasileira, além de implementar reformas sociais que até então não estavam na pauta dos governantes do país, visto que:

[...] o PT fora o único dos sete maiores partidos brasileiros que sempre estivera na oposição no âmbito federal. [...], a mudança nos quadros dirigentes federais por ele promovida foi bastante profunda. Sendo o PT uma organização comprometida com a reforma social [...] (Almeida, 2004, p. 07).

O longo período que o PT fez parte da oposição aos governos antecessores, inclusive durante o período autocrático, serviu para maturação e definição da agenda de reformas sociais que seriam propostas a partir de 2003, visando o caminho:

[...] da descentralização, da participação dos beneficiários nas decisões, do combate ao uso clientelista das iniciativas na área social, da racionalização e aumento da eficiência do gasto, da universalização e da busca de maior equidade na prestação de benefícios e serviços sociais (Almeida, 2004, p. 08).

É válido ratificar também que embora se tenha uma perspectiva hegemônica que norteie as ações e as intervenções dos governantes petistas no período que ocuparam a Presidência da República, não significa afirmar homogeneidade na postura das pessoas que compõem o governo, tendo em vista que é um espaço de tensionamentos constantes e de brigas por espaço de poder e decisão no tangente às políticas públicas a serem implementadas no país e quem se destinarão, assim como pelos recursos financeiros, sendo perceptível ainda que nos primeiros governos petistas:

[...] houve segmentos da classe burguesa que dividiram a hegemonia estatal: os alinhados com a estratégia de desenvolvimento e fortalecimento do capital nacional e distribuição de renda aos mais pobres e o núcleo duro do liberalismo que defendem o desenvolvimento ligado ao capital internacional (Dos Santos Tolentino & Bastos, 2017, p. 305).

De toda forma, as ações do governo focaram no atendimento das demandas da população em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade, mediante políticas emergenciais, uma vez que os efeitos do crescimento econômico e a implementação de uma proteção social efetiva na viabilização dos direitos não ocorrem na mesma velocidade que as necessidades mínimas de sobrevivência da população.

Considerando a grande extensão territorial que o Brasil tem, foi necessária a adoção de estratégias viáveis e que capitalizassem as intervenções do Governo Federal em todas as regiões do país e com foco principal nos municípios – dado sua relação intrínseca com o povo brasileiro e o conhecimento de suas realidades e especificidades –, concebendo-se o modelo de federalismo na forma cooperativa e descentralizada, modificando a forma de financiamento de gastos sociais e promovendo também a descentralização fiscal (Almeida, 2004).

Tais aspectos abordados acima podem ser lidos como uma reformulação e aperfeiçoamento de programas de transferência de renda, como o Bolsa-Escola e a Erradicação do Trabalho Infantil, Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás, Agente Jovem que foram iniciados durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Os programas citados careciam de mecanismos que sanassem vieses de sobreposição da concessão de benefícios sociais e que possibilitassem que seus beneficiários cumprissem a contento as contrapartidas necessárias à continuidade, como pode-se mencionar a frequência escolar, a ida aos postos de saúde, dentre outros, tendo como horizonte a futura independência econômica e financeira das pessoas atendidas. Com isso, é possível o reconhecimento de que:

[...], quando as eleições nacionais entregaram o governo federal ao PT e seus aliados o país já implementara parte importante da agenda de reformas do sistema de proteção social herdado do regime autoritário, lograra êxitos limitados contra a pobreza, melhorara as condições da educação e da saúde e fracassara na redução das desigualdades (Almeida, 2004, p. 11).

A afirmação decorre da identificação que durante a gestão de FHC houve redução do analfabetismo, ampliação do acesso e aos níveis educacionais das pessoas, queda da mortalidade infantil, a diminuição da desigualdade social, ao se adotar como parâmetro o período entre 1964-1984. Cabe sinalizar ainda que, embora tenha ocorrido a diminuição das ingerências políticas locais e do clientelismo, a centralização ocorrida durante o governo FHC deixava de reconhecer as diferenças regionais e as demandas distintas do país (Almeida, 2004).

Já o governo iniciado em 2003, em certa medida, ampliou o grau de análise da realidade e se propôs a intervir em desigualdades que estão contidas nas intersecções sociais, e que acometem de forma mais incisiva determinados grupos sociais que compõem a classe trabalhadora do país, a exemplo tratamento dispensado a brancos e a pretos, a homem e a mulher, a nordestino e a sudestino, dentre outras.

Dessa forma, foi possível extrapolar a então dualidade em evidência entre ricos e pobres, a medida que o governo petista propunha “[...] a redução substancial da pobreza e das desigualdades, a inclusão plena dos milhões de pobres pelo Brasil afora. Nas palavras de Almeida (2004, p. 12), o período do governo do PT no plano da política social, [...] seria um momento fundador.”

No entanto, a nova roupagem que estava se desenhando a respeito das políticas sociais e em termos da maior possibilidade de fruição de direitos pela classe trabalhadora, sofre um duro golpe no ano de 2016, com o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, que dava sequência a agenda do Partido dos Trabalhadores para o país, evidenciando-se que a processualidade e as razões que resultaram no golpe de 2016 decorreram de:

[...] crise política foi originada por um conflito de classes, um conflito distributivo, objetivando a apropriação de riquezas que envolveram diferentes segmentos de classes e partidos políticos na disputa pela hegemonia burguesa do Estado. [...], o governo petista foi marcado por uma política de conciliação de classes, que – durante algum tempo – conseguiu atender aos anseios do capitalista nacional e das classes mais pobres, contudo preteriu as intenções do capital internacional, incomodando fortes frações da burguesia brasileira (Dos Santos Tolentino & Bastos, 2017, p. 311).

Com o governo de Michel Temer, deu-se início a espoliação das conquistas em prol da classe trabalhadora da forma mais fraudulenta possível de se classificar, visto que o objetivo dos arquitetos do golpe era o de manipular as investigações sobre a corrupção que estava em curso e implantar projeto político alinhado ao capital internacional, com a destituição de direitos da classe trabalhadora (Tolentino & Bastos, 2017, p. 312), tendo o seu arremate em 2019 com a eleição de Jair Messias Bolsonaro para o posto de Presidente da República Federativa do Brasil. As primeiras leituras já sinalizavam sobre a gestão de Bolsonaro que:

Seus primeiros vinte e seis meses de governo revelam o desmonte significativo dos poucos direitos conquistados pela classe trabalhadora brasileira. Estamos vivendo tempos sombrios e áridos, em que a crise do capital e seu profundo ataque contra o trabalho e os direitos da classe trabalhadora não parecem ter precedentes (Castilho; Lemos, 2021, p. 270).

Houve um hiper-enxugamento das intervenções voltadas ao social pelo Estado brasileiro, entre 2019 e 2022, com ressalvas para as concessões eleitoreiras adotadas no último ano, ao visar à reeleição do presidente. Com Bolsonaro alçado ao posto de chefe do poder executivo, observou-se o avanço de perspectivas profascistas, com fomento ao ódio e a violência contra os estratos sociais que não comungam de seus (des)valores, resultando também em ódio de classe, de raça, e de orientação sexual. Logo, o Estado passou a ser caracterizado pela:

[...] contenção social ou penal, que aplica uma política punitiva potencialmente agressiva contra a classe trabalhadora, em especial, contra negros/as; população LGBTQI+ e mulheres. [...] o governo Bolsonaro acaba por ratificar e aprovar [...] *necropráticas* absolutamente discriminatórias, racistas e *lgbtfóbicas* que sempre estiveram presentes desde o Brasil colonial, mas que atualmente têm a anuência e aprovação de uma parte considerável da população [...] (Castilho; Lemos, 2021, p. 272).

Aliado à recessão econômica que o país vem enfrentando nos últimos anos, somou-se ao (des)governo bolsonarista a deflagração da Pandemia da COVID-19 em março de 2020, que serviu para escancarar a profunda desigualdade social e estrutural existentes no modo de produção capitalista, logo, em todo o planeta Terra, mas que adquiriu contornos particulares na realidade brasileira, dado o modelo de formação histórica do país e o lugar que ocupa no sistema capitalista.

A falácia propalada no início da crise do Coronavírus era seu viés de contaminação democrático, entretanto em curto período de tempo comprovou-se que:

[...] apesar da contaminação parecer atacar a todos/as, de fato, nada têm de democrática, [...], é a classe trabalhadora que vivencia as piores condições de vida, trabalho, moradia, alimentação, saneamento, acesso à saúde e negação de outros direitos sociais. Esta, portanto, tem menores condições de resistir, seja do ponto de vista de sua imunidade biológica ou de sua imunidade social (Castilho; Lemos, 2021, p. 270).

A simultaneidade entre a vigência do Governo de Bolsonaro e a ocorrência da Pandemia da COVID-19 deixou em evidência a valoração de determinados humanos possuem em detrimento de outros, de quem é digno de viver ou não. Adota-se enquanto política oficial do Estado brasileiro a necropolítica, nos termos de Mbembe (2016).

Representa uma escolha consciente dos governantes em executar uma política de morte no país, principalmente contra a classe trabalhadora, ratificando o percurso político-econômico trilhado pelo capitalismo em sua fase contemporânea (Castilho; Lemos, 2021, p. 271). Houve desrespeito aos direitos humanos básicos na condução dos processos institucionais para o mínimo de garantia às condições de sobrevivência da população em situação de pobreza, aumentando-se a desigualdade existente.

Um exemplo explícito é o caso do Auxílio Brasil e a falácia de ampliação do acesso, uma vez que se aumentou a burocratização e excluiu segmentos da sociedade que não tinham acesso a aparelhos celulares individuais, a internet móvel, não são escolarizados, e não possuem documentos civis básicos de identificação, como as pessoas em situação de rua (mais de 52% recebem entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 reais por semana, 17,1% não sabem escrever e aproximadamente 25% não possuem documentos de identificação) (Brasil, 2008).

Quanto às justificativas que “impediam” o Governo Federal de aumentar os investimentos públicos devido ao contexto de calamidade pública estava a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, em vigor desde o período Temer. Em termos práticos, a emenda impacta de forma direta “os gastos” da seguridade social, ou seja, a parcela da população mais exposta à vulnerabilidade e ao risco social, cuja proteção social não atinge padrões mínimos de sobrevivência.

Ao considerar isso, ratifica-se o quanto a política econômica é intrínseca a política social, visto a disputa pelos recursos do fundo público pelo capital, que resulta na falta de alocação de verbas para iniciativas que beneficiem a classe trabalhadora.

Assim, no cenário contemporâneo e na particularidade brasileira, há o aprofundamento da desigualdade social – cresce desemprego, informalidade, fome, desnutrição e o contingente de pessoas em situação de rua, dentre outras consequências. Com a degradação das condições de vida da população, não se olvida que se observe maior prevalência de doenças que são determinadas socialmente.

Dito isso, é importante recordar que quando o assunto é saúde, leva-se em consideração fatores determinantes e condicionantes, a exemplo da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente, do trabalho, da renda, da educação, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais.

Ainda, para a discussão, é pertinente também tratar dos aspectos que são considerados como os condicionantes sociais de saúde, podendo citar fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que poderão influenciar a ocorrência de quadros de saúde, assim como se constituir em fatores de risco para a população, ou determinados segmentos, considerando as suas especificidades (Brasil, 1990).

Logo, pensar em saúde perpassa pela compreensão da própria Questão Social, ao considerar que a primeira sofre os impactos da última, haja vista que é o “[...] conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, [que] tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (Iamamoto, 2003, p. 27).

Por outro lado, quando se trata da população em situação de rua, que será melhor discutida nos capítulos que seguem, não há dúvida que a sua existência é uma das expressões agudas da questão social na contemporaneidade, na qual converge uma série de riscos e vulnerabilidades sociais. Assim sendo, o próprio ato de estar na rua significa uma violação de direito que deveria ser garantido, dada a sua previsão constitucional no ordenamento jurídico brasileiro.

A temática requer também a abordagem de outros temas, a exemplo da questão urbana, do direito à moradia e demais vulnerabilidades sociais que atingem esses cidadãos. No entanto, a escassez de informações é um dado significativo, que dá indicativos do delineamento das questões inerentes a esse público. A título de exemplo, é a informação de que a população em situação de rua não é contabilizada

pelo próprio Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o que contribui para a invisibilização das suas demandas.

Embora sejam inegáveis os avanços nos âmbitos democrático e social no Brasil a partir de 1988, quando classes sociais que historicamente tiveram seus direitos negados passaram a ser reconhecidos, ao menos legislativamente, como cidadãos, reconhece-se que essa perspectiva foi atacada contundentemente nos governos anteriores e posteriores.

Além disso, independente de que as inclinações dos governos estejam mais à direita, ao centro ou à esquerda, observa-se que historicamente há áreas que são colocadas a margem do processo de reformas sociais, a exemplo das políticas relacionadas à habitação e ao saneamento básico, o que reverbera até a atualidade.

Outro aspecto relevante à problematização quanto ao reconhecimento legal da existência de classes sociais que anterior a 1988 não eram consideradas pelo Estado versa sobre a forma de estruturação das políticas públicas e a forma de execução e de acesso aos direitos preconizados, como a política de saúde que pauta-se na lógica de atendimento descentralizado, regionalizado e por território.

Essa forma de organização torna-se um obstáculo cotidiano para a fruição de segmentos da sociedade que não se encaixam nessa lógica estrutural, sendo as pessoas em situação as mais afetadas, visto o conceito de território nos moldes tradicionais e estáticos não se aplicarem a dinâmica de vida adotada por esses sujeitos que habitam vários territórios nas cidades de forma paralela e constante.

Esse é um dos pontos nevrálgicos no tangente a fruição dos direitos sociais da população em situação de rua, visto que:

As chamadas “exigências formais” de acesso aos programas que dão corpo às políticas sociais, geralmente constituem-se limites de acesso aos mesmos pelas pessoas em situação de rua. Uma das “exigências formais” é a apresentação de documentos de identificação pessoal. Porém, são poucas as pessoas em situação de rua, que os têm. Outra “exigência formal” é o endereço domiciliar. Mas, a inexistência de moradia convencional regular e a utilização da rua como espaço de moradia e sustento é a característica central dessa população (Silva, 2006, p. 136).

Nas últimas décadas houve avanços no reconhecimento da PSR como cidadãos e detentores de direitos, mas persistem e agudizam os entraves que dificultam ou impedem o acesso desses sujeitos aos serviços disponíveis pelas políticas sociais, como a política de saúde de caráter universal, entretanto as exigências formais barram o acesso e deturpa o caráter de universalidade.

2. CAPÍTULO II – CIDADÃOS INVISIBILIZADOS: CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O propósito precípua do capítulo II está ligado ao objetivo de descrever o perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua de Aracaju-SE, com base nas variáveis de idade, gênero, classe social, escolaridade e raça. Inicialmente, traz alguns apontamentos sobre os direitos sociais, que deveriam ser garantidos constitucionalmente para todos os brasileiros, destacando também as políticas destinadas ao segmento em situação de rua.

Por conseguinte, apresenta o delineamento da forma que a população em situação de rua é tratada na formação da sociedade brasileira, que perpassa pelas conjecturas de criminalização e julgo moral dos sujeitos que ocupavam os espaços públicos, até o panorama atual, que compreende esses indivíduos como pessoas que vivenciam a ausência do Estado quanto a oferta de fruição dos direitos sociais. Passando pelo reconhecimento da importância que os movimentos sociais possuem para modificar a postura do Estado no trato de determinados segmentos populacionais e o protagonismo que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua ganha desde a sua conformação no início dos anos 2000.

Apresenta também a discussão de elementos que caracterizam esses sujeitos, de modo a permitir estabelecer relação entre as similitudes desse público e as hipóteses que sustentaram o estudo.

2.1. Os direitos sociais versus a população em situação de rua

Até o período democrático, houve legislações que ensaiaram a viabilização e fruição de direitos sociais por diversos segmentos da população, sendo pertinente destacar que a partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil editou diversas legislações e normativas que versam sobre a democracia, a igualdade e a garantia de fruição dos direitos dos cidadãos (saúde, assistência social, previdência social, educação, trabalho, moradia, lazer e segurança). Apesar disso, persiste a existência de segmentos da população brasileira que não usufruem de tais garantias constitucionais, a exemplo das pessoas em situação de rua.

Esses direitos sociais devem ser viabilizados mediante políticas públicas, aqui compreendidas como “[...] decisões de caráter geral que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação governamental [...]” (Schmidt, 2008, p. 2312). Embora se

reconheça que na literatura da área há diferenças de significados entre os termos política pública e política social, para a finalidade de elaboração deste estudo não se adotou diferenciações conceituais entre os termos, sendo que ambos – quando utilizados – serão para designar ações realizadas no âmbito social, tais como educação, saúde, assistência social, dentre tantas outras áreas relacionadas.

A partir dessa perspectiva, a noção de público não se restringirá as ações do Estado e/ou governos, mas sim ao seu caráter e influência direta para o bem-estar da sociedade e/ou seus segmentos. Nesse sentido, a Lei nº 8.080/1990, conhecida também como Lei Orgânica da Saúde (LOS), foi promulgada para dar viabilidade aos artigos constitucionais referentes ao direito universal à saúde dos brasileiros.

Essa lei compreende que a organização econômica e social de um país é refletida no estado de saúde da nação, sendo que para dar conta desses aspectos buscou-se a estruturação de uma rede de cuidado em saúde, organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e em níveis de complexidade crescente. O referido dispositivo legal pode ser compreendido ainda numa perspectiva de conquistas e acesso aos direitos humanos para todos os segmentos da sociedade, pois ratifica e aprofunda o entendimento de que:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

No que concerne ao direito à moradia, se trata de uma temática da contemporaneidade e tem na promulgação da Declaração dos Direitos Humanos - Nações Unidas, 1948, um de seus marcos mais relevantes. O Brasil, enquanto um dos países signatários desse tratado internacional passa a considerar a moradia como direito fundamental da CF/88, no Art. 6º, garantindo os direitos sociais à educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos(as) desamparados(as).

O usufruto desses direitos permite aos brasileiros o acesso a outros tantos, além do reconhecimento de sua importância como parte dos determinantes e condicionantes de saúde da população.

A moradia perpassa pela compreensão de ser objeto de posse, que em certo grau representa desigualdades na distribuição de habitações no Brasil e o *déficit* habitacional, assim como o viés da habitabilidade dos locais ocupados, em ambas as abordagens há em comum o papel desempenhado pelo Estado e suas legislações reguladoras da temática semelhante ao atual conceito ampliado de saúde, devemos compreender que o direito à moradia digna não pode ser interpretado de forma restrita.

Logo, cabe ratificar que o acesso a moradia se configura uma pré-condição para a viabilização de outros direitos humanos, visto que sem possuir a residência convencionada pelas normas, as pessoas em situação de rua enfrentam dificuldades ou são alijadas do desfrute de serviços sociais ou de cuidados em saúde.

Por outro lado, ainda na esteira dos direitos sociais, o Decreto nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), traz como princípios: a igualdade, a equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, a convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humano e universal, e o respeito as suas singularidades.

Ao elencar tais princípios na instituição de uma política pública, mais que um rito protocolar, significa o reconhecimento que esse grupo populacional possui particularidades em sua formação que os deixam a margem e estigmatizados, sem acesso a direitos humanos básicos que devem ser garantidos em uma sociedade democrática.

Ademais, as diretrizes da política versam sobre a promoção de direitos (civis, políticos, sociais, econômicos, culturais e ambientais) e a responsabilidade que os entes públicos possuem na sua execução, em todas as esferas de atuação, devendo-se intervir de forma articulada e integrada.

Outro ponto diretivo da política é o reconhecimento da centralidade que o território possui na formação da identidade de pertencimento desses(as) usuários(as) e a partir dessa percepção vislumbrar os potenciais de cada espaço.

Embora exista um arcabouço legal, discutir a realidade das pessoas em situação de rua consiste em trazer a visibilidade para uma parcela da população que historicamente é colocada a margem da sociedade e que carrega pesos de estigmas sociais, considerados humanos de segunda categoria, que por não se enquadrarem dentro dos preceitos normativos vigentes são tratados(as) como indignos(as) de terem acesso a direitos humanos básicos.

Esses por sua vez, “São aqueles direitos que possuem todas as pessoas pelo simples fato de ser humanas, independentemente de idade, sexo, raça/etnia, nacionalidade, ideologia, condição econômica, etc” (Herkenhoff, 1998, p. 82).

A depender do tempo e do lugar, há pessoas que não são consideradas titulares de todos os direitos humanos, em decorrência de formas distintas da organização sociedade, como classe social, a raça/etnia, a idade, sexo, dentre outros marcadores sociais da diferença que não são excludentes em si, mas que possuem intersecções.

Esses marcadores podem impedir que essas pessoas acessem direitos, ou seja, não tenham personalidade jurídica, logo, não podem ser considerados pessoas e, conseqüentemente, não são vistas como sujeitos de direitos.

2.2. O Movimento Nacional da População em Situação de Rua e os avanços nas conquistas dos direitos sociais no Brasil

Ao se compreender que o Estado é permeado por interesses de classes sociais distintos ou até mesmo antagônicos, a forma de organização da sociedade contempla – de forma positiva ou não –, determinados estratos sociais a depender da organização e da coesão que se aglutina em torno de determinada temática. Dito isto, é de relevância singular a potência tensionadora que os movimento sociais possuem para direcionar a elaboração de políticas públicas pelo Estado para viabilizar o acesso aos direitos sociais de determinados segmentos da população.

Falar de movimentos sociais está relacionado intrinsecamente à compreensão e ao exercício da cidadania, extrapolando-se a discussão do que venha a ser direitos e deveres das pessoas. Perpassa o debate sobre igualdade e desigualdade; universal e particular; público e privado, singular e diverso, pertencimento e desfiliação, conforme sinaliza Da Glória Gohn (2013).

Ao discutir tais categorias ampliamos o conceito de cidadania para ativa e para cidadania passiva, de forma contínua e processual conforme os movimentos da realidade, a relação entre as pessoas e suas práticas (sociais, econômicas, políticas e culturais), que constroem e reconstroem articulações entre indivíduos e grupos com o Estado Democrático de Direitos, ou seja, não é atribuída, não é:

[...] dada a priori, naturalizada pelos códigos legislativos. [...] O Estado é sempre elemento referencial definidor porque é na esfera pública estatal

que se asseguram os direitos: da promulgação à garantia do acesso, e as sanções cabíveis pelo descumprimento dos direitos já normatizados e institucionalizados (Da Glória Gohn, 2013, p. 302).

A temática cidadania também relaciona-se com a ideia dos indivíduos como seres humanos, que fazem parte da sociedade, e requer, portanto:

[...] a formação de cidadãos conscientes de seus direitos e deveres, protagonistas da história de seu tempo. [...]. A educação contribui para a criação de uma cultura universal dos direitos humanos, para o fortalecimento dos direitos e liberdades fundamentais do ser humano, para o desenvolvimento de sua personalidade, respeito às diferenças, atitudes de tolerância, amizade, solidariedade e fraternidade com o semelhante (Da Glória Gohn, 2013, p. 302).

No território do Brasil, a temática ganha relevo no final de 1970, época da transição democrática, quando o governo autocrático militar começava a dar indícios de possível falência do modo de funcionamento coercitivo vigente desde abril de 1964. Inicialmente, havia a compreensão como sinônimo de participação e organização da população civil do país, com surgimento de diversas práticas coletivas da sociedade civil que se voltavam para reivindicar bens e direitos sociopolíticos negados pelo regime militar que estava vigente (Da Glória Gohn, 2013, p. 302).

Foi neste cenário que houve o surgimento de novos atores, com destaque para “[...] os movimentos sociais populares, reivindicatórios, apoiados por alas da teologia da libertação (de várias igrejas, especialmente católicos e luteranos), entidades da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) etc (Da Glória Gohn, 2013, p. 302).

Com a queda da ditadura militar e a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve mudanças nas pautas que mobilizavam os movimentos sociais e, a partir dos anos de 1990, novos e antigos sujeitos sociais demarcam suas metas para conquistar espaços na sociedade política que estava gerindo os rumos do Brasil no ciclo democrático que acabara de ser iniciado, abrindo-se espaço para “[...] as parcerias que se abrem entre governo e sociedade civil organizada, via políticas públicas” (Da Glória Gohn, 2013, p. 303).

O entrelaçamento entre sociedades política e civil, ganha forma em espaços como: fóruns, conselhos, redes de articulação, dentre outros, que passam a ser compreendidos como espaço público não estatal que permitem uma gestão democrática da coisa pública, com amplos espaços para diálogo e exposição de

ideias entre as pessoas envolvidas, sendo totalmente dissidente com o sistema autocrático imposto pelos militares nos anos de 1964 até 1984.

O que houve foi, de fato, a abertura de espaços que invertiam as prioridades das administrações das unidades federativas do país, visto as políticas atenderem questões emergenciais e comuns a ótica economicista (lógica custo-benefício), mas principalmente as questões sociais como prioridade maior (Da Glória Gohn, 2013, p. 303).

Os protagonistas dessa nova forma de gestão no Brasil que compõem a sociedade civil são:

- Organizações Não-Governamentais;
- Movimentos Sociais;
- Comissões, grupos e entidades de Direitos Humanos;
- Grupos de defesa dos direitos dos excluídos, por diferentes causas (Ex.: gênero, raça, etnia, religião, portadores de necessidades físicas especiais);
- Associações e entidades do Terceiro Setor;
- Fóruns locais, regionais, nacionais e Internacionais;
- Entidades ambientalistas;
- Redes comunitárias nos bairros;
- Conselhos populares, setorizados e de gestores institucionalizados (Da Glória Gohn, 2013, p. 304-305).

Fica evidente, assim, com o surgimento desses novos atores, que a sociedade civil passa a se configurar como campo de força social e política que possibilitou mudanças sociais diversas, assim como os interesses, identidades, subjetividades e projetos de grupos para a sociedade. Os espaços conquistados pelas organizações populares podem ser considerados também como de âmbitos institucionais, a exemplo dos fóruns nacionais de luta pela moradia popular habitação e reforma urbana e o Estatuto da Cidade (Da Glória Gohn, 2013, p. 305).

A autora Da Glória Gohn (2013), ilustra, de forma didática e elucidativa, o panorama no qual os movimentos sociais emergentes se envolvem nos tensionamentos com o Estado para concessão de direitos sociais mediante políticas públicas e que podem ser organizados nos seguintes eixos:

1. Movimentos sociais ao redor da questão urbana, pela inclusão social e por condições de habitabilidade na cidade;
2. Mobilização e organização popular em torno de estruturas institucionais de participação na gestão política-administrativa da cidade;
3. Movimentos pela educação (educação formal e educação não-formal);
4. Movimentos ao redor da questão da saúde
5. Movimentos de demandas na área dos direitos (humanos e culturais);
6. Mobilizações e movimentos sindicais contra o desemprego;
7. Movimentos decorrentes de questões religiosas de diferentes crenças, seitas e tradições religiosas;
8. Mobilizações e movimentos dos sem-terra, na área rural e suas redes de articulações com as cidades;
9. Movimentos contra as políticas neoliberais:
10. Grandes fóruns de mobilização da sociedade civil organizada;
11. Movimento das cooperativas populares
12. Mobilizações do Movimento Nacional de Atingidos pelas Barragens, contra a construção de hidro elétricas e usinas;
13. Movimentos sociais no setor das comunicações;
14. Movimentos pela Ética na Política (Da Glória Gohn, 2013, p. 306-309).

Ou seja, foi a partir da organização da sociedade civil, no final de 1970, resultando no ganho de protagonismo e força política e social dos movimentos sociais que houve a aprovação de diversas legislações – a CF/88 a maior delas e base estruturante da democracia brasileira – que diversos sujeitos sociais foram reconhecidos como cidadãos de direitos e de deveres, a exemplo da população em situação de rua, que vem se organizando de forma constante e avançando nas conquistas de suas pautas coletivas, tencionando o Estado neste processo, ainda que se tenha muito a ser percorrido.

Dentre os integrantes dos movimentos sociais deste recorte histórico realizado, o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) vem travando lutas na área urbana para obtenção de direitos na sociedade do capital, ou seja, a criação do MNPR representa uma forma de defesa da população em situação de rua e seu reconhecimento como cidadãos (Da Silva, 2023, p. 170).

O MNPR no Brasil é o primeiro movimento social de abrangência nacional que representa esse segmento da população (Da Silva, 2023, p. 170), dado seu histórico de apagamento e invisibilidade social pelo Estado brasileiro e pela sociedade, o que representa também uma conquista, frente toda a dificuldade de mobilização e organização desses sujeitos devido a seu perfil.

Em âmbito internacional a organização da população em situação de rua, a exemplo da Dinamarca, Estado Unidos da América (EUA), Uruguai e Argentina, embora ocorram de forma expressiva em certas cidades, não conseguem alcançar abrangência nacional como vem ocorrendo em solo brasileiro nas últimas décadas. Ainda de acordo com Da Silva (2023), o MNPR é:

[...] um movimento social "*sui generis*", porque o processo de construção da organização da população em situação de rua é complexo, tem características próprias e apresenta avanços e recuos. Como nos demais países, enfrentam grandes dificuldades, mas, no Brasil, ele vem conseguindo se organizar nacionalmente (Da Silva, 2023, p. 171).

Característico do modo capitalista de produção em proporções globais constitui-se como traço comum para com a população em situação de rua a exclusão do acesso aos bens produzidos e do usufruto da riqueza socialmente produzida pelas classes subalternas (Da Silva, 2023, p. 171).

Cabe mencionar que o MNPR surge com forte relação com setores da Igreja Católica no início da década de 1980, em específico a Organização Auxílio Fraternal (OAF) em São Paulo, há também registros na mesma década de organização e articulação semelhante em Belo Horizonte, sendo pouco expressiva nas outras unidades federativas brasileiras (Da Silva, 2023, p. 172).

Foi durante a gestão petista entre 1989-1992 que o município de São Paulo-SP abriu precedente no que diz respeito à política social para a população em situação de rua, compreendendo ainda que o poder público deve atuar com políticas estatais voltadas para esses cidadãos, conforme sinaliza Da Silva (2023). No ano de 1997, a sociedade civil organizada cria a Pastoral do Povo da Rua de SP. da Igreja Católica, e em 1998 o Fórum da População de Rua na Casa de Oração (Da Silva, 2023, p. 173).

A mobilização para consolidar o MNPR foi, em decorrência do acontecimento de 19 de agosto de 2004, quando ocorreu a Chacina de 10 pessoas em situação de rua que estavam dormindo na Praça da Sé em São Paulo. O episódio foi seguido de outros atos semelhantes em diversas localidades do Brasil.

Essa mobilização sinalizada teve início por grupos oriundo dos estados de São Paulo e Belo Horizonte. Essa tragédia resultou em comoção nacional e internacional pedindo justiça e punição aos culpados pelo crime cometido (embora até o ano de 2023 não tenha ocorrido à identificação e nem a respectiva punição aos criminosos). Devido a Chacina da Praça da Sé,

[...] a data de 19 de agosto passou a ser considerada pelo MNPR como o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua. Desde esta data [...] atos são organizados no Brasil [...] em memória das pessoas vítimas do massacre. Atualmente, esta data é considerada como o Dia Nacional e Latino-Americano de luta da População em Situação de Rua (Da Silva, 2023, p. 174).

Foi em setembro de 2005, durante realização do IV Festival Lixo e Cidadania, em Belo Horizonte, que o MNPR ganhou relevância nacional e oficial perante a sociedade e os governantes do país. Também em setembro de 2005, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) organizou em Brasília (DF) o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, objetivando colher propostas e estabelecer desafios e estratégias coletivas para construção de políticas voltadas para este segmento.

No decurso temporal de 04 anos, ocorreu o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, neste momento o foco foi direcionado ao debate de propostas para construção da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Houve participação de representantes do MNPR, de pessoas em situação de rua, das autoridades de ministérios e da Presidência da República, do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS), dos Conselhos de Políticas Públicas e de organizações da sociedade civil (Da Silva, 2023, p. 175).

O produto resultante do II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua foi uma carta com 13 proposições que visavam a superação do *apartheid* social existentes entre a população em situação de rua e as pessoas domiciliadas, que foi enviada ao Presidente da República. As principais proposições foram:

- Incentivo a organização Política da População em Situação de Rua; e
- Aprovação da criação de Secretaria Especial de Promoção da Política Nacional de Inclusão (Da Silva, 2023, p. 175).

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, é outro marco histórico da conquista de direitos pela população em situação de rua, visto instituir a Política Nacional para esses sujeitos, assim como seu monitoramento (Da Silva, 2023, p. 175). A relevância que o MNPR adquiriu desde sua organização em 2005 representa grande conquista para os movimentos sociais e a sociedade civil organizada, assim como surpresa, em decorrência da distribuição desses sujeitos em todo território nacional e suas características constitutivas enquanto PSR, ou seja, a sua capilaridade configurou uma potência organizativa e não dispersiva.

É destacado por Da Silva (2023), que o MNPR organiza-se a partir de coordenações nacional, estaduais e municipais, entretanto ainda é ausente coordenações em todas as esferas de âmbito estadual e/ou municipal, que resulta em sobreposição de representação de lideranças nacionais.

O MNPR tem como instância máxima os congressos realizados bienalmente e estabelece diretrizes para todas coordenações do movimento, considerando o alinhamento dos trabalhos realizados de acordo com a conjuntura política do país. Desde o seu surgimento, em 2005, o MNPR já organizou os seguintes congressos:

- 1º Congresso Nacional do MNPR (2012): Tema “Protagonizando histórias e garantindo direitos”, contou com aproximadamente 300 participantes de todo o Brasil e 09 estados brasileiros. Teve como principais atividades a aprovação do regimento interno e da Carta de Princípios do MNPR;
- 2º Congresso Nacional do MNPR (2014): Tema “O direito a ter direitos”, com participação de mais de 300 participantes, como eixo principal teve a definição de plano de lutas para o biênio 2014-2016 e o fortalecimento político-organizativo do movimento;
- 3º Congresso Nacional do MNPR (2016): Tema “Protagonizando histórias e garantindo direitos”, reunindo cerca de 300 participantes e as temáticas moradia e desigualdade dominaram os debates em curso no congresso;
- 4º Congresso Nacional do MNPR (2018): Tema “O direito a ter direitos”, com cerca de 200 pessoas de 14 estados. Tendo como deliberações finais a incorporação da pauta de reivindicação do movimento à causa LGBT, a articulação com parcerias intersetoriais, o mapeamento da diversidade de cada estado para construção de um planejamento de ações (Da Silva, 2023, p. 177-178);

- 5º Congresso Nacional do MNPR (2022): Tema “Democracia: Direito à Cidade com a População de Rua. É possível!”, discutindo-se a garantia dos direitos da população em situação de rua (educação, letramento digital, inclusão social, direito à cidade, arte e cultura, e direito à moradia).

Foi observada tendência de crescimento constante de participação de representantes das pessoas em situação de rua por estado. Destaca-se que devido à pandemia de Covid-19, houve adiamento do 5º Congresso de 2021 para 2022. Conforme já sinalizado, os movimentos sociais representam sujeitos sociais que se organizam para tensionar o Estado para garantir e conquistar direitos sociais.

O atual *modus operandi* do capitalismo em sua forma ultra neoliberal, com ataque direto e brutal da classe que detêm os meios de produção contra a classe que dispõe apenas de sua força de trabalho para sobreviver, sendo a população em situação de rua por si só uma expressão acentuada da questão social da sociedade do capital e agregar diversas violações de direitos em um único grupo populacional, por mais heterogêneo que se apresente.

Com o exposto, o processo sócio-histórico no qual se deu a construção e a consolidação do MNPR já transcorreu por “[...] de 17 anos de lutas, ações diferenciadas, denúncias de violência e exigências, junto aos governos, de políticas sociais que viessem a garantir direitos humanos e sociais para esse segmento da classe trabalhadora em situação de pauperização” (Da Silva, 2023, p. 177-178).

Esses dados demonstram que a luta do movimento pela garantia de políticas públicas é processual e contínua, com avanços e retrocessos, mas permeados por potência e insistência dessa parcela da classe trabalhadora que vive alijada da fruição de direitos humanos essenciais e que são garantidos – em termos legislativos – a todos os cidadãos brasileiros.

Cabe sinalizar também que, embora o Decreto nº 7.053 de 2019, seja de grande valia no reconhecimento do Estado para as pessoas que vivem na rua como cidadãos e que detêm direitos absolutamente iguais às pessoas domiciliadas, é necessário avançar para que ocorra o reconhecimento como lei e política perene, tendo em vista enquanto decreto está à mercê e com maior facilidade das vontades dos gestores que ocupam os altos postos de comando do governo federal e que também, enquanto o decreto não possui força de lei nacional que obrigue as demais unidades federativas do país a adotar ações coesas, coerentes e robustas para

atenção qualificada no atendimento das demandas da população em situação de rua. Ou seja,

O movimento, na atualidade, luta para transformar o referido decreto em uma lei federal. A perspectiva da coordenação nacional do movimento é obter uma maior segurança jurídica para garantir de forma perene a Política Nacional para População em Situação de Rua. Esse objetivo vem sendo perseguido desde a edição do decreto, pois, com o avanço do neoliberalismo no país, as condições ficaram mais adversas para essas conquistas do MNPR (Da Silva, 2023, p. 180).

Faz-se necessário também o aprofundamento e o estreitamento de laços de solidariedade de classe entre o MNPR e os outros movimentos sociais, de sindicatos, de partidos políticos e de centrais sindicais, objetivando fortalecimento da classe trabalhadora perante a ofensiva neoliberal de retrocessos sociais e destruição dos direitos sociais conquistados ou em fase de conquista.

Cabe informar ainda que o MNPR está com direção formal em 19 dos 27 estados da Federação (Da Silva, 2023, p. 180), representando grande conquista para a cidadania em seu conceito ampliado, conforme discutido anteriormente, principalmente ao se considerar as condições conjunturais nos últimos anos e principalmente, sob o governo neofascista do ex-presidente Bolsonaro, entre os anos de 2019 até 2022.

É salutar deixar em evidência que o MNPR possui dentre seus princípios orientadores de organização e prática política a democracia, a valorização do coletivo, a solidariedade, a ética e o trabalho de base, sendo as suas principais bandeiras de luta o resgate da cidadania mediante trabalho digno, salários suficientes para o sustento, moradia digna e atendimento à saúde.

Fica em evidência que a PSR compõe a classe trabalhadora, ainda que seja a parte sobrando ou então o exército de reserva às necessidades do capital, mas que possui funcionalidade na lógica de exploração pela burguesia.

2.3. O que significa “estar em situação de rua”?

Estar em situação de rua é um fato antigo, tendo em vista que desde os tempos mais remotos da história humana há pessoas que vivem nessas condições. Conforme relatado por Pereira (2008), no período pré-moderno as pessoas em situação de rua eram indivíduos com transtornos mentais, andarilhos, viajantes e exilados, que com o avanço do fenômeno da urbanização e da industrialização na

Europa houve o crescimento desse número de sujeitos, em consequência do fenômeno da pobreza e do êxodo rural.

A situação de rua é consequência de um conjunto de condições que implica que parte considerável da classe trabalhadora seja direcionada para esse modo de existência, devido ao agravamento da pobreza e aprofundamento das desigualdades sociais em nossa sociedade capitalista contemporânea (Santos, 2009, apud Cerqueira, 2011).

Devido às mudanças colocadas em curso no mundo do trabalho – final do século XX e início do século XXI – foi gerada uma parcela de pessoas sobrando à necessidade do capital, o que caracteriza um exército industrial de reserva (Paiva *et al.*, 2016), logo, [...] é preciso a compreensão da população em situação de rua enquanto uma expressão da questão social, fruto das contradições entre o capital e o trabalho [...] (Tolentino & Bastos, 2017, p. 314).

Por sua vez, no Brasil, há uma relação intrínseca entre classe social, raça/etnia, pobreza e a situação de rua, sendo que suas raízes estão na transição do modelo escravocrata para o modo capitalista de produção, observando-se tais marcas até a contemporaneidade.

O território brasileiro faz parte da periferia do capitalismo, passa pelo processo de reestruturação produtiva e pelas mudanças no papel do Estado, apresenta, portanto “[...] níveis, formas, ritmos e épocas distintas, com suas características econômicas, políticas e sociais” (Silva, 2006, p. 16).

Deste modo, o “estar em situação de rua” possui complexidade ímpar, e de acordo com Pinto *et al* (2018, p. 3514):

[...] as causas desta realidade são multifatoriais como, por exemplo: a acelerada urbanização, gerando, desordenadamente, os grandes centros urbanos; a desigualdade social; a pobreza; o desemprego; a ausência de moradia; fatores de caráter individual, como a quebra de vínculos familiares; os transtornos mentais e o uso abusivo de álcool e outras drogas.

O estar em situação de rua conjuga multifatorialidades razões complexas, além de que,

[...] as condições histórico-estruturais que deram origem e reproduzem continuamente o fenômeno da população em situação de rua nas sociedades capitalistas são as mesmas que originaram o capital e asseguram a sua acumulação, resguardadas as especificidades históricas, econômicas e sociais de cada país (Silva, 2006, p. 20).

Nessa direção, os fenômenos de exclusão social e a existência de pessoas em situação de rua, são expressões da questão social na sociedade contemporânea e perpassam, conforme apresentado por Bursztyn (2003), pelas seguintes fases:

- Desqualificação: se instala os preconceitos à imagem de desnecessário e conturbação das formas de reinserção no sistema social;
- Desvinculação: rejeição e impossibilidade dos meios de reintegração à dinâmica societária;
- Eliminação: sujeição do indivíduo à perda de sua identidade de pessoa humana e aderência à situação de rua e/ou aos processos de extermínio, genocídio ou deportação.

Essas 03 (três) fases citadas são partes de um processo e podem ocorrer de forma concomitante, há sobreposição de estigmas e a deterioração das identidades das pessoas em situação de rua. A situação de miséria está relacionada às complicações existentes no mundo do trabalho e a intensa competitividade da produção capitalista, que acabam por deixar essas pessoas por fora da sociedade, assim adquirem e introjetam estigmas sociais negativos de si enquanto humanos de “segunda classe”.

Cabe destacar que a nomenclatura “população em situação de rua” utilizada atualmente advém de uma evolução histórica, dentre as várias tentativas para designar esses sujeitos de forma não discriminatória, inserindo também a diversidade e complexidade de pessoas existentes nesse grupo.

Em levantamento realizado por Cerqueira (2011), foi visto que na Europa, durante a pré-indústria e início da urbanização, utilizava-se mendigo, pedinte, andarilho, dentre outros termos semelhantes, sendo vistos como problema social e sem valor. O termo marginal também não se adequa, considerando que se refere a quem vive apartado da sociedade – espacial e socialmente – associando-se a drogadição, a delinquência e ao vandalismo. Ainda, o termo morador de rua é relativamente recente e utilizado em alguns setores da sociedade, sendo compreendido, de acordo com Giorgetti (2006), como:

[...] aquelas pessoas que não conseguem se unir ao mundo do trabalho formal, e por isso procuram outras formas de sobrevivência na informalidade, como catar lixo, vender produtos diversos ou vigiar carros, atividades desenvolvidas na rua. [...] a condição de morador de rua pode

corresponder a um momento passageiro em determinado processo, e não a um estado definitivo, ou seja, tal condição é passível de mudança.

Trata-se de uma terminologia generalizante, pois não considera a diversidade e a heterogeneidade que as pessoas que ocupam as ruas possuem, em contrapartida, a definição que a atual PNPR, compreende que está na rua é breve, não descartando a possibilidade de mudanças (Cerqueira, 2011, p. 55).

Nessa direção, a referida política define esse segmento populacional como um grupo heterogêneo de pessoas, que tem características em comum, como por exemplo: pobreza extrema, vínculos com a família frágil ou rompidos e que não possuem moradia convencional regular, utilizando-se das ruas e das áreas degradadas como espaços de moradia e de sustento, seja de forma temporária ou permanente, há também o uso de unidades de acolhimento para pernoitar ou morar provisoriamente (Brasil, 2009a).

Pondera-se que “viver na rua é romper com o mercado e seu estilo de vida, o que não significa a eliminação total do trabalho ou o impedimento à subsistência, mas o desenvolvimento de novos códigos, de formas específicas de garantia da sobrevivência” (Paiva *et al.*, 2016, p. 2600). Contudo, as caracterizações expostas anteriormente deixam evidente o quanto as pessoas em situação de rua estão mais expostas a situações de riscos e vulnerabilidades sociais do que outras parcelas da população.

Esses indivíduos não são vistos, são invisíveis e resultam do quadro de vulnerabilidade social ao qual trabalhadores estão expostos pelo capitalismo contemporâneo, visto não conseguirem ingressar no mercado de trabalho formal, ou angariarem melhores possibilidades de renda. Em outra via, não gozam da devida proteção do Estado, haja vista os programas e projetos sociais exercerem pouco efeito para contornar essa realidade, como retratado anteriormente.

Outros elementos que enriquecem a discussão do significado do “estar em situação de rua” estão relacionados aos marcadores de gênero, classe social e raça, entretanto para se compreender esse imbricamento dos marcadores é cabível, aqui, uma breve digressão histórica sobre a constituição do Brasil e a posição que a mulher veio ocupando neste curso temporal ao longo do complexo processo de miscigenação do povo desde os anos de 1500 até os dias atuais.

Percebe-se que os colonizadores portugueses para povoar a colônia e obterem população suficiente para o trabalho, recorreram a violações – na maioria

das vezes – dos corpos das mulheres negras e indígenas, “[...] vale destacar também que apenas eram considerados cidadãos os homens brancos e cristãos, portanto apenas estes poderiam possuir terra, ter direitos civis e de consumo” (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 143).

Como resultado dos estupros realizados pelos portugueses contra as mulheres negras e indígenas, têm-se os filhos miscigenados do país que semelhantes às suas mães, também não são considerados cidadãos (ser brasileiro neste contexto equivalia não ser indígena, não ser negro e não ser português).

A nação brasileira, desde o processo de sua formação identitária já foi ocupando posição subalterna, em seu próprio território – sem direitos civis, sem acesso a terras ou a condições de vida dignas (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 143).

Logo, o caldo multicultural que formou o Brasil foi fermentado com a exploração portuguesa que deixou o legado de pobreza e de expropriação da flora, dos minérios e das riquezas das terras, segundo Buarque de Holanda (1995), houve a conjunção com uma sociedade analfabeta, sem senso de cidadania e não consciente de seus direitos civis ou políticos.

Com esse adendo, outros aspectos de significativa relevância quando se discute população em situação de rua é referente às relações de gênero, classe social e etnia/raça, visto a existência de tentativas de apagamento constante dos denominados sem-teto, colocando-os como uma massa indistinta de pessoas que estão ocupando os logradouros públicos, inclusive mediante a aplicação de esforços institucionais na lógica de higienização social, escondendo-os dos olhares cotidianos das pessoas domiciliadas.

Quando se colocam as lupas para enxergar as diversidades existentes nestes espaços das ruas, é possível identificar que quem apresente as características não binárias (feminino-masculino) atribuídas pela história hegemônica e pela sociedade vigente sofrem violências estrutural e institucional de forma mais incisiva, inclusive por áreas da segurança pública e da saúde (Sanchoene, De Antoni & Munhós, 2019, p. 147). Percebe-se, então, que:

[...] as perspectivas de gênero binário condicionam uma realidade das identificações dos corpos, fabricando-os enquanto corpos passíveis de serem lidos na inteligibilidade social engendrada (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 150).

Assim, a condição de gênero resulta na criação de preconceitos e violências que ocasionam maiores dificuldades para permanência nas ruas, visto as pessoas não binárias que estão nesta situação “além de precisarem lidar com as especificidades femininas em um universo tão masculinizado quanto à rua, [...] estão sujeitas a situações de vulnerabilidade ainda mais intensas [...]” (Sanchotene, De Antoni & Munhós, 2019, p. 147).

Logo, o entendimento do gênero como socialmente construído enquanto norma comportamental da sociedade vigente no atual modo de produção capitalista, fica evidente que:

[...] não são apenas os indivíduos que tentam chegar mais perto possível do modelo, mas sim um processo contrário no qual o jogo do poder produz os sujeitos, em um campo inteligível, usando como aparato de padronização o binarismo de gênero, que se instituiu na sociedade como verdade universal naturalizada pela anatomia [...] dos corpos. Esse processo acontece através da repetição que faz funcionar a norma, enquanto é praticada e atualizada na vida em sociedade, nas práticas cotidianas, nos ritos, nas idealizações e nas realizações dos atos e comportamentos (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 150).

Cabe, ainda, o adendo de que a dicotomia, ainda que frágil, entre o que pertence ao espaço público e ao privado permanece forte ao longo dos séculos ditando a forma como a construção da mulher ocorre no imaginário de nossa sociedade.

Compreende-se que tais conceitos extrapolam os espaços geográficos e físicos que são passíveis de mensuração, e desaguam em valorações morais e culturais que foram institucionalizados, conforme exposto por Damatta (1987), essa distinção de esferas são ao mesmo tempo complementares uma da outra, visto as relações de poder serem do espaço privado (esfera pessoal) e do espaço público (esfera política) (Sanchotene, De Antoni & Munhós, 2019, p. 148).

Embora sejam reconhecidos os avanços das ações que estão voltadas ao suporte à mulher que ocupa as ruas, desde a década de 1980, lançando luz as diversidades de gênero, há ainda inúmeros questionamentos quanto a sua efetividade, principalmente quando voltados à população de classes sociais pobres. Existe uma banalização repetida de situações de violência praticadas contra as

mulheres e estando em situação de rua enfatiza-se a desumanização⁴ e a constância de violência.

Há também a interseccionalidade de condições que deixam determinados grupos sociais mais expostos a violações de direitos que outros, no caso em estudo pessoas em situação de rua quando alcançadas pelas co-extensividades de relações sociais de gênero, classe e raça, percebe-se maior letalidade da violência na vida dessas pessoas.

É maior a rapidez também na forma como interiorizam o estigma de marginal e que são culpados pela condição que se encontram, intensificando sofrimentos mentais pré-existentes ou ainda “[...] o desenvolvimento de transtornos mentais decorrentes desses fatores ambientais – baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, desemprego, falta de suporte social e de moradia” (Sanchoetene, De Antoni & Munhós, 2019, p. 150).

Ratifica-se, portanto, que é “[...] imprescindível considerar a relação social de classes apresentada por essas mulheres em situação de vulnerabilidade desde o início de suas vidas, visto que a motivação das violências por elas sofridas se entrelaça entre gênero e classe (Sanchoetene, De Antoni & Munhós, 2019, p. 153), e que a rua, por ser compreendida como espaço público, os corpos com características pertencentes ao ambiente do feminino e do doméstico, quando em situação de rua tornam-se objetos disponíveis e passíveis de todo tipo de violência. (Sanchoetene, De Antoni & Munhós, 2019, p. 154).

Interessa destacar que a violência de gênero praticada no espaço urbano não é enxergada por todos, mesmo ocorrendo em espaço público e sob o olhar da sociedade, reforçando a roupagem de invisibilidade colocada e a indiferença quanto à dizimação de miseráveis, a população em situação de rua.

Ademais, sinaliza-se que a mulher em situação de rua destoa do imposto pela sociedade historicamente, principalmente nos atributos de “[...] de ser restrita ao lar, frágil e dedicada à maternidade. Neste caso, não há lar, não há espaço para fragilidade, pois apesar da vulnerabilidade é preciso resistir fortemente [...]”. (Sanchoetene, De Antoni & Munhós, 2019, p. 157).

⁴ Sanchoetene, De Antoni & Munhós (2019), expõem que a desumanização é o processo que torna um grupo ou pessoa desprovidos de atributos humanos e pode ser utilizado na explicação de atos violentos de um grupo externo com valores discrepantes do grupo interno, o que vem a resultar no não reconhecimento do outro como humano, ou seja, na falta de humanidade compartilhada.

O dia a dia nas ruas é permeado por violências – explícitas ou não –, além da submissão à violência como estratégia de sobrevivência, principalmente quando a temática é gênero, visto às concatenações das categorias gênero, raça e pobreza serem vistas como forma de autorização para violentar os corpos e subjetividades das mulheres.

Quando se busca informações nas trajetórias progressas à situação de rua, os estudos (nacionais e internacionais) indicam histórias recorrentes de abusos e maus-tratos durante a infância, aliado com as violências doméstica e sexual. Quando já habitam as ruas, o que ocorre são repetições do já vivenciado no ambiente privado, agravadas pelas violências que permeiam o espaço público.

É possível perceber que as ruas são visualizadas, pelas mulheres, como alternativa ante as violências brutais de gênero da esfera privada de reprodução social, conforme exposto por Farmer (2004).

Que o contexto já existe com violências relacionadas a estruturas arraigadas no contexto social brasileiro, nas forças e nos processos históricos e sociais de larga escala, exprimem o funcionamento de uma matriz de opressão, com o cruzo do racismo, do sexismo e do capitalismo, há a produção de contínuas violências estruturais e interseccionais (Richwin & Zanello, 2023, p. 08).

Para além das violências físicas, sexuais e institucionais vivenciadas pelas mulheres nas ruas, há as que perpassam o cotidiano, a exemplo das necessidades e rotinas básicas desse espaço (alimentação, higiene pessoal e sono) (Richwin & Zanello, 2023, p. 09).

Outra similaridade nas histórias das mulheres que estão em situação de rua é a prostituição, sendo uma das principais motivações a satisfação das necessidades básicas e, também, mediante coerção, ou seja, modo de sobrevivência, proteção e estratégia para suprir suas necessidades e necessidades básicas diárias (Richwin & Zanello, 2023, p. 10-11).

Ratifica-se, assim que, gênero, classe social e raça determinam as vidas passíveis de serem vistas semelhantes como seres humanos, sendo valiosas e enlutáveis, nos casos de perdas, ou então suscetíveis descerem a posição de abjeção⁵ (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 149), e destinadas à

⁵ Abjeção é o [...] conjunto de práticas reativas, hegemonicamente legitimadas, que retira do sujeito qualquer nível de inteligibilidade humana. Os atributos considerados qualificadores para os corpos entrarem no rol de “seres humanos” não encontram morada quando se está diante de uma pessoa na

desproteção, à fome, à privação e à destituição, estando assim apagadas dentre os(as) invisibilizados(as) falando-se de forma ampla da PSR.

2.4. Quem são as pessoas em situação de rua?

Estima-se que há, aproximadamente, 31.922 pessoas em situação de rua no Brasil, conforme o levantamento populacional realizado entre 2007 e 2008 – pelo MDS e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Somando-se as pesquisas realizadas nas 04 capitais que não participaram do Censo Pop-Rua, haveria o aumento para mais de 45 mil pessoas em situação de rua, guardadas as devidas diferenças na realização do levantamento (períodos de tempos e metodologia de coleta distintos) (Cortizo, 2019). Como resultado dessa pesquisa nacional, se tem que:

- Perfil Socioeconômico: 82% são do sexo masculino, 53 possuem entre 25 e 44 anos, 69% declararam-se afrodescendentes – destes 29,5% pretas e 39,1% pardas, e que 52,6% recebem entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 por semana;
- Escolaridade: 74% sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever, 8,3% assinavam somente o próprio nome e 95% não estudava durante a realização da pesquisa;
- Ida para as ruas: 35,5% uso problemático de álcool e/ou drogas, 29,8% desemprego e 29,1% desavenças familiares (pai/mãe/irmãos) – podendo haver correlação entre si ou serem decorrentes um do outro;
- Trajetória percorrida: 45,8% são do município em que moravam, 56% são de municípios do mesmo Estado de moradia à época, sendo 72% de áreas urbanas. O deslocamento para outras cidades a procura de emprego foi o mobilizador para 45,3% dos entrevistados que são oriundos de outros municípios/estados, citado ainda por 18,4% como motivador os conflitos/desavenças com a família;
- Tempo nas ruas: 48,4% estavam há mais de dois anos dormindo nas ruas ou nos albergues (69,6% na rua e 22,1% em albergues/outras instituições, e 8,3% alternavam rua e albergues. Motivação para dormir em albergues,

qual o aparato conceitual de que se dispõe para significação da existência humana não alcança. A linguagem entra em pane, em colapso (Berenice Bento, 2017, p. 50).

69,3% devido à violência ao dormir nas ruas e 45,2% consideram desconfortável. Motivos para dormir nas ruas: 44,3% falta de liberdade ao dormir em albergues, 27,1% devido aos horários a serem cumpridos e 21,4% devido o uso de álcool e drogas serem proibidos;

- Vínculos familiares: 51,9% possuíam parentes residentes na cidade onde estavam, no entanto 38,9% estavam com os vínculos familiares rompidos e 14,5% com vínculos fragilizados (contato em períodos espaçados). Desses, 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento com os familiares e 29,3% avaliam como ruim ou péssimo o relacionamento;
- Trabalho e renda: 70,9% exerciam algum tipo de atividade remunerada. Dentre essas, 27,5% trabalham com materiais recicláveis, 14,1% são flanelinha, 6,3% atuam na construção civil, 4,2% na limpeza, 3,1% como carregador/estivador e 15,7% pedem dinheiro como principal meio de sobreviver;
- Alimentação: 79,6% fazem pelo menos uma refeição ao dia, 27,4% compram comida, 19% não conseguem comida todos os dias;
- Saúde: 29,7% alegam problema de saúde. Desses: 10,1% hipertensão, 6,1% problema psiquiátrico/mental, 5,1% HIV/AIDS e 4,6% problemas de visão/cegueira. Ao todo, 18,7% dos entrevistados fazem uso de algum medicamento cuja dispensação, em 48,6% dos casos, ocorre por meio de Postos/centros de saúde, 43,8% dos participantes procuram em primeiro lugar o hospital/emergência e 27,4% o posto de saúde, quando estão doentes;
- Hábitos de higiene: 32,6% utilizam as ruas, 31,4% os albergues/abrigos, 14,2% os banheiros públicos e 5,2% a casa de parentes/amigos, para tomar banho. Necessidades fisiológicas: 32,5% na rua, 25,2% os albergues/abrigos, 21,3% os banheiros públicos, 9,4% os estabelecimentos comerciais e 2,7% a casa de parentes/amigos;
- Documentação pessoal: 24,8% não possuem quaisquer documentos de identificação. Como consequências ocorre a não contratação para emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. 88,5% alegam não receber benefícios dos órgãos governamentais;

- Discriminação e exclusão social: citam o impedimento de adentrar em estabelecimento comercial, shopping center, transporte coletivo, bancos, órgãos públicos, receber atendimento na rede de saúde e tirar documentos. (Brasil, 2008).

O lapso temporal transcorrido desde a realização da pesquisa sobre a população em situação de rua, entre 2007 e 2008, embora deixe lacunas no estudo realizado, se configura como um conhecimento importante dessa população. Destaca-se que, em 2008, houve pesquisa que subsidiou a PNPR, mas não contabilizou as maiores capitais, como São Paulo.

O país dispõe de dados oficiais escassos sobre a população em situação de rua, mesmo que a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), em 2009, tenha previsto a instituição de contagem oficial dessas pessoas, os censos demográficos de 2010 e 2022 seguiram com os métodos tradicionais de contabilização apenas da população domiciliada.

Para minorar o desconhecimento sobre a população em situação de rua no Brasil, o IPEA, em 2022, divulga que utilizou dados oficiais de 1.924 prefeituras, tendo como início de referência o ano de 2015, para obtenção do quantitativo de pessoas em situação de rua no Brasil e que tal estimativa está atualizada até março de 2020 – mês anterior à deflagração da Pandemia da COVID-19 em toda a terra.

Para o ano de 2022, o IPEA estimou que 281.472 pessoas estão em situação de rua no Brasil, representando um crescimento aproximado de 250 mil pessoas, se comparado ao levantamento populacional do MDS em 2008. As secretarias de assistência social dos municípios brasileiros, desde 2013, têm como dever informar a pasta do Governo Federal responsável pela gestão da assistência social no Brasil, se possuem levantamento ou pesquisa que aponte o número de pessoas em situação de rua no seu território e o respectivo quantitativo, visto ser esta, ainda, a principal fonte de informações oficiais sobre o assunto, conforme pontuado por Natalino (2022, p. 02).

Embora tenha esse lapso temporal da pesquisa realizada em 2008 pelo MDS para o levantamento realizado pelo IPEA, em 2022, há convergência expressiva, mês após mês, com o número de pessoas em situação de rua existentes no Cadastro Único. Visto o coeficiente de correlação não ter diminuído ao longo dos

anos, e veio aumentando de 84% em julho de 2013 para 96% em julho de 2022 [...]. (Natalino, 2022, p. 07).

É ratificado ainda o efeito que a pandemia exerceu sobre a qualidade dos dados coletados oficialmente, em específico no ano de 2020, sendo necessário cautela no uso dos dados, por não terem uma aproximação condizente com o esperado na execução da pesquisa.

Tabela 1 Pessoas em Situação de Rua no Brasil (2012-2022)

| Ano | População em situação de rua estimada |
|------|---------------------------------------|
| 2012 | 90.480 |
| 2013 | 96.246 |
| 2014 | 106.650 |
| 2015 | 123.104 |
| 2016 | 138.875 |
| 2017 | 160.614 |
| 2018 | 184.749 |
| 2019 | 204.660 |
| 2020 | 214.451 |
| 2021 | 232.147 |
| 2022 | 281.472 |

Fonte: Brasil (2022; 2022b; 2022c; 2022d); IBGE (2015); Ipea (2015); (Natalino, 2022, p. 16)

Podemos observar que no intervalo de 10 anos (entre 2012 e 2022), houve crescimento de 211% do estimado para as pessoas em situação de rua no ano de 2019, e superior ao estimado uma década atrás, em 2012. Ao compararmos a crescente que vinha se desenhando desde 2012, entre os anos de 2019 e 2020 há um crescimento modesto, sendo decorrente do viés de subestimação populacional ocorrido no início da Pandemia da COVID-19, afetando também os registros oficiais para 2021.

Tabela 2 Pessoas em Situação de Rua por Grande Região (2012-2022)

| Ano | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Brasil |
|------|--------|----------|---------|--------|--------------|---------|
| 2012 | 3.147 | 16.088 | 46.702 | 15.928 | 8.615 | 90.480 |
| 2013 | 3.290 | 17.062 | 50.576 | 16.423 | 8.895 | 96.246 |
| 2014 | 3.656 | 17.804 | 57.482 | 17.859 | 9.850 | 106.650 |
| 2015 | 4.089 | 24.754 | 63.914 | 19.544 | 10.803 | 123.104 |
| 2016 | 4.622 | 27.698 | 74.197 | 21.957 | 10.313 | 138.785 |
| 2017 | 5.674 | 26.590 | 89.173 | 27.296 | 11.881 | 160.614 |
| 2018 | 7.826 | 29.827 | 99.796 | 32.975 | 14.325 | 184.749 |
| 2019 | 8.002 | 34.705 | 114.413 | 32.731 | 14.809 | 204.660 |
| 2020 | 9.404 | 35.721 | 120.104 | 34.809 | 14.413 | 214.451 |
| 2021 | 17.695 | 43.723 | 122.255 | 32.562 | 15.912 | 232.147 |
| 2022 | 18.532 | 53.525 | 151.030 | 39.178 | 19.207 | 281.472 |

Fonte: Brasil (2022; 2022b; 2022c; 2022d); IBGE (2015); Ipea (2015); (Natalino, 2022, p. 17)

A estimativa da população em situação de rua classificada pelas regiões do país constantes na tabela 02, demonstra que o Sudeste permanece concentrando mais de 50% do total desses sujeitos, característica essa que não houve alteração desde 2012.

O aumento de pessoas em situação de rua no Norte é explicável por ser região de fronteira entre países e que, anterior ao período pandêmico, as taxas já vinham apresentando crescimento significativo se comparadas as demais áreas do Brasil, muito em decorrência das crises (política, econômica e sociais) em vigência na América Latina, além do forte processo migratório dos países vizinhos para o Brasil, como por exemplo, a Venezuela. Contribuindo, para o crescimento da PSR no país e a modificação do perfil desde a da pesquisa de 2008.

O Nordeste é a região que ocupa a segunda colocação quanto ao maior crescimento de registros de pessoas em situação de rua, principalmente entre 2019 e 2022, a terceira foi o Sudeste. A população domiciliada na última década no Brasil teve um crescimento de 11%, considerando o exposto pelo IBGE entre 2011 e 2021⁶, por sua vez, a população em situação de rua cresceu 211% no período de uma década (2012-2022).

Esse fato é significativo, uma vez que embora não haja contagem oficial da população em situação de rua no país, verifica-se, através de consultas em sítios do governo federal de domínio público, que há um contingente populacional bastante significativo que está sendo invisibilizado e negligenciado pelos gestores nacionais no tangente ao respeito de seus direitos humanos fundamentais reconhecidos em tratados internacionais que o Brasil é signatário e que foram ratificados na CF/88.

Observa-se que essas mais de 280 mil pessoas em situação de rua estão fora do planejamento de ofertas de serviços públicos, das dotações orçamentárias, das alocações de recursos humanos, da construção de novos espaços de atendimento, dentre outras consequências, e resulta assim em uma realidade que segue em expansão com suas demandas e complexidades multifatoriais e que não têm seus direitos básicos de cidadania reconhecidos e respeitados pelo Estado.

Tal exercício reflexivo é válido também quando se discorre sobre a atuação dos tribunais de justiça, do ministério público, das defensorias públicas, dos órgãos emissores de documentos civis, das atividades de zeladoria urbana, etc, o que se

⁶ Devido a Pandemia da Covid-19, em 2020 não houve o Censo Demográfico da população brasileira que é realizado pelo IBGE a cada 10 anos.

percebe, portanto, que é urgente para a sociedade e para o poder público enxergar a relevância das pessoas que estão em situação de rua e a reversão necessária deste quadro, que perpassa necessariamente pelo fortalecimento das políticas públicas enquanto mecanismos de viabilização de direitos sociais, a exemplo da política de saúde, de assistência social, educação, habitação, emprego e renda.

No tange a realidade sergipana, o município de Aracaju é a capital do estado desde março de 1855. De acordo com o IBGE, a população aracajuana era de 571.149 pessoas, conforme Censo Demográfico de 2010, crescendo para 650.106 em 2017 e com estimativa para 672.614 pessoas, em 2021. Conta ainda com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,77, em 2010, apresentando crescimento de 18,83 entre os anos 2000 (possuía 0,648 de IDHM) e 2010.

De 2013 a 2017, aumentou de 5,78% no quantitativo de pessoas na capital, superior ao ocorrido no estado que foi de 4,21%. Os indicadores demográficos demonstram que a população é composta por mulheres (53,52%) e por negros (66%), com estrutura etária aumentando de 4,81% (em 2000) para 6% (em 2010) na taxa de envelhecimento⁷, conforme Tabela 03.

Tabela 3 Estrutura etária da população em Aracaju/SE – 2000 e 2010

| Estrutura Etária | População 2000 | % do Total 2000 | População 2010 | % do Total 2010 |
|-------------------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Menor de 15 anos | 127.867 | 27,71 | 127.913 | 22,40 |
| 15 a 64 anos | 311.472 | 67,49 | 408.930 | 71,60 |
| 65 anos ou mais | 22.195 | 4,81 | 34.306 | 6,01 |
| Razão de dependência | 48,18 | - | 39,65 | - |
| Taxa de envelhecimento | 4,81 | - | 6,00 | - |

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010).

Relacionado a trabalho e rendimento médio da população, no ano de 2020, têm-se que 226.722 pessoas estavam trabalhando, o que representa 34,1% da população, com a média de 2,8 salários mínimos recebidos pelos trabalhadores com vínculos formais de emprego.

⁷ Taxa de Envelhecimento: Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/280030#sec-demografia>>. Acesso em: 24 de mai. 2023.

Ainda, conforme os dados do Censo Demográfico de 2010, havia 43,55% de mulheres em condições de pobreza (proporções: 3,51% extremamente pobres, 10,96% pobres e 29,08% vulneráveis) e 44,2% os homens (proporções eram de 3,34%, 11,29% e 29,57%, respectivamente), sendo 49,34% negros.

Concernente aos aspectos de renda, pobreza e desigualdade, a capital sergipana possui uma renda per capita mensal de R\$ 1.052,03 e a porcentagem de pobres de 11,11%, com índice Gini⁸ de 0,62.

No setor saúde, a mortalidade infantil, nos anos 2000, era de 38,95 por mil nascidos vivos, por sua vez, em 2010 passou a ser de 15,61, ocorrendo queda significativa, em paralelo a esses decréscimos na mortalidade infantil houve aumento na esperança de vida ao nascer, que nos anos 2000 era de 68,72 anos e em 2010 passou para 74,36 anos.

No quesito educacional, foi observado que em Aracaju, no ano de 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos que estavam com a idade-série adequada era de 95,01%, por sua vez esse percentual sofre declínio com o decorrer dos anos, visto que a proporção de crianças de 11 a 13 anos, cursando os anos finais do ensino fundamental foi 86,28%. (IBGE, 2010). Essas informações demonstram que as crianças ficam retidas nas séries iniciais, ocasionando o crescimento da distorção idade-série, assim como o declínio da porcentagem das crianças que alcançam os anos finais do ensino fundamental.

Já entre a faixa etária de 15 a 17 anos, apenas 53,84% concluíram o ensino fundamental, enquanto 50,71% dos jovens de 18 a 20 anos possuem o médio completo. Cabe destacar ainda que a distorção idade série no ensino médio era de 30,9%, no ano de 2017, e a evasão escolar de 10,3%. (IBGE, 2010). A taxa de escolarização entre as pessoas a partir dos 25 anos, em 2010, era de: 8,08% eram analfabetos, 66,74% tinham o ensino fundamental completo, 53,06% possuíam o ensino médio completo e 19,20%, o superior completo, enquanto em Sergipe a configuração era de 23,30%, 42,50%, 30,29% e 8,53%, respectivamente.

⁸ Índice de *Gini*: instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, no qual o valor zero representa a situação de igualdade (todos têm a mesma renda) e o valor um está no extremo oposto, uma só pessoa detém toda a riqueza. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28>. Acesso em: 24 de mai. 2023.

Quanto às condições habitacionais, em 2017, versavam que 99,6% da população tinha acesso ao abastecimento de água, enquanto o esgotamento sanitário correspondia apenas 49,43%, com destaque para coleta de resíduos sólidos que alcançava o percentual de 100% dos domicílios aracajuanos.

O Censo Demográfico do IBGE (2010), mostra redução do quantitativo de crianças em situação de extrema pobreza (6,99% em 2010, e 14,19% em 2000), as mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos era de 16,80%, em 2000, e declinou para 15,78% em 2010. Reduziu-se ainda, de 13,31% para 9,31%, o percentual das pessoas entre 15 e 24 anos que não estudavam e nem trabalhavam.

Sergipe ainda não realizou Censo demográfico para quantificar o seu contingente populacional em situação de rua, mas levantamento preliminar da Secretaria de Assistência Social da capital, estima entre 400 e 500 sujeitos e que a população total está próxima aos 600 mil habitantes (Vasconcelos, 2015).

Embora se compreenda que há uma complexidade para desenvolver essa modalidade de pesquisa de campo devido tais características migratórias dessas pessoas, essa ausência “[...] prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para este contingente e reproduz a invisibilidade social da população de rua no âmbito das políticas sociais” (IPEA, 2016, p. 07).

O perfil local da população em situação de rua em Aracaju possui similaridades com o nacional, como se pode observar nas informações a seguir:

- Perfil Socioeconômico: 70% são do sexo masculino, sendo 89% heterossexuais, 10% homossexuais (6% gays e 4% lésbicas) e 1% transexuais. É composta por jovens e adultos em sua maioria – 30% com idades de 25-34 anos, 34% entre 35-45 anos, 21% de 46-60 anos;
- Escolaridade: 76% concluíram o ensino fundamental, 14% não são alfabetizados, 8% cursaram o ensino médio e 1% ensino superior incompleto
- Ida para as ruas: 47% não informam motivação de ida para as ruas. Dos que responderam, 36% deve-se ao uso de álcool e drogas, 10% por desavenças familiares, 3% devido a conjugação do uso de álcool e drogas e conflitos familiares, 1% foi por abuso sexual, falecimento de genitor e envolvimento com criminalidade. 53% dos entrevistados relatam o uso de álcool como principal motivo de ida para ruas e 13% não referem uso;

- Trajetória percorrida: 70% são de Aracaju, 15% de municípios sergipanos e 15% de outros estados;
- Vínculos familiares: 47% dos entrevistados possuem vinculação familiar rompida, 40% vínculo fragilizado, 6% dos casos existe vínculo e 4% dos casos não houve resposta;
- Trabalho e renda: 32% não informaram sobre suas ocupações, 10% são artesão, 9% flanelinha, 9% ajudante/servente, 7% carregador, 7% reciclador/catador, 4% profissional do sexo e 1% outras profissões;
- Saúde: 84% não possuem doenças crônicas. Sobre doenças infectocontagiosas, 7% com tuberculose, 7% HIV/AIDS e 1% com Sífilis. Quanto ao acesso ao Consultório na Rua, 50% ocorre por meio da abordagem de rua, 23% são demandas espontâneas, 19% via equipamentos da política de assistência social (âmbitos municipal e estadual), 6% pelo Projeto Redução de Danos e 2% via outros serviços;
- Discriminação e exclusão social: 81% não informaram receber benefícios de transferência de renda, sendo que apenas 9% recebem Bolsa Família, 6% Benefício de Prestação Continuada e 1% auxílio doença/não possui. (Vasconcelos, 2015).

Ao comparar os dados apresentados pela pesquisa nacional de 2008 e os dados coletados em 2015 por Vasconcelos, a população em situação de rua na capital sergipana é semelhante a nacional. A invisibilidade já demonstrada acaba por revelar na ausência de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante (Hallais; Barros, 2015), dentre outros aspectos.

Ou seja, não é possível um registro fidedigno e um monitoramento para qualificar a atuação dos governantes no conhecimento desses usuários e atendimento de suas demandas de cuidado e assistência, essa impossibilidade deve-se a falta de destinação de recursos necessários a qualificação da política de saúde devido à lógica neoliberal de sucateamento do que é público (Ribeiro, 2014).

3. CAPÍTULO III – CONTEXTOS VULNERÁVEIS: A TUBERCULOSE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Os elementos abordados no capítulo III servem de resposta ao objetivo de verificar a correlação entre a prevalência dos casos de Tuberculose na população em situação de rua de Aracaju-SE e o contexto de restrição de direitos no qual se encontra-submetida, comparando com a ocorrência geral de casos da doença no município. As discussões fomentadas se orientaram a partir das informações obtidas por meio da investigação dos registros disponíveis nos sítios do Ministério da Saúde, do SINAN, e da Secretaria de Saúde de Aracaju.

Inicialmente, considerou-se importante trazer apontamentos a respeito da experiência no Consultório na Rua, que despertou o olhar da pesquisadora para a temática em estudo. Em seguida, aprofundará a discussão a respeito da doença, para por fim, entender a relação entre a tuberculose e a população em situação de rua, destacando os fatores que levam a sua prevalência.

3.1. A experiência no Consultório na Rua de Aracaju-SE

O Consultório na Rua em Aracaju, foi implantado em junho de 2015, representa uma iniciativa de prestação de cuidado e assistência ao segmento populacional em situação de rua de modo estruturado, convergindo com os objetivos da Política Nacional da Atenção Básica e da Política Nacional para População em Situação de Rua (Vasconcelos, 2015, p. 06).

Para prestar um cuidado específico a esse contingente populacional, o Consultório na Rua compõe a Rede de Atenção Básica à Saúde, sendo regido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – criado pela Portaria nº 2.488/2011 e mantido através da Portaria nº 2.436/2017, ambas do Ministério da Saúde.

O consultório é composto por trabalhadores da saúde que tem entre suas responsabilidades a articulação e a prestação do cuidado integral às pessoas que estão em situação de rua ou com características semelhantes, sendo sua atuação nas ruas ou em instalações específicas e buscam a articulação com outros serviços da rede, tendo como norte a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde (Pinto *et al.*, 2018).

A referida política compreende a Atenção Básica como:

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Sendo parte desse escopo, a equipe do Consultório na Rua funciona como porta de entrada para atender as demandas de cuidado dos usuários em situação de rua no SUS. Serve ainda como ponte para acessar outros serviços disponibilizados nas demais políticas sociais, por compreender que a saúde engloba mais que ausência de doença e possui múltiplos determinantes e condicionantes.

A Portaria nº 122/2011 do Ministério da Saúde define a forma de funcionamento e as diretrizes organizativas das Equipes de Consultório na Rua, ou seja, houve o reconhecimento do “[...] Consultório na Rua como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família ao invés de extinguir um em detrimento do outro.” (Londero; Ceccim; Bilibio, 2014, p. 05). A equipe multiprofissional realiza busca ativa e cuidado em saúde para com os usuários de álcool, crack e outras drogas, pautados nos princípios da Redução de Danos.

As atividades desenvolvidas são *in loco* e itinerantes e aposta-se na integração das intervenções e no compartilhamento de responsabilidades com outros componentes da rede de atenção à saúde em seus diversos níveis de complexidade, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência, além das demais políticas públicas existentes e com base nas demandas dos usuários.

Nos termos da PNAB-2017, que compreende a composição da Equipe de Consultório na Rua (eCR) deve ser variável e responsável pela articulação e prestação do cuidado em saúde de forma integral às pessoas em situação de rua ou até mesmo pessoas que possuam características análogas em dado território. Podendo possuir um local fixo - que sirva de referência para a população atendida – ou móvel – que possibilita o acesso aos usuários nos territórios. São itens necessários a execução dos processos de trabalhos dessas equipes, dentre outros:

- A. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com

as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

- B. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana;
- C. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica. Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde (Brasil, 2017).

A Equipe necessita conhecer em profundidade os territórios ocupados por seus usuários, no sentido de que suas ações sejam assertivas e garantidoras do cuidado em saúde e acesso aos demais direitos sociais, quando houver demanda, conseguindo traçar perfil e necessidades das pessoas em situação de rua e o impacto que os aspectos ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, possuem na formação da idade do grupo, conforme expõe Merhy (2010):

Há poucas condições prévias para coordenar a assistência de saúde, o caminho está sempre por se fazer junto ao usuário acolhido (no encontro real e à seu tempo), de modo que os ditos lugares identitários de cada profissão são reconfigurados em ato, ou melhor, o profissional é enredado em acontecimentos que oportunizam uma desconstrução do modo disciplinar que até então o delimitava como terapeuta. Um processo de trabalho que convoca a emergência de um cuidador que beira a “anomalia, que foge às abordagens fragmentadas”.

Portanto, a atuação dos trabalhadores do Consultório na Rua reveste-se de atenção no que diz respeito à forma de abordagem e proposição do cuidado em saúde ao usuário desse serviço, não sendo pautado no convencimento para realizar exames, tomar medicamentos, tirar determinada documentação civil ou de aceitar a oferta de abrigo, mas na construção de alternativas possíveis dentro do seu “modo de andar a vida” (Paiva *et al.*, 2016), preservando assim sua autonomia e liberdade de escolhas enquanto cidadão.

O CnR proporciona universalidade, integralidade e equidade enquanto princípios do SUS, com ações de redução de danos e de articulações intra e intersetoriais, sendo ponte entre os usuários e os serviços da rede de políticas públicas. O cuidado em saúde prestado pela equipe a esse segmento atende a

demandas como: doenças infectocontagiosas (HIV/AIDS, sífilis e hepatites), doenças respiratórias (tuberculose), dentre outras enfermidades.

Há a compreensão que a saúde ultrapassa concepção “[...] biológica e deve-se considerar a vivência do indivíduo em sociedade e o acesso às redes socioeconômicas e de serviços essenciais, visto que o contexto social e a história de vida individual e da coletividade irão influenciar nesse processo” (Pinto *et al.*, 2018, p. 3514).

3.2. O estar nas ruas e o desenvolvimento da tuberculose na população em situação de rua

A tuberculose configura-se como doença respiratória e é causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*, sendo transmitida através da inalação que desenvolve infecção do trato respiratório das pessoas (Quinn *et al.*, 2005), tendo “[...] maior probabilidade de se desenvolver em pessoas portadoras de HIV/Aids, subnutridos, diabéticos, usuários de tabaco e álcool. Representa um problema de saúde pública, sendo a nona causa de morte no mundo [...].” (Bastos, et al, 2019, p. 1459). No ano de 2020, estima-se que as infecções pela tuberculose foram de 10 milhões de casos, com mais de 1 milhão de mortes nesse ano, e quando associadas às pessoas com HIV+, teve-se 208 mil óbitos.

Conforme já amplamente exposto, o estar nas ruas traz para as pessoas perigos como a exposição à violência, à insegurança alimentar, à indisponibilidade de água potável, à privação de sono e de afetividade, agregando-se também a exposição a várias doenças, agravos e situações de vulnerabilidade, sendo uma das principais a tuberculose.

No Brasil, a tuberculose é um problema de saúde histórico, embora conte com programas específicos da política de saúde, a exemplo do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e o tratamento realizado de forma direta pela rede primária de saúde (Brasil, 2016), há baixa adesão e alto abandono do tratamento, além da administração errada e/ou intermitente da medicação necessária (Rabahi *at. al.*, 2017).

O país ocupa posto entre os 22 países com maior endemicidade para tuberculose (Silva, 2021, p. 02), e a população em situação de rua figura como um

grupo com maior suscetibilidade ao seu acometimento devido ausência de moradia e precárias condições de existência na sociedade.

De acordo com o Boletim Epidemiológico sobre tuberculose⁹, publicado em março de 2022, pelo Ministério da Saúde, foi estimado que 9,9 milhões de pessoas no mundo foram acometidas pela tuberculose em 2020, destas 1,3 milhão vieram a óbito e não apresentavam co-infecção pelo HIV. No Brasil, em 2021, por sua vez, “[...] foram notificados 68.271 casos novos de TB, o que equivale a um coeficiente de incidência de 32,0 casos por 100 mil habitantes” (Brasil, 2022, p. 07).

Em 2021, o Ministério da Saúde produz documento para a segunda fase do Plano Nacional pelo fim da tuberculose, cujas recomendações são para o período de 2021-2025, estando alinhado a compromissos internacionais (Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável), além de visar a diminuição da incidência da doença para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e menos de 230 óbitos, até 2035 (Brasil, 2022, p. 07).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) expõe como principais causas para a gravidade da atual situação da tuberculose no mundo: a desigualdade social, o advento da AIDS, o envelhecimento da população e os movimentos migratórios. Há de considerar relevante a análise que discorre sobre a tuberculose ser uma calamidade negligenciada pelo poder público e autoridades competentes do âmbito da saúde, que:

[...] deixaram o problema de lado como se fosse assunto resolvido. Afinal, já se conhecia bastante a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. Não se considerou que a existência de todo esse saber prévio ou recursos de nada adiantam se eles não forem colocados ao alcance da população geral e, [...], que esta população necessita fazer uso efetivo dos recursos quando estes existem no local (Ruffino-Netto, 2002, p.51).

Ainda de acordo com Ruffino-Netto (2002), erros de avaliação do problema de saúde pública, a tuberculose, resultaram em medidas tímidas para implementação e funcionamento dos recursos disponíveis, tanto relativos aos conhecimentos quanto aos serviços, envolvendo gestores de políticas públicas do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde – (SMS), além dos aparelhos formadores dos profissionais de saúde.

⁹ Documento do Ministério da Saúde que apresenta os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose no Brasil (Brasil, 2022, p. 07).

Muito se divulga sobre as doenças emergentes (Ex.: HIV/AIDS) ou reemergentes (Ex.: Dengue), mas constitui-se equivoco elencar a tuberculose enquanto um problema de saúde reemergente no Brasil, sendo que essa afirmativa pode ser considerada válida se voltada para alguns países europeus ou para os Estados Unidos da América.

Em 2021, o Brasil registrou 59.735 casos novos de tuberculose e foram notificados cerca de 388 óbitos relacionados à tuberculose no país no mesmo ano. Dentre esses novos casos de tuberculose pulmonar, 70,1% foram em pessoas do sexo masculino, havendo predomínio do sexo masculino em quase todas as faixas etárias – exceto no grupo de 10 a 14 anos. Identificado ainda que homens de 20 a 34 anos são 2,8 vezes mais suscetíveis a desenvolver a doença em sua tipologia pulmonar do que mulheres na mesma faixa etária (Brasil, 2022, p. 11).

A maior parte dos casos novos de tuberculose pulmonar concentrou-se nas pessoas autodeclaradas pretas ou pardas – entre 2012 e 2021, a distribuição cresceu de 61,9% a 69,0%, respectivamente. Já entre pessoas autodeclaradas como brancas, observa-se declínio dos casos de tuberculose no recorte temporal analisado – em 2012, contava com 35,9% e em 2021 apresentou 28,9%. A porcentagem dos casos novos de tuberculose em pessoas amarelas ou indígenas permaneceu constante nesse período, na média de 2,1% (Brasil, 2022, p. 11).

Por sua vez, a tuberculose nas populações vulneráveis, como as privadas de liberdade e em situação de rua, apresentou aumento de 17.442 a 24.710 casos entre 2015 e 2019. O desfecho de tratamento no período de 2018 a 2020 para essas populações apresentou queda gradual da proporção de cura, aliado ao aumento da quantidade de casos em transferência/não avaliados (Brasil, 2022, p. 16).

As constatações sinalizadas acima servem para ratificar que a tuberculose é um problema de saúde pública no Brasil desde 1500, quando da chegada dos portugueses e a exploração dos povos oriundos de África e das investidas contra os indígenas, configurando-se como fenômeno presente e persistente há longo tempo, que acomete os que não são vistos como cidadãos desde a formação do país (Ruffino-Netto, 2002, p.51).

É sabido ainda que cerca de 95% dos casos de tuberculose ocorrem em países do capitalismo periférico, e que 22 países no mundo concentram aproximadamente 80% dos casos estimados, entre os quais encontra-se o Brasil (Ruffino-Netto, 2002, p.52).

Os esforços mundiais para combater a ocorrência da tuberculose evidenciam, em certa medida, a forma como o modo de produção capitalista opera, visto haver países cujas principais dificuldades em erradicar tal doença estão ligadas a escassez de recursos financeiros e humanos, enquanto em outros países o que dificulta está mais voltado a acesso e uso de multidroga resistência e/ou gerenciamento dos programas.

Em solo brasileiro, elencam-se as seguintes intervenções no curso da formação do país para enfrentamento da tuberculose:

- De 1876 a 1886: decretos e lei reorganizam os serviços sanitários nas cidades do império, relacionadas à habitação e à polícia sanitária domiciliar;
- Início do século XX: instituição de plano de ação para o combate da enfermidade, criou-se Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose;
- 1927: aplicação pela primeira vez o BCG oral¹⁰ em recém-nascidos;
- 1940: Plano Federal de Construção de Sanatórios;
- 1941: Serviço Nacional de Tuberculose (SNT);
- 1946: Campanha Nacional Contra a Tuberculose;
- 1948 e 1949: utilização dos tuberculostáticos;
- 1964 e 1965: esquemas terapêuticos padronizados;
- 1970: Divisão Nacional de Tuberculose (DNT), substituindo o antigo SNT;
- 1971: Central de Medicamentos (CEME), para fornecer tuberculostáticos aos doentes em todo país;
- 1973: vacinação obrigatória com BCG intradérmica;
- 1975: II Plano Nacional de Desenvolvimento e Programa de Controle da Tuberculose;
- 1976: Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS);
- 1979: esquema de tratamento de curta duração (06 meses);
- 1981: convênio entre INAMPS/SES/MS para transferir a execução do controle da tuberculose para as SES;
- 1983: Ações Integradas de Saúde (AIS);
- 1987: Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS);
- 1988: Sistema Único de Saúde (SUS);

¹⁰ Vacina desenvolvida na França, no início dos anos 1900, contra a tuberculose. Fonte: Ministério da Saúde do Brasil (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/vacina-bcg-completa-44-anos-de-imunizacao-da-populacao-brasileira-contr-a-tuberculose-3>)

- 1990: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS);
- 1996: Plano Emergencial para o controle da enfermidade;
- 1998: Resolução nº 284, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhece a tuberculose como problema prioritário de saúde pública no Brasil, com lançamento do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (Ruffino-Netto, 2002, p. 53-55).

Evidencia-se com essas intervenções estatais a complexidade do problema de saúde público no Brasil, enquanto periferia do modo de produção capitalista. Tal histórico releva também o quanto o país custou e ainda custa a reconhecer a essencialidade da articulação e da complementaridade de ações dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios), envolvendo a participação social e organizações não governamentais neste processo.

A partir dessa articulação possa ser possível alcançar efetividade contra a ocorrência da tuberculose entre os brasileiros, com detecção e diagnóstico precoces dos sintomáticos respiratórios e seus contatos, assim como a disponibilização de tuberculostáticos, de forma estratégica e com estoque para assegurar tratamento supervisionado e vigilância da resistência das drogas (Ruffino-Netto, 2002, p. 55).

Mais complexa se faz a compreensão do porquê dessas intervenções, até a atualidade, não foram capazes de retirar a doença tuberculose enquanto problema de saúde pública no país, há uma espécie de apagamento da compreensão pelos gestores públicos do país que as propostas devem focalizar, de forma conjunta, a tuberculose enquanto uma doença que afeta a capacidade física das pessoas, assim como um problema da área social.

Ou seja, para a pessoa com TB deve ser destinada a solução com o uso de esquemas terapêuticos eficazes e para a tuberculose a solução exige políticas públicas voltadas para qualidade de vida da população.

É importante sinalizar que, para os interesses desse estudo, o conceito de prevalência se refere ao número de casos existentes de uma doença em determinado momento, consistindo em um recorte de sua ocorrência, além de se constituir em medida estática. Nesse sentido, os casos existentes são compostos pelo conjunto de indivíduos que adoeceram em algum momento do passado, somados aos casos novos dos que ainda estão vivos e doentes (Medronho, 2005; Pereira, 1995).

Já foi elucidado exaustivamente o motivo pelo qual se compreende a tuberculose como histórica no Brasil e seus desdobramentos para o âmbito do social. Cabe enfatizar, ainda, que compreendemos a tuberculose como doença prevalente no território brasileiro por que ela existe e persiste no país desde os anos iniciais de sua formação, ocorrendo de forma acentuada em dadas regiões do país, mas não exclusivamente, visto ser identificado casos em todo território, havendo de forma contínua e constante notificações de novos casos de pessoas com tuberculose, somados aos casos já existentes.

A tuberculose “[...] obedece a todos os critérios de priorização de um agravo epidemiológico de saúde pública: magnitude, transcendência e vulnerabilidade” (Nonato; Cavassin; Zollet; Gabardo; Rozin, 2022, p. 03). Percebe-se que existe estabilidade na distribuição dos casos, conforme registros no SINAN, entre os meses que foram realizados os diagnósticos e acaba por caracterizar a tuberculose também como uma doença endêmica no Brasil, “[...] sem grandes variações no decorrer do tempo, em que há constantes renovações de casos conforme os anos e sem variação cíclica ou sazonal no passar dos meses” (Nonato; Cavassin; Zollet; Gabardo; Rozin, 2022, p. 05).

As pessoas acometidas pela tuberculose têm em comum a demora em procurar a assistência médica – em decorrência dos sintomas da doença possuem manifestações lenta, intensidade progressiva e com períodos de remissão e bem-estar (Nonato; Cavassin; Zollet; Gabardo; Rozin, 2022, p. 10).

Com o exposto, cabe ratificar a multifatorialidade da tuberculose que se alia ao comprometimento imunológico do indivíduo e atrela-se também a falta de acesso à educação, saneamento básico e renda. Ou seja, embora se enfatize categorias como gênero e raça nas análises para vulnerabilidade da infecção por tuberculose, não se pode perder de vista que as desigualdades sociais e a baixa escolaridade das pessoas são determinantes na forma como a tuberculose ocorre na história da sociedade brasileira, impactando o físico, o psicológico, âmbito pessoal e o coletivo das pessoas pobres, e, no caso em tela, a população em situação de rua.

3.3. A ocorrência da tuberculose na população do Município de Aracaju/SE (2019 a 2022)

O território brasileiro possui perfil endêmico para a tuberculose, conforme apontado, sendo que a população em situação de rua, devido estar exposta às diversas intempéries urbanas, acabam tendo sua condição de saúde impactada de forma mais incisiva do que outros segmentos sociais.

Conforme amplamente discutido, a população em situação de rua está exposta a distintas vulnerabilidades e suas condições de vida degradadas faz aumentar o desafio para o cuidado em saúde, necessitando de intervenções específicas para essas pessoas. De acordo com Gioseffi, Batista e Brignol (2022), as vulnerabilidades possuem três dimensões:

- Individual: o indivíduo dispõe de informações, capacidade de pô-las em prática, e de aspectos materiais, culturais, cognitivos e morais, entre tantos outros aspectos em seu processo formativo;
- Social: pautada pelos contextos sociais e cenários culturais;
- Programática: são as instituições de saúde, educação, cultura e assistência social, permitindo contextos desfavoráveis, incrementando essas condições sociais.

Tratar a tuberculose em pessoas em situação de rua é mais dispendioso de recursos e complexo quando se compara à população de modo geral, devido, a menor adesão ao tratamento, visto as questões de segurança, alimentação e descanso influem no cuidado e na recuperação de sua saúde. Sendo a tuberculose, o HIV/AIDS, as doenças dermatológicas e a hipertensão arterial serem as principais doenças incidentes na população em situação de rua, e questões referentes à saúde mental (Gioseffi, 2020, p. 25).

Como forma de reforçar os aspectos discutidos, tem-se que a tuberculose – entre 2014 e 2018 – foi diagnosticada em 14.059 pessoas em situação de rua, ao realizar-se análise do número de casos no SINAN. Dessa forma, temos que no Brasil a tuberculose incide de 10 até 85x mais, através das infecções latentes e ativas, a população em situação de rua, do que a população geral e que somente em 2014, o SINAN inseriu a categoria população em situação de rua nos seus campos e as informações são obtidas através do filtro populações especiais.

O SINAN é um sistema alimentado de forma constante através de notificações e investigações dos casos de doenças e agravos de notificação compulsória, sendo a tuberculose uma das doenças que constam na listagem nacional. Com base nessa consulta, observou-se que entre os anos de 2019 e 2022, o estado de Sergipe registrou o total de 3.915 casos de Tuberculose confirmados, possuindo a seguinte divisão anual e por cidades:

Tabela 4 Casos de Tuberculose no SINAN – Sergipe (2019-2022)

| Ano | Aracaju | Estância | Itabaiana | Lagarto | N. S. da Glória | N. S. do Socorro | Propriá | Total |
|--------------|-------------|------------|------------|------------|-----------------|------------------|------------|-------------|
| 2019 | 528 | 76 | 91 | 88 | 25 | 160 | 53 | 1021 |
| 2020 | 490 | 61 | 61 | 62 | 26 | 138 | 35 | 873 |
| 2021 | 480 | 55 | 74 | 86 | 25 | 136 | 41 | 897 |
| 2022 | 583 | 84 | 92 | 109 | 35 | 163 | 58 | 1124 |
| Total | 2081 | 276 | 318 | 345 | 111 | 597 | 187 | 3915 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Os dados obtidos informam o total de 3.915 casos diagnosticados como positivados para a ocorrência da Tuberculose em Sergipe, inclusive população em situação de rua. A Região Metropolitana do estado – Aracaju e Nossa Senhora do Socorro – por apresentarem predominância de aspectos urbanos e uma rede de políticas públicas mais integradas em seus territórios registraram maiores notificações de tuberculose.

Em 2019, Aracaju representa 51,71% dos casos de notificação para tuberculose e Nossa Senhora do Socorro 15,67%, houve crescimento em 2020 quando a capital sergipana notificou 56,12% casos de tuberculose, seguida novamente por N. S. do Socorro, com 15,80%.

Aracaju e Nossa Senhora do Socorro apresentaram baixa nas notificações de casos de tuberculose nos anos de 2021 e 2022, em plena vigência do período pandêmico, contando com 51,86% e 14,50%, respectivamente. Essa queda está relacionada ao que Natalino (2022) já havia sinalizado no tangente aos registros nos sistemas oficiais do Governo Federal, visto a COVID-19 implicar na forma de funcionamento do mundo, principalmente nos anos primários de infecção da doença, tendo em vista a ausência de informações de como as pessoas poderiam se

proteger do corona vírus, o que impacta também em diversos âmbitos da convivência em sociedade.

Observa-se assim, convergência entre as notificações de tuberculose ocorridas Aracaju com o cenário nacional, no qual total de notificações de casos novos e retratamentos em 2021 (82.680 pessoas) foi inferior ao observado em 2020 (83.741 diagnósticos) e ambos foram menores do que no ano de 2019 (93.208 notificações) (Brasil, 2022, p. 12).

Tabela 5 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Sexo e Raça

| Ano | Aracaju | Raça – Etnia | | | | | Sexo | | |
|--------------|-------------|--------------|------------|-----------|-------------|----------|-----------------|-------------|------------|
| | | Branca | Preta | Amarela | Parda | Indígena | Ignorado-branco | Masc. | Fe m. |
| 2019 | 528 | 76 | 81 | 11 | 321 | 1 | 38 | 401 | 127 |
| 2020 | 490 | 55 | 109 | 3 | 264 | 1 | 58 | 388 | 102 |
| 2021 | 480 | 52 | 68 | 3 | 271 | 0 | 86 | 353 | 127 |
| 2022 | 583 | 52 | 64 | 3 | 437 | 4 | 23 | 459 | 124 |
| Total | 2081 | 235 | 322 | 20 | 1293 | 6 | 205 | 1601 | 480 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Das pessoas diagnosticadas entre 2019 e 2020 com tuberculose, houve pouca oscilação entre as porcentagens no que diz respeito à auto identificação, na qual aproximadamente 76% assinalarem que são pretas ou pardas, e 14,39% (2019) ou 11,22% (2020) identifica-se como brancas.

Em 2021, 70,61% se identificam como preta ou parda, e 10,83% como branca. No ano de 2022, houve queda na porcentagem de pessoas que se autodeclararam brancas – comparando-se desde 2019 –, contando com 8,91% do total de casos conformados de tuberculose, em contrapartida, foi o ano em que 85,92% das pessoas se reconhecem como preta ou parda.

Há predominância do sexo masculino nas notificações dos casos de tuberculose em Aracaju no curso temporal estudado, visto que nos anos de 2019 até 2022 a porcentagem esteve sempre acima dos 73% dos diagnósticos. O sexo feminino oscila sutilmente entre os anos, em 2019 o percentual de mulheres diagnosticadas com tuberculose foi de 24%, em 2020 houve queda para 20%, 2021 a porcentagem subiu para 26% e apresentou queda das notificações em 2022, contando com 21% do total de casos positivados para ocorrência da tuberculose.

Tabela 6 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Idade e Tipo de Entrada

| Ano | Aracaju | Faixa Etária | | | | | | | Tipo de Entrada ¹¹ | | | | | |
|--------------|-------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------------|------------|------------|----------|-----------|-----------|
| | | 0-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | +65 | Novo | Recid. | Reing. | NS | Transf | Pós-óbito |
| 2019 | 528 | 5 | 141 | 159 | 90 | 66 | 41 | 26 | 425 | 36 | 53 | 0 | 11 | 3 |
| 2020 | 490 | 6 | 110 | 157 | 92 | 53 | 39 | 33 | 392 | 21 | 60 | 0 | 16 | 1 |
| 2021 | 480 | 6 | 102 | 163 | 74 | 61 | 41 | 33 | 378 | 32 | 49 | 0 | 17 | 4 |
| 2022 | 583 | 8 | 127 | 183 | 103 | 79 | 46 | 37 | 455 | 25 | 78 | 2 | 22 | 1 |
| Total | 2081 | 25 | 480 | 662 | 359 | 259 | 167 | 129 | 1650 | 114 | 240 | 2 | 66 | 9 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

A faixa etária de 15 até 44 anos é a que apresenta maiores notificações de tuberculose em Aracaju, visto que entre os anos de 2019 até 2022 manteve constância de casos acima dos 70%. Cabe a observação que os casos diagnosticados em Aracaju – de 2019 até 2022 – em menores de 15 anos de idade, foi de 1,2%.

Relacionado ao tipo de entrada no sistema de notificação ocorre com predominância de casos novos – oscilando de 80% em 2019 e 2020, para 78% em 2021 e 2022 –, seguidos pelos casos de reingressos – oscilação de 10% em 2019 para 13% em 2022.

¹¹ O caso de tuberculose será inserido no SINAN de acordo com o seu “tipo de entrada”:

- **Caso novo** – qualquer caso que nunca utilizou a medicação antituberculosa, ou a utilizou por menos de 30 dias. Verificar, insistentemente, com o paciente e seus familiares, se não houve tratamento prévio para tuberculose por 30 dias ou mais;
- **Recidiva** – é o caso de tuberculose ativa que foi tratado anteriormente e recebeu alta por cura comprovada ou por ter completado o tratamento;
- **Reingresso após abandono** – é o caso de tuberculose ativa, tratado anteriormente por mais de 30 dias, mas que deixou de tomar a medicação por 30 dias consecutivos ou mais;
- **Não sabe** – refere-se ao caso com história prévia desconhecida. Deve ser registrado apenas quando esgotadas as possibilidades de investigação da história anterior do paciente;
- **Transferência** – refere-se ao paciente que compareceu à unidade de saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra unidade de saúde, desde que não tenha havido interrupção do uso da medicação por 30 dias ou mais. Neste último caso, o tipo de entrada deve ser “reingresso após abandono”. Todo paciente transferido por outra unidade deve ser notificado pela unidade que o recebe
- **Pós-óbito** – é o caso de tuberculose que não foi registrado no SINAN e foi descoberto ou notificado após a morte do paciente, em decorrência da realização de investigação epidemiológica (por exemplo, investigação do óbito, busca ativa em prontuários e relacionamento entre bases de dados – SIM e SINAN).

A recidiva e o reingresso após abandono são considerados casos de retratamento. As definições de tipo de entrada – transferência, não sabe e pós-óbito – são operacionais e utilizadas para efeitos de registro no SINAN. Fonte: [chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclclefindmkaj/http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/Apostila_Curso_Sinan_2016.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/Apostila_Curso_Sinan_2016.pdf)

Tabela 7 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) Benefício do Governo e Tipo da Tuberculose

| Benefício do Governo | | | Tipo | | | |
|----------------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|-----------|-----------------|
| Sim | Não | Ignorado/Branco | Pulmonar | Extra-Pumonar | Ambas | Ignorado/Branco |
| 35 | 461 | 32 | 473 | 51 | 4 | 0 |
| 32 | 387 | 71 | 440 | 45 | 5 | 0 |
| 35 | 373 | 72 | 424 | 46 | 10 | 0 |
| 53 | 466 | 64 | 525 | 49 | 8 | 1 |
| 155 | 1687 | 239 | 1862 | 191 | 27 | 1 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Do total de 2081 pessoas diagnosticadas com tuberculose em Aracaju (2019-2022), 81% não recebiam qualquer espécie de Benefício do Governo, 11,5% não tinha a identificação se recebia ou não e apenas 7,5% informaram receber algum benefício governamental.

Da Silva (2021), pontua que indivíduos com tuberculose que são beneficiários de programas sociais possuem maiores chances de desfechos por cura na realização do cuidado em saúde realizado, utilizando como exemplo estudo realizado em Salvador-BA, no qual pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família tiveram 14,5% maior sucesso no tratamento da tuberculose.

No tangente a predominância dos tipos de tuberculose notificados, temos que 89% são pulmonares – tipo que afeta prioritariamente os pulmões das pessoas, é a mais frequente, a mais relevante para a saúde pública, devido ser a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença na atualidade (Azimka, 2018, p. 09) –, 9% extra-pulmonares – acomete outros órgãos que não o pulmão (Azimka, 2018, p. 23), é mais frequentemente em pessoas que vivem com HIV/AIDS, especialmente entre aquelas com comprometimento imunológico e 1,3% pulmonar-extrapulmonar.

Tabela 8 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – AIDS e HIV

| AIDS | | | HIV | | | | |
|------|-----|-----------------|----------|----------|--------------|---------------|-----------------|
| Sim | Não | Ignorado/Branco | Positivo | Negativo | Em Andamento | Não Realizado | Ignorado/Branco |
| 29 | 468 | 31 | 31 | 404 | 1 | 92 | 0 |
| 26 | 425 | 39 | 31 | 397 | 6 | 56 | 0 |
| 30 | 412 | 38 | 34 | 396 | 4 | 46 | 0 |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|------------|------------|-------------|-----------|------------|----------|
| 24 | 544 | 15 | 30 | 451 | 21 | 80 | 1 |
| 109 | 1849 | 123 | 126 | 1648 | 32 | 274 | 1 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Quanto à concomitância de HIV/AIDS, temos que em torno de 88% das pessoas com tuberculose não têm AIDS e 79% não foram diagnosticadas com HIV. Sinaliza-se ainda que há percentual de 13% de pessoas diagnosticadas com tuberculose, porém não foi realizado a testagem para identificação do vírus HIV em seu organismo. É válido salientar que o risco de uma pessoa com HIV/AIDS desenvolver tuberculose ativa é 26 vezes maior em comparação com pessoas sem a ocorrência do HIV/AIDS (Bastos, et al, 2019, p. 1459)

Ou seja, faz-se necessário que os casos de coinfeção TB/HIV sejam manejados de forma articulada e integral, devido ser causa de maior impacto na mortalidade entre esse grupo populacional. Deve ocorrer o compartilhamento de responsabilidades entre os programas existentes sob a gestão da saúde em suas diversas esferas de atuação.

Tabela 9 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Alcoolismo, Diabetes e Doença Mental

| Alcoolismo | | | Diabetes | | | Doença mental | | |
|------------|-------------|-----------------|------------|-------------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|
| Sim | Não | Ignorado/Branco | Sim | Não | Ignorado-Branco | Sim | Não | Ignorado/Branco |
| 181 | 343 | 4 | 32 | 494 | 2 | 16 | 507 | 5 |
| 182 | 286 | 22 | 41 | 425 | 24 | 12 | 456 | 22 |
| 83 | 373 | 24 | 39 | 431 | 10 | 15 | 454 | 11 |
| 176 | 397 | 10 | 53 | 518 | 12 | 16 | 555 | 12 |
| 622 | 1399 | 60 | 165 | 1868 | 48 | 59 | 1972 | 50 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

O alcoolismo se fez presente entre 29,8% das pessoas com tuberculose registradas no SINAN, os anos de 2019 e 2020 a porcentagem foi de 34,2% e 37,1% de tuberculosos que eram alcoolistas, houve queda em 2021 (17,2%), com aumento para 30,1% nas notificações de 2022 para diagnósticos paralelos de tuberculose e de alcoolismo. Estudos científicos comprovam o alcoolismo como um dos principais fatores para a descontinuidade do tratamento da tuberculose.

De acordo com Nonato; Cavassin; Zollet; Gabardo; Rozin (2022), os alcoolistas contribuem para a propagação de bacilos resistentes as medicações

disponíveis atualmente contra a tuberculose, tendo como resultado maiores dificuldades para eliminação da doença.

Outro fator preocupante, indicado pelos autores, refere-se aos períodos de abstinência do consumo do álcool, pois quando há o reinício do consumo, as pessoas acabam desistindo do tratamento, provocando piora em seu estado clínico.

Concernentes aos registros encontrados no SINAN (2019-2022) das pessoas diagnosticadas com tuberculose identificou-se que 89,7% não possuíam diabetes e 94,7% não registraram questões relacionadas à saúde mental. Entretanto, cabe mencionar que foi possível observar crescimento de 3% de pessoas com tuberculose em Aracaju que também são diabéticas, uma vez que em 2019, apenas 6% foi registrado, e em 2022, constava 9%.

O crescimento da diabetes nas pessoas que já possuem o diagnóstico de tuberculose deve ser lido com bastante cautela e atenção tendo em vista que “[...] pacientes com tuberculose-diabetes apresentam atraso na conversão do escarro e maior probabilidade de falha terapêutica e morte” (Nascimento, 2019, p. 01)

No mais, os casos de diabetes são crescentes e possuem nas situações de pobreza, de uso abusivo de drogas, na baixa escolaridade, na segregação e no confinamento de indivíduos forte carga para sua proliferação, ou seja, a vulnerabilidade social e a ocorrência da tuberculose representam um desafio ainda maior aos gestores públicos para intervenções efetivas.

Tabela 10 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) – Drogas ilícitas, tabagismo e outras doenças

| Drogas ilícitas | | | Tabagismo | | | Outras doenças | | |
|-----------------|-------------|-----------------|------------|-------------|-----------------|----------------|-------------|-----------------|
| Sim | Não | Ignorado/Branco | Sim | Não | Ignorado-Branco | Sim | Não | Ignorado/Branco |
| 198 | 319 | 11 | 114 | 406 | 8 | 37 | 303 | 188 |
| 176 | 288 | 26 | 91 | 377 | 22 | 44 | 362 | 84 |
| 75 | 383 | 22 | 135 | 332 | 13 | 59 | 368 | 53 |
| 178 | 394 | 11 | 174 | 396 | 13 | 44 | 485 | 54 |
| 627 | 1384 | 70 | 514 | 1511 | 56 | 184 | 1518 | 379 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Dentre a população geral que foi identificada com tuberculose, observa-se um declínio das que faziam uso de drogas ilícitas – 37,5% em 2019, 35,9% em 2020, 15,6% em 2021 e 30,5% em 2022. A média de pessoas com tuberculose e uso de

drogas ilícitas, de 2019 até 2022, foi de 30%. No entanto, o uso de drogas ilícitas impacta negativamente no estado de saúde da pessoa com tuberculose, além de ser considerada um fator da descontinuidade do esquema terapêutico, assim como o ressurgimento da doença quando de um desfecho primeiro por cura (Nonato; Cavassin; Zollet; Gabardo; Rozin, 2022, p. 12).

O tabagismo aparece entre a população aracajuana diagnosticada com tuberculose com a média de 24,69%, e, ao contrário do que ocorreu com o uso de drogas ilícitas, a porcentagem de uso aumentou 8,3% de 2019 até 2022, de 21,5% passou para 29,8%.

Tal informação é de grande importância, tendo em vista que o tabagismo foi o fator de risco para o agravamento da tuberculose, gerando preocupação e acendendo sinal de alerta, uma vez que a população de fumantes do Brasil, é 15%. Logo, a população aracajuana diagnosticada com tuberculose e que é fumante supera de forma expressiva o quantitativo de pessoas fumantes no país.

Os fumantes possuem maior pré-disposição a contrair infecção, com maior intensidade na progressão e gravidade para a tuberculose (Nonato; Cavassin; Zollet; Gabardo; Rozin, 2022, p. 12). As pessoas que conviviam com a tuberculose e outras doenças, no período estudado, foi em média 8,8%, sendo o ano de 2021 com maior porcentagem de concomitância (12,2%).

Chama-se a atenção para a maior porcentagem de pessoas que desconheciam ou ignoravam a existência de outra doença em seu organismo além da tuberculose, perfazendo 18% dos casos diagnosticados, sendo o maior índice de desconhecimento de 35,6%, em 2019.

Tabela 11 Casos de tuberculose no SINAN – Aracaju (2019-2022) Formas de Encerramento¹²

¹² Os casos de tuberculose podem apresentar diferentes situações de encerramento no SINAN, sendo elas:

- **Cura** – paciente que apresentar duas baciloscopias negativas, sendo uma em qualquer mês de acompanhamento e outra ao final do tratamento (5º ou 6º mês). Para os casos com necessidade de ampliar o tempo de tratamento, serão considerados os 2 últimos meses. A alta por cura também será dada ao paciente que completou o tratamento sem evidência de falência, e teve alta com base em critérios clínicos e radiológicos, por impossibilidade de realizar exames de baciloscopia ou cultura;
- **Abandono** – paciente que fez uso da medicação por 30 dias ou mais e interrompeu o tratamento por mais de 30 dias consecutivos;

| Cura | Abandono | Óbito – TB | Óbito – Outros | Transferência | TB-DR ¹³ | Abandono Primário | Ignorado-Branco | Falência | Mudança de Esquema |
|-------------|------------|------------|----------------|---------------|---------------------|-------------------|-----------------|----------|--------------------|
| 368 | 78 | 10 | 9 | 49 | 4 | 7 | 2 | 0 | 1 |
| 327 | 75 | 8 | 15 | 58 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 |
| 324 | 66 | 12 | 16 | 44 | 1 | 0 | 17 | 0 | 0 |
| 114 | 38 | 12 | 7 | 90 | 0 | 4 | 316 | 0 | 2 |
| 1133 | 257 | 42 | 47 | 241 | 6 | 15 | 335 | 1 | 4 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Dos diagnosticados de tuberculose em Aracaju, de 2019 até 2022, 54,4% apresentaram como desfecho a cura da enfermidade (69,69% dos encerramentos por cura foi em 2019, houve declínio para 66,73% em 2020, um pequeno aumento da porcentagem de cura em 2021 com 67,5%).

Cabe destaque para o registro de encerramento por cura em 2022, visto apresentar apenas 19,55%, em compensação no campo desfecho ignorado ou em branco houve crescimento para 54,2% dos casos, sendo a porcentagem deste campo nos anos anteriores inexpressiva (2019, registrou-se 0,3%, 2020 não teve registro e em 2021, o preenchimento foi de 3,5%).

- **Abandono primário** – paciente que fez uso da medicação por menos de 30 dias e interrompeu por mais de 30 dias consecutivos, ou quando o paciente diagnosticado não iniciou o tratamento;
- **Óbito por tuberculose** – quando o óbito foi causado pela tuberculose. A causa do óbito deve estar de acordo com as informações contidas no SIM;
- **Óbito por outras causas** – por ocasião do conhecimento da morte do paciente por qualquer causa básica que não seja tuberculose, mesmo que a tuberculose esteja constando como causa associada no SIM. A causa do óbito deve estar de acordo com as informações contidas no SIM;
- **Transferência** – quando o doente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada por meio de documento que contenha informações sobre o diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. É de responsabilidade da unidade de origem a confirmação de que o paciente compareceu à unidade para a qual foi transferido;
- **Mudança de diagnóstico** – quando ocorrer alteração no diagnóstico e for elucidado que não se tratava de um caso de tuberculose;
- **Mudança de esquema** – quando o paciente necessitar da adoção de regimes terapêuticos diferentes do esquema básico, seja por intolerância e/ou por toxicidade medicamentosa;
- **Tuberculose drogarresistente (TBDR)** – quando houver confirmação, por meio de teste de sensibilidade antimicrobiana, de resistência a qualquer medicamento antituberculose;
- **Falência** – será registrada nas seguintes situações: - persistência da baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento; - doentes que no início do tratamento apresentavam baciloscopia fortemente positiva (+ + ou + + +) e mantiveram essa situação até o 4º mês; - baciloscopia positiva inicial seguida de negatificação e de novos resultados positivos por 2 meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento. Fonte: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgiclfndmkaj/http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/Apostila_Curso_Sinan_2016.pdf

¹³ Tuberculose Droga Resistente.

Presume-se, com base em Natalino (2022), que essa disparidade é em decorrência dos impactos da COVID-19 no tangente ao registro de informações em meios oficiais do governo federal, aliado à forma de condução da política de saúde pelo governo bolsonarista que ainda estava em vigência.

3.4. A tuberculose e a população em situação de rua em Aracaju/SE (2019 a 2022)

A pesquisa realizada no sítio eletrônico do SINAN demonstrou que durante os anos de 2019 até 2022, do total de diagnósticos para tuberculose, houve 5,18% indicando pessoas em situação de rua para o estado de Sergipe, cujo campo na ficha de notificação compulsória foi devidamente preenchido.

É ratificado o perfil sociodemográfico deste grupo populacional, com predominância em homens negros (pardos e pretos), com altos percentuais de reingresso e recidiva após abandono do tratamento, tendo os piores desfechos (cresce a proporção de óbitos por tuberculose) (Silva *et al.*, 2021), conforme se pode observar nos quadros a seguir.

Tabela 12 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022)

| Ano | Aracaju | Estância | Itabaiana | Lagarto | N. S. da Glória | N. S. do Socorro | Propriá | Total |
|--------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------------|------------------|----------|------------|
| 2019 | 26 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 33 |
| 2020 | 15 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 21 |
| 2021 | 18 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 23 |
| 2022 | 29 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 31 |
| Total | 88 | 2 | 2 | 3 | 2 | 7 | 4 | 108 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

É possível perceber que do total de 108 pessoas em situação de rua diagnosticadas com Tuberculose em Sergipe, 81,4% declararam como domicílio de residência Aracaju, 6,4% Nossa Senhora do Socorro e 3,7% Propriá, entre os anos de 2019 a 2022.

O município de Nossa Senhora do Socorro figura em segunda colocação de 2019 até 2021 como território com maior incidência de pessoas em situação de rua, perdendo apenas para a capital sergipana. Por fazerem parte da Região Metropolitana, é compreensível os índices maiores de pessoas que ocupam as ruas

como espaço de morada e sobrevivência pelo potencial atrativo que os espaços urbanos possuem.

Tabela 13 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Raça-Etnia e Sexo

| Ano | Aracaju | Raça – Etnia | | | | | | Sexo | |
|--------------|-----------|--------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------------|-----------|-----------|
| | | Branca | Preta | Amarela | Parda | Indígena | Ignorado-Branco | Masc. | Fem. |
| 2019 | 26 | 1 | 6 | 1 | 15 | 0 | 3 | 23 | 3 |
| 2020 | 15 | 1 | 2 | 0 | 10 | 1 | 1 | 13 | 2 |
| 2021 | 18 | 2 | 5 | 0 | 10 | 0 | 1 | 15 | 3 |
| 2022 | 29 | 0 | 10 | 0 | 15 | 0 | 4 | 24 | 5 |
| Total | 88 | 4 | 23 | 1 | 50 | 1 | 9 | 75 | 13 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Entre 2019 e 2022, identificou-se que em média 82% dos diagnósticos versavam sobre pessoas auto identificadas como negras (26% pardas e 56% pretas) e que houve crescimento de 6% nos 04 anos analisados – em 2019 havia 80% pessoas auto identificadas como negras, passando para 86% em 2022.

Tendo em vista que Aracaju está inserida em uma realidade macro no que concernem às temáticas aqui estudadas, observa-se similaridades com o afirmado por (Da Silva, 2021, p. 08-09), que em suas análises identificou que os fatores sociodemográficos na PSR com tuberculose traz visibilidade para raça/etnia dessas pessoas, cuja maioria é negra, demonstrando ainda a relação entre raça/etnia e exclusão social, visto inúmeras vulnerabilidades que a sociedade capitalista expõe os pobres, e que a PSR, em específico, carrega dramas e demandas históricas que são invisibilizadas e naturalizadas, dado o recente passado escravocrata brasileiro.

No tangente ao gênero, observamos que permanece o predomínio do sexo masculino ocupando as ruas (85%) e que estão com tuberculose, contudo, as marcações como sexo feminino nas ruas e acometidas pela enfermidade mostraram-se crescente de 2019 até 2022.

No primeiro ano de análise, as mulheres representaram 12% das notificações registradas no SINAN, e em 2022 havia subido para 18%. Uma possibilidade de compreensão da elevação deste percentual pode ser que:

[...] as violências físicas e gendradas – atravessadas por relações de poder dissimetricamente distribuídas entre homens e mulheres e cometidas por masculinidades agressoras [...] – levaram as mulheres a buscarem nas ruas

um refúgio [...] e uma forma de sobreviver, física e psiquicamente. (Richwin & Zanello, 2023, p. 05-06)

A temática violências físicas e sexuais configura-se como fator deflagrador para ida das mulheres a rua, embora tais violências não figurem como causa absoluta dessa transição para as ruas.

Os autores Richwin & Zanello (2023), discorrem que quando a ida para as ruas ocorre na infância ou adolescência, isso ocorre devido a 03 dimensões (1. pobreza, desamparo social e desproteção da infância por parte do Estado; 2. trabalho infantil e responsabilização pelo cuidado; e 3. evasão escolar), ou seja, ante as impossibilidades, negligências e violências dos ambientes familiares, essas meninas recorrem as ruas, visto o Estado não ter efetivado sua proteção integral e prioritária, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988.

Por sua vez, quando a situação de rua ocorre na vida das mulheres em sua fase adulta, na maioria das vezes, é em decorrência da ineficiência das redes socioassistenciais e de proteção às mulheres; dos trabalhos precários e dificuldades de geração de renda; e do envolvimento em atividades criminais e encarceramento. (Richwin & Zanello, 2023, p. 07), portanto, são resultados de trajetória de exclusões, violências, desproteções sociais e destituições de direitos e necessidades humanas básicas.

Outra pontuação que se faz necessário colocar quando às mulheres em situação de rua é a dupla penalização que sofrem pela sociedade, tendo em vistas que transgridem os papéis sociais construídos historicamente para os sexos feminino e masculino – espaço doméstico e espaço público –, violando também as prescrições e estereótipos de gênero (docilidade, passividade, dependência e fragilidade).

Tabela 14 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Faixa Etária e Tipo de Entrada

| Ano | Faixa Etária | | | | | | | Tipo de Entrada | | | | |
|--------------|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------------|----------|---------------------|----------|-----------|
| | 0-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | +65 | Caso Novo | Recidiva | Reing. Pós-Abandono | Transf. | Pós-Óbito |
| 2019 | 0 | 3 | 8 | 8 | 5 | 2 | 0 | 13 | 0 | 11 | 1 | 1 |
| 2020 | 0 | 0 | 4 | 5 | 1 | 5 | 0 | 9 | 0 | 5 | 1 | 0 |
| 2021 | 0 | 1 | 5 | 7 | 1 | 3 | 1 | 10 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| 2022 | 0 | 1 | 6 | 9 | 9 | 3 | 1 | 15 | 0 | 10 | 3 | 1 |
| Total | 0 | 5 | 23 | 29 | 16 | 13 | 2 | 47 | 2 | 30 | 6 | 3 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Há predomínio da faixa etária 25-44 anos da PSR com tuberculose, entre 2019 e 2022, contando com 59% dos casos registrados no sítio do SINAN, seguidos pelas pessoas de 45-64 anos (32,9%). Cabe o alerta que existe forte inter-relação entre falta de moradia e redução da sobrevivência de pessoas com tuberculose, afetando sobremaneira a faixa etária que está economicamente ativa, de 20 a 40 anos (Da Silva, 2021, p. 08).

Quando aos registros relacionados aos principais tipos de entrada (2019-2022), observa-se que 53,4% são de novos casos e 34% são de reingresso após abandono. Importante atentar para a porcentagem alta que o tipo de entrada por reingresso pós-abandono aparece (2019 representou 42% dos casos, 2020 foi responsável por 33%, houve queda em 2021 para 22%, e voltou a crescer em 2022 para 34,4%), ainda mais quando volta-se o olhar para a PSR que já é expostas a inúmeras situações de violação de direitos cotidianamente.

A retomada do tratamento contra a tuberculose após abandono deve ser cercada de cuidados adicionais, como nova investigação antes da reintrodução do tratamento antituberculostático básico, visto aumento da probabilidade do desenvolvimento de bacilos resistentes aos medicamentos já utilizados, tornando assim o tratamento mais longo e com diminuição da possibilidade de cura (Nonato; Cavassin; Zollet; Gabardo; Rozin, 2022, p. 12).

A dificuldade em aderir e permanecer nos cuidados em saúde contra a tuberculose é compreensível quando visualiza-se a duração da terapia medicamentosa e o monitoramento das condições de saúde dos indivíduos infectados, uma vez que estão ausentes condições mínimas de infraestrutura e habitabilidade dos espaços ocupados pela PSR, a sua baixa escolaridade, alimentação – inadequada, insuficiente e incerta –, insegurança quanto a renda, a situação de desemprego etc.

Tabela 15 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Benefício do Governo, Tipo de Tuberculose, HIV/AIDS

| Benefício do Governo | | | Tipo da Tuberculose | | | AIDS | | | HIV | | | |
|----------------------|-----------|-------------|---------------------|---------------|----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|--------------|---------------|
| Sim | Não | Ign. Branco | Pulmonar | Extra-Pumonar | Ambas | Sim | Não | Ign. Branco | Sim | Não | Em andamento | Não Realizado |
| 3 | 19 | 4 | 26 | 0 | 0 | 4 | 21 | 1 | 5 | 16 | 0 | 5 |
| 3 | 10 | 2 | 15 | 0 | 0 | 4 | 11 | 0 | 4 | 10 | 0 | 1 |
| 2 | 14 | 2 | 18 | 0 | 0 | 3 | 13 | 2 | 3 | 13 | 0 | 2 |
| 4 | 19 | 6 | 28 | 1 | 0 | 6 | 22 | 1 | 9 | 15 | 1 | 4 |
| 12 | 62 | 14 | 87 | 1 | 0 | 17 | 67 | 4 | 21 | 54 | 1 | 12 |

Fonte: Ministério da Saúde SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net (Elaboração própria).

Os dados obtidos demonstram que 70% da PSR com tuberculose não recebem qualquer benefício assistencial do governo, sendo essa porcentagem de não acesso cresceu em 2021, contando com 77,7% em plena vigência da pandemia da COVID-19. Apenas 13,6% constam nos registros que recebem e aproximadamente 16% das notificações estavam com marcação de ignorado ou em branco.

Predomina em 98,8% das notificações de tuberculose a tipologia pulmonar, sendo apresentado apenas 2022 o tipo extra-pulmonar (3,5%). No recorte temporal realizado, visualizou-se que 23,8% da PSR está convivendo com o HIV e que 13,6% não foi realizado registro, por sua vez 19% da PSR apresenta a co-infecção tuberculose-AIDS.

É possível perceber pontos de convergência entre os dados obtidos no sítio do SINAN para realização deste estudo com as informações divulgadas pelo boletim epidemiológico sobre a tuberculose (março de 2022) do Ministério da Saúde, que faz alerta quanto ao crescimento da proporção de casos novos de tuberculose testados para HIV, entre 2012 e 2019. O mesmo documento cita ainda que em 2021, os estados do Acre, Rio Grande do Norte e Amapá tiveram os maiores percentuais de testagem para o HIV – 92,3%, 87,6% e 87,1%, respectivamente.

Já as maiores proporções de coinfeção TB-HIV, estão presentes o Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Santa Catarina – 14,5%, 13,7% e 11,5%, respectivamente (Brasil, 2022, p. 19).

Tabela 16 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Alcoolismo, Diabetes e Doença Mental

| Alcoolismo | | | Diabetes | | | Doença Mental | | |
|------------|-----------|-----------------|----------|-----------|-----------------|---------------|-----------|-----------------|
| Sim | Não | Ignorado/Branco | Sim | Não | Ignorado/Branco | Sim | Não | Ignorado/Branco |
| 21 | 3 | 2 | 0 | 26 | 0 | 0 | 25 | 1 |
| 12 | 3 | 0 | 0 | 10 | 5 | 1 | 13 | 1 |
| 9 | 7 | 2 | 0 | 15 | 3 | 4 | 13 | 1 |
| 23 | 6 | 0 | 2 | 24 | 3 | 1 | 27 | 1 |
| 65 | 19 | 4 | 2 | 75 | 11 | 6 | 78 | 4 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria)

Há forte relação entre o está em situação de rua, ser alcoolista e diagnosticado com tuberculose, visto 73,8% dos registros no SINAN indicarem a concomitância destas categorias entre 2019 e 2022.

Os anos de 2019 e 2020 apresentam média de 80% de pessoas em situação de rua com tuberculose e serem alcoolistas. Houve nos registros do SINAN em 2021, devido aos motivos já expostos em situações anteriores, cujo percentual foi de 50%, voltando a crescer para 79,3% no ano de 2022.

Não foi observada forte correlação entre diabetes e saúde mental para a PSR diagnosticada com TB no período estudado, visto 85% não terem a marcação no campo de diabetes (sinaliza-se que 12,5% estão descritas como situação ignorada ou em branco) e 88,6% marcados como não no campo da saúde mental.

Tabela 17 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Drogas Ilícitas, Tabagismo e Outras Doenças

| Drogas Ilícitas | | | Tabagismo | | | Outras Doenças | | |
|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|
| Sim | Não | Ignorado/Branco | Sim | Não | Ignorado/Branco | Sim | Não | Ignorado/Branco |
| 18 | 6 | 2 | 20 | 5 | 1 | 1 | 18 | 7 |
| 7 | 7 | 1 | 9 | 5 | 1 | 3 | 9 | 3 |
| 9 | 8 | 1 | 10 | 7 | 1 | 4 | 7 | 7 |
| 24 | 5 | 0 | 20 | 8 | 1 | 4 | 20 | 5 |
| 58 | 26 | 4 | 59 | 25 | 4 | 12 | 54 | 22 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria)

O uso de drogas ilícitas se faz presente em 66% da PSR com tuberculose, com destaque para os anos de 2020 (46,6%) e 2021 (50%) quando houve queda na porcentagem de registros, e a partir de 2022 as notificações discorrem que 82,2% das pessoas em situação de rua e com tuberculose faziam uso de drogas ilícitas.

O tabagismo se fez presente em 67% dos registros de 2019-2022, apresentando queda para 60% e 55,5% em 2020 e 2021, em respectivo. E o ano de 2019 aparece como o ano de maior ocorrência de tabagismo (77%) na PSR.

Concernente aos registros de outras doenças, foi observado que 61% não informaram haver, seguidos por 25% de casos ignorados ou em brancos e apenas 13,6% relatam a existência de outra doença em paralelo com a tuberculose.

As condições de saúde da PSR é um nó crítico na sociedade brasileira, expressando a vulnerabilidade social que esse segmento vivencia em seus diversos contextos, a exemplo das precárias condições socioeconômicas, da dificuldade em acessar aos serviços de saúde, a suscetibilidade a maior risco de adoecimento e morte. Essa população é vítima de elementos históricos, políticos e socioculturais que dão alicerce a nossa sociedade, ou seja, a formação do Brasil está calcada na desregulação social enquanto parte integrante da periferia do capital, com esvaziamento dos direitos e exacerbação das iniquidades em saúde.

Tabela 18 Casos de tuberculose no SINAN – População em Situação de Rua em Aracaju (2019-2022) – Encerramento

| Cura | Abandono | Óbito Tuberculose | Óbito Outros | Transferência | TB-DR | Abandono Primário | Ignorado/Branco |
|-----------|-----------|-------------------|--------------|---------------|----------|-------------------|-----------------|
| 10 | 9 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | 2 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 6 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| 4 | 5 | 2 | 2 | 9 | 0 | 2 | 5 |
| 24 | 22 | 7 | 7 | 17 | 1 | 3 | 7 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

As formas de encerramento dos casos de tuberculose para a PSR, entre 2019 e 2022, estão subdivididas em 03 grupos classificatórios, são eles: 27,2% alcançam cura da enfermidade, 25% não sustentam o tratamento até a remissão da doença e 19,3% são transferidos do município de Aracaju.

Aqui cabe o parêntese para ilustrar a disparidade gritante no que tange a porcentagem da população geral com tuberculose em Aracaju que teve o caso encerrado por cura no ano de 2020, que é de 66,73%, estando pouco abaixo do percentual de cura nacional, para o mesmo ano, que é de 68,4%. Já o percentual de encerramento por cura da PSR, em 2020, que foram acometidas pela tuberculose é de apenas 40%, sendo este o ano de maior porcentagem de sucesso nos

tratamentos contra a tuberculose no período de 2019 até 2022. Observa-se ainda que em 2021 a cura de tuberculose para PSR em Aracaju foi de 22% e em 2022 de 13,7%.

Paralelo a essa queda para encerramento por cura de tuberculose entre as pessoas em situação de rua, cresce o encerramento por abandono, em 2020 era de 13,3% e passa a ser de 33,3% em 2022. Os casos de encerramento por transferência de Aracaju para outra localidade também apresenta crescimento, quando em 2020 era de 20% e 2022 passa a ser 31%.

Os óbitos em decorrência da tuberculose aparecem como 7,9% dos casos, assim como os óbitos por outros motivos e os desfechos ignorados ou em branco. Essa constância na porcentagem de mortes entre a PSR em decorrência da tuberculose mantém similaridade com a série histórica apresentada pelo Boletim Epidemiológico sobre a Tuberculose (março de 2022), por expor que nos anos de 2011 e 2020, o número de óbitos no Brasil manteve coeficiente de mortalidade constante (Brasil, 2022, p. 21).

As intervenções que o poder público oferta à PSR são atravessadas por preconceitos, não há compreensão que são pessoas alijadas de seus direitos enquanto seres humanos, ainda predomina a ideologia dominante de que “viver na rua é uma escolha individual” (Silva, 2021, p. 05) e não um conjunto de fatores complexos de domínio pessoal e sobretudo estruturais e sociais que desaguam em tal resultado.

Nesse contexto, cabe resgatar o pensamento de Foucault (2005) quanto ao poder de matar que o soberano possui ante seus súditos, fazendo o deslocamento da figura do soberano para Estado no nosso atual modo de sociabilidade, e que faz o uso de várias formas.

Por exemplo, quando se trata da população em situação de rua “não se manda matar mais, apenas deixa-se morrer a partir de [...] exclusão e invisibilização em contextos societários e em políticas públicas voltadas para pessoas que estão fora da norma” (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 148), pelo menos no que diz respeito às formas oficiais, uma vez que a Chacina da Praça da Sé prova que de forma não oficial, há anuência e conivência estatal e social para episódios como estes.

A gestão do biopoder¹⁴ em curso no Brasil está voltada para a penalização daqueles que sofrem há séculos com a exclusão, como os negros e os pobres. Opera-se, o que Foucault (2005) denomina de “racismo do Estado”, visto a população que antes estava na condição escrava passa a ser negligenciada pela nova forma de poder vigente, “[...] pois é sobre eles, [...], que é exercido o poder de morte, deixando-os à margem da sociedade, sem possibilidade de vida (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 149). Ou ainda,

A Necropolítica então simboliza o processo no qual o ser humano transforma-se em coisa útil ao Estado e ao sistema capitalista para estar viva ou não lhe serve de mais nada, podendo então ser dispensada. Não se condensa apenas dirigida a algumas comunidades específicas, mas a maior parte do mundo periférico, chamado subdesenvolvido e marginalizado, pelo Norte: e a expressa o mais profunda do genocídio coletivo, daqueles que principalmente se encontram na África, e notadamente, nos povos representantes da Diáspora Africana (Mbembe, 2014, p.66).

O intercruzamento de categorias que popularmente são atribuídas a população em situação de rua, observa-se que:

Tabela 19 Tuberculose, População em Situação de Rua em Aracaju, Alcoolismo, Drogas Ilícitas e HIV-AIDS (2019-2022)

Pop. Sit. Rua: Sim

| Alcoolismo: Sim | | |
|-----------------------------|---------------|-----------|
| Drogas ilícitas: Sim | | |
| Ano do diagnóstico | HIV: Positivo | Aids: Sim |
| 2019 | 5 | 4 |
| 2020 | 2 | 2 |
| 2021 | 1 | 1 |
| 2022 | 6 | 3 |
| Total | 14 | 10 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

De 2019 a 2022, dentre as pessoas em situação de rua que apresentavam simultaneamente tuberculose e HIV, associados ao uso de álcool e outras drogas ilícitas foi de 16%, aproximadamente. Já as que possuíam o diagnóstico de tuberculose e AIDS, com uso de álcool e drogas ilícitas foi de 11,3%. Sendo o ano

¹⁴ O biopoder consiste no processo do direito de decidir sobre a vida e a morte. Há estratégias de interferências sobre a permanência ou não da vida de grupos sociais específicos, justificadas a partir de uma suposta necessidade de gestão da vida e da morte, são eleitos representantes específicos, ligados às classes sociais dominantes social e economicamente e que ocupam espaços como representantes do Estado e revestidos de legalidade, considerados suficientemente capazes para a promoção de um discurso de verdade. (Foucault, 2000)

de 2022 que apresentou maior porcentagem – 20,6%, no que tange a concomitância da tuberculose, HIV, álcool e drogas ilícitas.

A conjugação dessas categorias tornam mais custosas e difíceis as chances de encerramento por cura da tuberculose e manutenção do quadro de estável das taxas virais quanto à vivência com o HIV/AIDS, tendo em vista o alcoolismo e as drogas ilícitas influenciarem na não-adesão e ao abandono do tratamento.

Aliado ao perfil de baixo nível educacional e socioeconômico da PSR, ausência de condições que proporcionem desenvolver os hábitos de vida que favoreçam a recuperação do estado de saúde adequado. Outra dificuldade dessas conjugações de fatores está relacionada com regimes terapêuticos e confusão dos intervalos entre as doses, que são motivos que interferem de forma significativa na adesão de forma continuada e eficaz ao tratamento da tuberculose. (Sousa Filho, 2012, p. 143)

Tabela 20 Tuberculose, População em Situação de Rua em Aracaju, Alcoolismo, Tabagismo e Sexo (2019-2022)

Alcoolismo: Sim

Tabagismo: Sim

| Ano do diagnóstico | Pop. Sit. Rua | Sexo | |
|--------------------|---------------|-----------|----------|
| | | Masc. | Fem. |
| 2019 | 17 | 15 | 2 |
| 2020 | 8 | 8 | 0 |
| 2021 | 7 | 7 | 0 |
| 2022 | 18 | 16 | 2 |
| Total | 50 | 46 | 4 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. (Elaboração própria).

Nesta extração de dados convergentes da PSR com tuberculose e o uso de álcool e tabaco, observa-se que 56,6% estão nessa combinação e que 92% são do sexo masculino. O ano de 2019 apresenta maior porcentagem de PSR com tuberculose que são alcoolistas e tabagistas, com 65,3% das marcações, e o ano de 2021 com a menor porcentagem (38,8%).

Em estudo científico realizado por Justo et al. (2018), os casos de maior índice de recidivas da tuberculose está entre os alcoolistas (72,8%) e que houve maior ocorrência de óbito entre fumantes (63,6% por tuberculose e 57,8% não tuberculose) e alcoolistas (71,6% não tuberculose e por tuberculose foi de 69,7%). Embora os estudos de Justo et al. (2018) não focalize as pessoas em situação de

rua, suas conclusões são de extrema relevância para compreensão do quadro de saúde dessa parcela da sociedade. Cabe expor, também, que:

A prevalência de casos de TB entre homens é comum em todas as faixas etárias. Isso ocorre devido à maior exposição dos homens a fatores de risco para a TB, ou em virtude das diferenças culturais no desempenho de papéis entre os sexos [...].

O consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco associado à TB representa um grande desafio para a saúde global, pois cria uma vulnerabilidade social que dificulta o controle da doença. Além de a interação nociva destas drogas com o organismo do doente comprometer sua capacidade de compreensão sobre a importância do tratamento, e dificultar a atuação dos profissionais de saúde. (Justo et al., 2018, p. 464-465)

Com o exposto, se quer salientar o quanto é importante e necessário o fortalecimento da parceria e das intervenções entre os diversos serviços da rede de políticas sociais, a exemplo da saúde, assistência social, segurança alimentar e nutricional, habitação destinada às populações mais vulneráveis socialmente, dentre elas a PSR, compreendendo as suas especificidades e potencializando o enfrentamento da tuberculose e as outras comorbidades apresentadas que agravam o quadro de saúde e social.

Após a tabulação e análise dos dados obtidos mediante acesso aos sítios eletrônicos mencionados, e ao confrontar com os estudos de pesquisadores das temáticas discutidas no corpo deste trabalho, observa-se que o perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua com tuberculose possui predominância em homens negros (pardos e pretos), com altos percentuais de reingresso e recidiva após abandono do tratamento.

Observa-se, ainda, escassez de evidências que permitam aprofundar e enriquecer a discussão sobre a relação e a importância que os fatores sociodemográficos e econômicos possuem nas fases de diagnóstico, de evolução e encerramento do tratamento da tuberculose quando se trata das pessoas em situação de rua.

Ou seja, é necessária a realização de mais pesquisas (qualitativas e quantitativas), que deem robustez a fundamentação da temática de a tuberculose e as pessoas em situação de rua constituírem problemáticas do âmbito da saúde pública e predominantemente do âmbito social, fazendo-se necessário amplo debate na sociedade brasileira, gerando visibilidade para essa forma de expressão da questão social e tensionando os gestores públicos para que intervenham de forma qualificada e efetiva em sua resolução.

Cabe a ratificação de que foi possível observar que o crescimento dos casos de tuberculose no Brasil antecede o início do Governo de Bolsonaro e se agudiza de forma dramática durante essa gestão, sendo uma das principais razões – além da incapacidade governamental de administrar a nação brasileira em seus diversos setores sociais –, o início da pandemia da COVID-19 em março de 2020.

Ademais, a tuberculose é uma constante nas crises sanitárias, econômicas e sociais vivenciadas nas últimas décadas no país, e encontrar alternativas de ampliação do cuidado em saúde e a proteção social das populações com maior risco de adoecimento, dentre essas as pessoas em situação de rua, é de significativa relevância.

A pandemia da COVID-19 representou um momento singular na história da humanidade e deixa clara a necessidade de repensar as formas de conviver em sociedade e os cuidados que devem ser adotados para preservação da vida humana, visto os impactos extrapolarem os âmbitos da biomedicina e epidemiologia como um todo, interferindo diretamente nos aspectos socioeconômicos, políticos e culturais nas classes sociais e nos diversos lugares do mundo.

Considerando também que, a depender dos projetos de sociedade adotados pelos governantes dos países, as medidas de distanciamento social podem ganhar um caráter de afrouxamento ou endurecimento e, embora toda a humanidade tenha passado por esse momento pandêmico, há segmentos populacionais que historicamente estão mais vulneráveis.

A desigualdade social vigente no sistema capitalista deixa claro que nem todas as pessoas têm acesso aos meios adequados de cuidado em saúde e/ou conseguem manter o distanciamento social sem que comprometa seus meios de sobrevivência diária.

Com o exposto no parágrafo anterior, cabe ratificar que essa compreensão de desigualdade e exclusão de parcelas da população há tempos se faz evidente para determinados serviços das políticas sociais, dentre eles o Consultório na Rua que busca desenvolver meios que rompam “[...] os processos de exclusão social destes indivíduos, e [...] possibilitar o acesso aos serviços de saúde, permitir atendimento à livre demanda, transpor as barreiras existentes e fortalecer a cidadania das pessoas em situação de rua [...]” (Pinto *et al.*, 2018, p. 3516).

No que se refere à tuberculose, seu índice de mortalidade está abaixo apenas da COVID-19, quando falamos de doença infecciosa, possuindo relação íntima com

a desigualdade social, por sua disseminação ser facilitada com a precariedade das condições de vida e sobrevivência das pessoas, os grupos com maior risco de acometimento são: pessoas em situação de rua, pessoas em privação de liberdade, pessoas vivendo com HIV/AIDS e indígenas, além dos estigmas já existentes e os obstáculos para acessar políticas sociais, acaba por afetar diretamente o cuidado em saúde. É possível identificar, assim, que a população em situação de rua é:

[...] um grupo populacional que não tem acesso ao trabalho assalariado ou outra forma de trabalho, que no Brasil assegure o acesso às políticas de proteção social aos trabalhadores. Também não têm acesso à política de assistência social dirigida aos incapazes para o trabalho [...], porque são aptos ao trabalho, embora não estejam exercendo esse direito. Assim, enfrentam uma degradação da vida cada vez maior, em face da pobreza extrema e ausência de proteção social (Silva, 2006, p. 192).

Logo, permanece atual a constatação da autora citada, embora transformações tenham ocorrido no perfil da população em situação de rua e as intervenções estatais para este segmento de 2006 até 2022. Ratificando ainda a compreensão que a população em situação de rua expressa de forma incontestável as desigualdades sociais que são resultados das relações capitalistas contemporâneas, que se dão a partir do imbricamento do capital com o trabalho.

Entende-se que a tuberculose é uma doença que está ligada intrinsecamente à questão social, considerando que as condições de moradia e higiene do ser humano aumentam significativamente as chances do contágio, assim como a sua reincidência.

Dito isso, as pessoas em situação de rua vivem historicamente à margem da sociedade e alijada dos direitos sociais viabilizados por políticas públicas, são mais suscetíveis a contrariem e a não se recuperarem da doença, ficando evidente que [...] a relação da população em situação de rua com as políticas sociais é de exclusão quase absoluta (Silva, 2006, p. 206).

Logo, fomentar a produção de conhecimento e estimular o debate sobre essas temáticas – tuberculose, pessoas em situação de rua, políticas públicas e direitos sociais – é fundamental para o enfrentamento desses agravos no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as discussões levantadas, compreende-se que a tuberculose é um marcador significativo de violação de direitos humanos, especialmente quando se trata da população em situação de rua, demonstrando assim que o fenômeno da ruralização e a conformação das cidades hostis são obstáculos à sobrevivência desse grupo populacional na dinâmica da sociedade do capital. Recorda-se que a ausência de moradia é uma violação do direito constitucional à habitação, e as precárias condições de vida das pessoas em situação de rua impactam negativamente no processo de cuidado em saúde.

Nesse sentido, ressalta-se que são necessárias pesquisas para fundamentar e ampliar as discussões sobre a interface entre a tuberculose e as pessoas em situação de rua, a fim de dar visibilidade para esse problema de saúde pública e subsidiar decisões para implementação de políticas sociais pelos gestores. Ainda, precisam ser avaliadas as condições de vida postas pelas particularidades brasileiras, haja vista seus impactos na saúde de modo geral e em específico quanto ao tratamento da tuberculose, levando em consideração o seu aumento significativo nos últimos anos.

Reforça-se que são necessárias ações que programem iniciativas para viabilizar o acesso a alimentação, a moradia digna e a promoção à saúde, dentre o atendimento de outras necessidades que se fizerem pertinentes para as pessoas em situação de rua na sociedade.

Optou-se por utilizar predominantemente dados de fontes oficiais do governo, para evidenciar a subnotificação dos números oficiais no tangente à população em situação de ruas e suas condições de sobrevivência cotidiana e, portanto as implicações na conformação de políticas públicas e conseqüentemente recursos financeiros destinados a viabilizar a fruição de direitos desses sujeitos. Recorreu-se a utilização de produções acadêmicas de fontes que valorizam os estudos científicos convergentes com uma leitura crítica da realidade, para compreensão do que se desenha para além da realidade aparente dos fenômenos.

Embora se reconheça os desafios para realização do Censo Demográfico das pessoas sem domicílios e sem endereço fixo, compreende-se que os avanços tecnológicos e melhoria da qualidade dos sistemas de informações que o Governo Federal utiliza são capazes de realizar tal feito, desde que haja interesse dos

governantes e investimentos financeiros compatíveis com a dimensão territorial que o Brasil possui e as particularidades do perfil sociodemográfico que a população de rua possui.

As informações e análises contidas neste trabalho acadêmico dizem respeito ao número de pessoas em situação de rua que foram identificadas com tuberculose em Aracaju-SE que o poder público consegue enxergar e, em certa medida, alcançar. Compreende-se que a PSR faz parte do que Loïc Wacquant (2001) denomina de “prisões da miséria”, que é um modelo punitivista adotado pelo capitalismo em sua fase neoliberal que se traduz em buscar na polícia, tribunais e prisões soluções para fazer a contenção dos desastres causados pelas expressões da questão social na contemporaneidade, que evidencia mediante o desemprego em massa, a disseminação do trabalho precário, a pobreza e a redução da proteção social (Richwin & Zanello, 2023, p. 08).

Fica em evidência o quanto é abrangente e exaustivo falar sobre pessoas em situação de rua e as diversas violações de direitos a que estão expostas, a exemplo da tuberculose e as comorbidades expostas no capítulo que trata da análise dos dados do sítio eletrônico do sistema de notificação de agravos de saúde, o SINAN, do Ministério da Saúde.

Percebe-se que, mesmo tentando ser coerente com os objetivos expostos na introdução do trabalho em tela, há subtemas que se sobressaem e exigem maior atenção da pesquisadora, a exemplo da questão racial e de gênero, a primeira em decorrência da magnitude e violência que se apresenta na conformação do Brasil enquanto nação e na caracterização da PSR, por sua vez a segunda é pela sutilidade que alguns corpos¹⁵ permanecem na condição de ausentes nos estudos realizados que discutem os que estão a margem e invisibilizados na sociedade. Tais temáticas por si só são suficientes para elaboração de diversos trabalhos científicos para aprofundamentos de conceitos, concepções e discussões que enriquece a produção plural do conhecimento, no entanto enfatiza-se novamente que o foco do trabalho em tela não estava nas temáticas relativas à raça e ao

¹⁵ Há a necessidade de pesquisa ampla que se proponha a estudar as formas de subjetividade dos corpos que ocupam as ruas, na perspectiva de gênero, como são entendidos e colocados concernentes a sua sexualidade e vivência de gênero, relações com uso de drogas, as posições ocupadas ante aos aparatos de repressão do Estado (Brandão, Da Cunha Prados & Perucchi, 2019, p. 166).

gênero, sendo este debate passível de ser trabalhado e aprofundado em produções acadêmicas futuras.

Há necessidade ainda de ser estudada a potencialidade de a PSR constituir-se como vetor para disseminação da TB na sociedade, uma vez que estão em todos os espaços sociais e em contato constante, seja direto ou indireto, com todos os estratos da sociedade e a forma que ocorre a transmissão aérea e pelas vias respiratórias do bacilo entre as pessoas.

O olhar mais acurado perante a realidade pode contribuir para a correta avaliação da demanda por políticas públicas pela PSR, e sendo o caso de estudo voltado para a política de saúde, porém não apenas, na alocação dos mais variados e necessários tipos de recursos para atendimento das demandas sociais.

Os resultados deste estudo evidenciam a importância para desenvolver estratégias de análise de dados, e possibilitar o monitoramento de ações de controle da TB na Atenção Básica, sem que haja a segregação das PSR, uma vez que o CnR é uma estratégia ponte para o acesso ao direito à saúde desses sujeitos sociais e não a única porta de acesso. Há a identificação da necessidade de melhorar os desfechos dos casos notificados no SINAN, tendo em vista o alto índice de abandono do tratamento contra a TB e o reingresso após abandono do tratamento.

Observa-se forte contribuição pra o alcance dos pilares ligados a estratégia pelo fim da TB, constante no Plano Nacional pelo Fim da TB no Brasil, visto as informações analisadas versarem sobre o cuidado integrado e centrado na PSR, com políticas públicas que conversem e funcionem de forma articulada e como apoio a pessoa com tuberculose, além de fazer uso dos dados do SINAN que representa, em certa medida, o aperfeiçoamento e a inovação que vem ocorrendo nos sistemas de informação do governo federal, mesmo diante de tantas problemáticas em seu preenchimento e efetivo uso pelos servidores públicos e pela sociedade em geral.

Converge com os princípios norteadores do referido Plano, principalmente no que versa sobre a liderança e responsabilização dos governos, para efetivação dos componentes de monitoramento e de avaliação, visto possibilitar que sejam monitorados os indicadores epidemiológicos e acompanhado o cumprimento de metas que foram propostas nos instrumentos de gestão do SUS nas diversas esferas de gestão do SUS, com destaque para o município.

Deve ser estimulado e possibilitado que os profissionais de saúde adotem olhar diferenciado sobre essa problemática de saúde que acometem as pessoas em

situação de rua e as vulnerabilidades e riscos que vivenciam cotidianamente em seus territórios, efetivando o acesso universal e igualitário ao direito a saúde que todos os brasileiros possuem.

Por fim, expõe-se a necessidade de ampliação do diálogo entre a universidade e os serviços públicos que atendem de forma direta a população em situação de rua, seja a parcela acometida pela tuberculose ou não. É dever de a universidade contribuir com orientação metodológica e apontar novos caminhos possíveis para o enfrentamento do problema de saúde e social, a tuberculose e a população em situação de rua, neste caso em específico, porém sem desconsiderar que os conhecimentos construídos nas ruas e pelas ruas também é valioso e não deve ser descartado ou encarado como não importante.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. A Política Social no governo Lula. **Novos Estudos**, São Paulo, CEBRAP, n. 70, p. 7-17, nov. 2004. Disponível em: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/pdf/s_nec/v1nse/Maria_Herm%EDnia_Tavares_de_Almeida.pdf>. Acesso em: 22 de mai. 2023.

AZIMKA, Nataliya. **Tratamento da tuberculose: passado, presente e futuro**. 2018. Tese de Doutorado. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36171/1/MICF_Nataliya_Azimka.pdf>. Acesso em: 21 de ago. de 2023.

Barbosa, J. C. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestadosites/images/mestrado/turma2/jose_carlos_gomes_barbosa.pdf>. Acesso em: 27 de set. de 2023.

BASTOS, Shyrlaine Honda et al. Perfil Sociodemográfico e de saúde da coinfeção tuberculose/HIV no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1389-1396, 2019. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/reben/a/XhJLPqHPYNJj4RQpFb3fRZC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 de ago. de 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BENTO, Berenice. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. EdUFBA, 2017. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/26037/1/Transviadas-BereniceBento-2017-EDUFBA.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. 2023.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 7. reimp.

BRANDÃO, Brune Coelho; DA CUNHA PRADOS, Nathália Carneiro; PERUCCHI, Juliana. Por onde circulam os corpos invisíveis? Intersecções entre população em situação de rua e gêneros dissidentes no acesso institucional urbano. **Rebeh-Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 01, p. 141-170, 2019. Disponível em: <<https://revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/210/164>>. Acesso em: 19 de ago. 2023.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2022**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>>. Acesso em: 05 de fev. 2023.

_____. Código de ética do Assistente Social. Lei nº 8.662/1993 de regulamentação da profissão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**,

Brasília, DF, 7 jun. 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 04 de abr. de 2021.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 de nov. 2020.

_____. Decreto nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 24 de nov. 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 de nov. 2020.

_____. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, SAGI; Meta, 2008. Sumário Executivo. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_ rua.pdf>. Acesso em: 12 de out. 2021.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 04 de dez. 2020.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 set. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 30 de nov. 2020.

_____. **Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acesso em: 30 de nov. 2020.

_____. **Vigilância epidemiológica da tuberculose: Análise de indicadores operacionais e epidemiológicos a partir da base de dados do SINAN versão 5.0.**

Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/Apostila_Curso_Sinan_2016.pdf. Acesso em: 21 de ago. de 2023.

BUARQUE DE HOLANDA, Sérgio. **Raízes do Brasil**. 26ª São Paulo: Companhia das Letras, 1995. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4078134/mod_resource/content/1/Raizes%20do%20Brasil%2C%20cap%204%2C5%2C6.pdf. Acesso em: 20 de ago. 2023.

BURSZTYN, Marcel. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: BURSZTYN, Marcel. (Org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 27-55.

CARRIÓN-TORRES, Omar et al. Características del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 32, n. 4, p. 680-686, 2015. Disponível em: <>. Acesso em: 21 de ago. de 2023.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 269-279, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de mai. 2023.

CERQUEIRA, Amarantha Sá Teles de. **Evolução do processo social População em Situação de Rua**: um estudo sobre pobreza, necessidades humanas e mínimos sociais. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2011. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/2573/1/2011_AmaranthaSaTelesdeCerqueira.pdf >. Acesso em: 15 de jan. 2021.

CORTIZO, Roberta Mélega. **População em situação de rua no Brasil**: o que os dados revelam?. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2019. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Monitoramento_SAGI_Populacao_situacao_ rua.pdf>. Acesso em: 10 de dez. 2020.

DA GLORIA GOHN, Maria. Desafios dos movimentos sociais hoje no Brasil. **SER social**, v. 15, n. 33, p. 301-311, 2013.

DA SILVA, José Arnaldo Gama. História, lutas e desafios da organização do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 21, n. 51, p. 169-182, 2023.

DAMATTA, R. **A Casa & a Rua**: Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**: Teorias e abordagens. Porto Alegre: ARTMED, 2006, p.15-25.

DOS SANTOS TOLENTINO, Erika; BASTOS, Valeria Pereira. População em situação de rua: crise do capital e o desmonte das políticas públicas. **Temporalis**, v. 17, n. 34, p. 301-331, 2017.

FARMER, Paul. “**An Anthropology of Structural Violence**”. *Current Anthropology*, v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/10.1086/382250>>. Acesso em: 20 de ago. 2023.

FLORES, Tarsila. 12. Mãos na cabeça! De joelhos! genocídio negro, biopoder, necropolítica e o Estado brasileiro. **DIREITOSHUMANOS & EDUCAÇÃO**, p. 210, 2018.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970. Edições Loyola, 2005.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORGETTI, Camila. **Moradores de rua**: uma questão social? São Paulo: FAPESP, 2006.

GIOSEFFI, Janaína Rosenberg et al. **Tuberculose e vulnerabilidade entre pessoas em situação de rua**: revisão sistemática (2014-2020). 2020. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/22985/JANA%c3%8dNA%20ROSENBURG%20GIOSEFFI%20DISSERTA%c3%87%c3%83O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 de ago. de 2023.

GIOSEFFI, Janaína Rosenberg; BATISTA, Ramaiene; BRIGNOL, Sandra Mara. Tuberculose, vulnerabilidades e HIV em pessoas em situação de rua: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 56, n. 43, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dBdWsr9LS6GcfBmCxcJWQ8x/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 de fev. 2023.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de Barros. Consultório de rua: visibilidades, invisibilidade e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, jul. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>>. Acesso em: 12 de dez. 2020.

HERKENHOFF, João Baptista. **Direitos Humanos**: uma ideia, muitas vozes. São Paulo: Santuário, 1998.

HONORATO, Bruno Eduardo Freitas; OLIVEIRA, Ana Carolina S. População em situação de rua e COVID-19. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1064-1078, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rap/v54n4/1982-3134-rap-54-04-1064.pdf>>. Acesso em: 05 de fev. 2021.

HURTADO, Glória. Encerrando Ciclos. In: El País, de Cali. 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, DF: CFESS, 2009.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Brasília; Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Texto para discussão. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf>. Acesso em: 05 de fev. 2022.

_____. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012 a 2022)**. Brasília: IPEA, 2022. Pub. Prel. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf>. Acesso em: 05 de fev. 2023.

JUSTO, Mariel Tobal et al. Associação entre tuberculose e consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 5, p. 460-470, 2018. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>>. Acesso em: 22 de ago. de 2023.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

LANCELOTI, Julio. **Vínculo no Atendimento à população em situação de rua**. In: Brasil, Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

LIMA, Frances Mendonça; PINTO, Lillyan Thais dos Santos. **Consultório na Rua (CnaR): Uma análise teórico-prática da atuação da equipe do CnaR em Aracaju - SE**. Aracaju: Novas Edições Acadêmicas, 2018.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>. Acesso em: 12 de mai. 2021.

MBEMBE. Achille. **Crítica da razão negra**. Lisboa: Antígona, 2014.

MEDRONHO, Roberto. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MERHY, E. E. **Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde:** em busca de anômalos. In: Lobosque AM, org. Cadernos Saúde Mental 3. Belo Horizonte: ESP/MG; 2010. p. 23-36.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (Org). **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petropolis: Vozes, 2001.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO; Maria Lucia. **Estado, Classe e Movimento Social.** São Paulo: Cortez, 2011, 2. ed. Biblioteca Básica de Serviço Social, vol. 5.

NASCIMENTO, Cíntia Vieira; SOARES, Sônia Maria. Manejo integrado de tuberculose e diabetes: uma revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459364/>>. Acesso em: 21 de ago. de 2023.

NATALINO, Marco. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022).** 2022. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11604>>. Acesso em: 20 de ago. 2023.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx.** 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NONATO, A. M.; CAVASSIN, F. B.; ZOLLET, F. .; GABARDO, B. M. A. ; ROZIN, L. Tuberculose no Paraná: uma análise da série histórica alicerçada na epidemiologia descritiva. **Espaço para a Saúde**, [S. l.], v. 23, 2022. DOI: 10.22421/1517-7130/es.2022v23.e858. Disponível em: <<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/858>>. Acesso em: 21 ago. 2023.

OLIVEIRA, Adriana de; SANTOS, Elenice Cheis dos; MEDEIROS, Maria Bernadette de Moraes; TEJADAS, Sílvia. **A materialização dos Direitos Sociais:** o papel do Ministério Público e do Serviço Social. In: I Encontro Nacional do Serviço Social no Ministério Público, 2006, Porto Alegre. CD Anais do I Encontro Nacional do Serviço Social no Ministério Público. Porto Alegre: Procuradoria Geral de Justiça do RGS, 2006.

OLIVEIRA, Tatiany Fernandes *et al.* **As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro:** implicações sobre a Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, 2021. 167 f. Disponível em: <<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3809>>. Acesso em: 14 de mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Mortes por tuberculose aumentam pela primeira vez em mais de uma década devido à pandemia de COVID-19.** OPAS, s. l., 14 de out. 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/14-10-2021-mortes-por-tuberculose-aumentam-pela-primeira-vez-em-mais-uma-decada-devido>>. Acesso em: 22 de nov. 2021.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2595.pdf>. Acesso em: 21 de mai. 2021.

PEREIRA, Camila Potyara. **Rua sem saída**: um estudo sobre a relação entre o Estado e a população de rua de Brasília. Dissertação (Mestrado em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Política Social, Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2008. 127 f. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1542/1/Dissertacao_Camila_Potyara_Perreira.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2021.

PEREIRA, Maurício Goes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social**: temas e questões. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PINTO, Andressa Hoffmann; PEITER *et al.* Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, p. 3513-3520, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236025/3087>>. Acesso em: 18 de mai. 2021.

QUINN, P. J. *et al.* **Microbiologia Veterinária e Doenças Infecciosas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RABAHI, Marcelo Fouad *et al.* Tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v. 43, n. 6, p. 472-86, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fr4LscGzFpJFSm6P4Hd5gXL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 de mai. 2021.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. **O direito à saúde em tempos neoliberais**: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, 2014. 169 f. Disponível em: <<http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/595/1/daniellesachettoribeiro.pdf>>. Acesso em: 14 de fev. 2021.

RICHWIN, Iara Flor; ZANELLO, Valeska. “Desde casa, desde berço, desde sempre”: violência e mulheres em situação de rua. **Revista Estudos Feministas**, v. 31, p. e77926, 2023. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/ref/a/pY3XHrNDpph57k7KGzqggbL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 de ago. 2023.

RUFFINO-NETTO, Antonio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, p. 51-58, 2002. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/H8k7CjYqqxXbVJYwptQmwpb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 de ago. de 2023.

RUFINO, Luiz. **Pedagogia das Encruzilhadas**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2019.

SANCHOTENE, Iulla Portillo; DE ANTONI, Clarissa; MUNHÓS, ALINE ASSMANN RUAS. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 18, n. 1, p. 146-160, 2019. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/29297/18804>>. Acesso em: 19 de ago. 2023.

SCHMIDT, João Pedro. Para entender as políticas públicas: Aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta. **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2008. p. 2307 - 2333.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006.

SILVA, Tarcísio Oliveira *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/PSxSGxP74bq473khC96GZmb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 de nov. 2022.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011. 7. ed. Biblioteca Básica de Serviço Social, vol. 3.

SOUSA FILHO, Manoel Pereira de et al. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 139-145, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FZmsN9Zpvk4sqZ5rthFhVyJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 de ago. de 2023.

VASCONCELOS, Edney Vander Pacheco. **Caracterização da População em Situação de Rua no Município de Aracaju-Sergipe**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). Universidade Aberta do SUS, Aracaju/SE, 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/12075>>. Acesso em: 05 de nov. 2020.

VIEIRA, Evaldo. **Os Direitos e a Política Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Tradução Ed André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 176 p. 2001.

WORLD WITHOUT POVERTY. A Pesquisa Nacional sobre a População e Situação de Rua. **Série WWP Relatos de Uso de M e A**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.wwp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Pesquisa-Nacional-sobre-a-Popula%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-Relato-de-Uso-WWP-_PORT.pdf>. Acesso em: 05 de dez. 2020.