



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL**  
**COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**SELTON ANDRADE DE JESUS**

**ENTRE RUAS E SILÊNCIOS: FRAGILIDADES NO ACESSO  
À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM  
SALVADOR/BA**

Salvador  
2025

**SELTON ANDRADE DE JESUS**

**ENTRE RUAS E SILÊNCIOS: FRAGILIDADES NO ACESSO  
À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM  
SALVADOR/BA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia e Serviço Social, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Geyse Clea Silva de Miranda

Salvador  
2025

## AGRADECIMENTOS

Acredito que nesta vida nada acontece por acaso. Todos os caminhos que me trouxeram até aqui foram necessários para minha jornada.

Diante de toda a minha trajetória de vida e do meu percurso acadêmico, agradeço, primeiramente, a Jeová, por me guiar mesmo nos momentos em que eu mesmo deixei de acreditar. Ele sempre torna minha vida próspera e conhece, mais do que ninguém, minhas angústias e os desafios que enfrentei para chegar até aqui. Obrigado, meu Pai, por estar presente e vivo em minha vida!

Reconheço meu esforço e agradeço a mim por sempre acreditar no meu potencial. Apesar dos desafios, encontrei forças para alcançar meus objetivos e nunca duvidei da minha capacidade.

Aos meus pais, Sidney e Silvia, que, por muito tempo, deixaram de viver a própria vida para garantir o melhor para mim e para meu irmão. A vocês, minha gratidão por todo esforço para que tivéssemos uma educação de qualidade, por acreditarem no meu potencial e por nos ensinar que na universidade também é um espaço para a juventude negra e periférica.

Ao meu irmão, Sidney, por sempre vibrar com minhas conquistas e acreditar que é possível alcançar e viver os meus sonhos comigo.

À minha namorada, Giselle, que foi minha amiga, meu consolo e meu ombro para chorar. Obrigado por todo suporte emocional, carinho e acolhimento, por acreditar na minha competência e por todo amor ao longo desses anos e nesse processo.

À minha orientadora, Geyse Miranda, que foi meu porto seguro acadêmico, me acolheu e acreditou em mim. Sem você, este trabalho não teria sido possível. Agradeço por sua paciência, parceria, empatia e por todo suporte e compaixão.

Às minhas supervisoras dos estágios realizados ao longo da graduação, que me deram direcionamento ético-político para a profissão e que me acompanharam com tanto carinho. Obrigado por tudo, Eliana, Maria Jucema e Zuldiane.

Aos meus amigos do curso de Serviço Social da UFBA e da UCSAL, que contribuíram para minha trajetória acadêmica e fizeram o percurso ser mais leve por meio do aquilombamento que foi essa rede de apoio. Em especial, agradeço a Taís Roberta, Ana Alice, Maria Vitória, Bianca, Ediane e tantos outros que fizeram parte dessa caminhada.

E, principalmente, às pessoas em situação de rua, com quem tive a honra de conversar, trocar olhares e experiências. Vocês foram essenciais para minha formação profissional e para a construção deste trabalho com compromisso ético.

JESUS, Selton Andrade de. **Entre ruas e silêncios**: fragilidades no acesso à saúde da população em situação de rua em Salvador/BA. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Psicologia e Serviço Social, Curso de Serviço Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2025.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso analisa as fragilidades que população em situação de rua encontra no acesso à saúde no município de Salvador. O objetivo geral foi analisar as fragilidades enfrentadas para a atenção à saúde da população em situação de rua no município de Salvador. Os objetivos específicos foram: conhecer as políticas públicas de saúde direcionadas para a população em situação de rua; evidenciar quais são os possíveis obstáculos e fragilidades que a população em situação de rua enfrenta no acesso à saúde e analisar desafios para a melhoria do acesso à população em situação de rua no município de Salvador. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório, desenvolvida por meio de uma revisão narrativa da literatura baseada em artigos científicos, teses, dissertações e livros sobre o tema e uma análise documental com base em documentos públicos, leis, portarias relacionados à saúde da população em situação de rua. A coleta de dados contemplou ainda as observações, interações e percepções registradas no diário de campo do pesquisador durante a realização de estágio supervisionado realizado em serviço de emergência e em unidade de assistência jurídica gratuita direcionada à população em situação de rua. Os resultados da pesquisa apontam que Salvador carece de serviços estratégicos para facilitar o acesso à saúde para esse segmento, bem como ficou evidente com base na análise dos documentos e o diário de campo que o processo de burocratização dos serviços, o preconceito racial e social com essa população são barreiras que fragilizam o acesso. Desse modo, a pesquisa evidencia que é preciso a ampliação de estratégias e políticas que fortaleçam o Sistema Único de Saúde como as equipes de Consultório na Rua em Salvador para assegurar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde; Acesso à Saúde; População em Situação de Rua e Desigualdade social

JESUS, Selton Andrade de. **Between streets and silences:** weaknesses in access to healthcare for the homeless population in Salvador/BA. 2025. Course Completion Work. Institute of Psychology and Social Service, Social Service Course, Federal University of Bahia, Salvador, 2025.

### **ABSTRACT**

This Final Course Work analyzes the weaknesses that the homeless population encounters in accessing health care in the city of Salvador. The general objective was to analyze the weaknesses faced in the health care of the homeless population in the city of Salvador. The specific objectives were: to understand the public health policies aimed at the homeless population; to highlight the possible obstacles and weaknesses that the homeless population faces in accessing health care; and to analyze challenges for improving access for the homeless population in the city of Salvador. To this end, a qualitative exploratory research was carried out, developed through a narrative review of the literature based on scientific articles, theses, dissertations, and books on the subject and a documentary analysis based on public documents, laws, and ordinances related to the health of the homeless population. Data collection also included observations, interactions, and perceptions recorded in the researcher's field diary during the supervised internship carried out in an emergency service and in a free legal assistance unit aimed at the homeless population. The results of the research indicate that Salvador lacks strategic services to facilitate access to health for this segment, and it was also evident based on the analysis of documents and the field diary that the process of bureaucratization of services, racial and social prejudice against this population are barriers that weaken access. Thus, the research shows that it is necessary to expand strategies and policies that strengthen the Unified Health System, such as the Street Clinic teams in Salvador, to ensure access to health services for the homeless population.

**Keywords:** Health; Access to Health; Homeless Population and Social Inequality

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                    |                                                                                |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APS</b>         | Atenção Primária à Saúde                                                       |
| <b>CADÚNICO</b>    | Cadastro Único para Programas Sociais                                          |
| <b>CAPS AD III</b> | Centro de Atenção Psicossocial III Álcool e Drogas                             |
| <b>CAPS AD</b>     | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas                                 |
| <b>CAPS</b>        | Centro de Atenção Psicossocial                                                 |
| <b>CATABAHIA</b>   | Federação de Catadoras e Catadores de Materiais Recicláveis do Estado da Bahia |
| <b>CENTRO POP</b>  | Centro Especializado para Pessoas em Situação de Rua                           |
| <b>CNAR</b>        | Consultório na Rua                                                             |
| <b>MDS</b>         | Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome                          |
| <b>MNPR</b>        | Movimento Nacional da População em Situação de Rua                             |
| <b>PNAB</b>        | Política Nacional de Atenção Básica                                            |
| <b>PNPSR</b>       | Política Nacional da População em Situação de Rua                              |
| <b>PSR</b>         | População em Situação de Rua                                                   |
| <b>RAPS</b>        | Rede de Atenção Psicossocial                                                   |
| <b>SEMPRE</b>      | Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esporte e Lazer    |
| <b>SETAD</b>       | Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direitos do Cidadão     |
| <b>SUAS</b>        | Sistema Único de Assistência Social                                            |
| <b>SUS</b>         | Sistema Único de Saúde                                                         |
| <b>UAI</b>         | Unidade de Acolhimento Institucional                                           |
| <b>UFBA</b>        | Universidade Federal da Bahia                                                  |
| <b>UPA</b>         | Unidade de Pronto Atendimento                                                  |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                                | <b>8</b>  |
| <b>2. A RUA COMO ESPAÇO DE EXCLUSÃO: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A QUESTÃO SOCIAL.....</b>                                           | <b>12</b> |
| 2.1 A QUESTÃO SOCIAL NO CONTEXTO DO CAPITALISMO .....                                                                                     | 12        |
| 2.2 QUESTÃO SOCIAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: BREVE DISCUSSÃO SOBRE SEU CONTEXTO NO BRASIL.....                                      | 16        |
| 2.3 BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE O SURGIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CAPITAL BAIANA: TERRITÓRIOS DE EXCLUSÃO E SOBREVIVÊNCIA..... | 22        |
| 2.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL.....                                                                         | 25        |
| 2.5 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SALVADOR: CARACTERÍSTICAS DESTE SEGMENTO .....                                                      | 28        |
| <b>3. RUAS QUE FALAM: SAÚDE, DIGNIDADE E AS FRAGILIDADES NO ACESSO.....</b>                                                               | <b>34</b> |
| 3.1 DIREITO À SAÚDE, ACESSO E BARREIRAS PARA A POPULAÇÃO DE.....                                                                          | 34        |
| 3.2 OBSERVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....                                          | 42        |
| 3.3 FRAGILIDADES NO ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SALVADOR.....                                                       | 49        |
| <b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                                                      | <b>57</b> |
| <b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                                                                | <b>59</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A população em situação de rua no país ficou por muito tempo na invisibilidade social perante a sociedade e o Estado e, que, traz memórias de agressões e deslegitimação. O fenômeno da população em situação de rua é perceptível desde os primórdios das sociedades pré-industriais da Europa em razão do processo de valorização do capital e das fragilidades no mundo do trabalho. Em consequência dessa conjuntura, muitos indivíduos foram desapropriados e muitas vezes expulsos de suas terras, principalmente pela precarização das condições de trabalho, ocasionando o êxodo rural para as grandes cidades industriais nascentes (Paiva *et al.*, 2016). Também em consequência do desenvolvimento do capitalismo entre outros termos que expressam essa conjuntura da sociedade, tem produzido um crescimento expressivo na miserabilidade e na exclusão social, privando direitos civis básicos a uma grande parcela da sociedade.

O processo de estar em situação de rua reflete esse desenvolvimento desenfreado do capitalismo que gera essas mazelas sociais sendo mais uma expressão da questão social<sup>1</sup>. Por conta dessa história, propagou o número de pessoas em situação de rua esmagadoramente nas grandes metrópoles devido à falta de vínculo empregatício formal, como também as “consequências da conjuntura política, econômica e social que a alimentam” (Pinho; Pereira e Lussi, 2019, p. 481) e pela desassistência do Estado, levando essas pessoas a utilizarem logradouros públicos como moradia. Com a intensificação deste segmento, o Estado tenta dar respostas ampliando as políticas públicas voltadas para essa população, entretanto, de forma insuficiente.

Como dito anteriormente, essa população permaneceu na invisibilidade no território brasileiro por muito tempo, e não era incluída nos dados quantitativos do país, como também não existiam dados quantitativos oficiais da população em situação de rua, já que a coleta dos dados era de base domiciliar, resultando na exclusão dessas pessoas que na maioria dos casos não possuem residências fixas (Brasil, 2009).

Somente entre 2007 e 2008, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à

---

<sup>1</sup>Consoante Carvalho e Iamamoto “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (Carvalho; Iamamoto, 2006, p. 77). Abordaremos mais sobre essa ideia ao longo do trabalho.

Fome (MDS) realizou a Primeira Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua, ainda que esta pesquisa não desse conta de dimensionar a PSR no Brasil. A pesquisa foi realizada com pessoas maiores de 18 anos que encontravam-se em situação de rua, entendendo o termo “rua” na sua amplitude, dado que foi considerado pessoas que utilizavam os logradouros públicos como habitação, mas também pessoas que estavam em moradias cedidas, pessoas acolhidas em unidades de acolhimento, hospitais, clínicas e espaços de convivências (Brasil, 2009). A pesquisa identificou um total de 31.922 em situação de rua neste período (Natalino, 2016).

Natalino (2024) revela que das 96 milhões de pessoas inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico)<sup>2</sup> no mês de agosto de 2023, cerca de 227 mil estão cadastradas em situação de rua. Além disso, conforme os dados administrativos noticiados pelo governo federal, evidencia 254.784 famílias em situação de rua até maio de 2024 inscritas no CadÚnico, consoante a faixa do Programa Bolsa Família no Brasil. Na capital baiana revela a inscrição de 7.799 famílias, embora o censo municipal<sup>3</sup> tenha identificado 5.130 em situação de rua na cidade.

Conforme os dados supramencionados, observamos uma contradição nos números apresentados pelo governo federal e o município de Salvador, em decorrência do censo apresentar um pouco mais de cinco mil pessoas vivendo em situação de rua nos territórios da capital baiana, todavia, comparado ao número de inscritos no CadÚnico, identificamos mais de sete mil famílias. Nessa direção, pela divergência de informações dos dados, corre-se o risco das políticas públicas municipais não serem tão assertivas e tampouco suficientes para atender as demandas da PSR.

É notório que, no Brasil, esse expressivo número de famílias em situação de rua reverbera a desigualdade social existente no país de forma que impacta em diversas esferas

---

<sup>2</sup> O Cadastro Único para Programas Sociais identifica e caracteriza as famílias de baixa renda residentes em todo território nacional. Ele permite que o governo conheça melhor a realidade dessa população ao registrar informações como: endereço, características do domicílio, quem faz parte da família, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, deficiência, entre outras. É o principal instrumento do Estado brasileiro para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado para a concessão dos benefícios.’ Informação retirada do site oficial do Governo Federal do Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico/> Acesso em 28 de novembro de 2024.

<sup>3</sup> “Mapeamento, Contagem e Caracterização das Situações de Vulneração e Violações de Direitos vividas pela população em situação de rua na cidade de Salvador. A pesquisa foi executada em parceria com o Projeto Axé, Movimento Nacional da População de Rua – Bahia (MNPR/BA), da Federação de Catadoras e Catadores de Materiais Recicláveis do Estado da Bahia (CATABAHIA) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA).” Informação retirada do site oficial da Secretaria de Promoção Social, Combate à Fome, Esportes e Lazer de Salvador. Disponível em: <https://sempre.salvador.ba.gov.br/> Acesso em 27 de novembro de 2024

da vida, principalmente na saúde destes cidadãos. A existência de pessoas em situação de rua exhibe as contradições de uma sociedade que tem a saúde como direito constitucional assegurado para todos e dever do Estado.

A atenção à saúde dessa população necessita de políticas sociais direcionadas exclusivamente para a realidade enfrentada, isso porque a precariedade de viver nas ruas, interfere gradativamente na saúde, em consequência das condições insalubres dos logradouros públicos, como também a alta exposição às infecções, doenças respiratórias, doenças crônicas, pé diabético dentre outros problemas. Por esse motivo, é necessário aprofundar as discussões de atenção à saúde dessa população, uma vez que para além da dificuldade de acesso às políticas públicas de saúde, esse segmento é atravessado pela aporofobia<sup>4</sup>, os estigmas estruturados pela sociedade e, principalmente, pelo racismo estrutural.

Ademais, ainda que uma parcela alcance o atendimento, frequentemente, as barreiras de acesso aos serviços são expostas, principalmente no campo da saúde, o que ocasiona a entrada da população em situação de rua nos equipamentos de saúde muitas vezes pelos serviços da média e alta complexidade do SUS a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais, centro especializados entre outros, o que é digno de atenção uma vez que a atenção primária deve ser a porta de entrada preferencial do SUS. Contudo, não é a realidade vivida por essas pessoas, visto que a falta de manejo por parte do profissional de saúde que atende levanta barreiras para esse acesso, como a falta de vinculação com o serviço e com a equipe de saúde, sobretudo a omissão de cuidado integral da pessoa em situação de rua.

Em vista disso, a Política Nacional para a População em Situação de Rua visa, entre outros aspectos assegurar o acesso a políticas públicas de saúde (Brasil, 2009), instituindo mecanismos em vista de garantir acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda conforme o art. 7º da política.

No entanto, apesar dos avanços decorrentes dessa Política, o acesso aos serviços de saúde ainda constitui um desafio para as pessoas em situação de rua (Abreu e Oliveira, 2017; Vale e Farah, 2020; Andrade et al, 2022; Gontijo, Silva e Viegas, 2023). Diante disso, a escolha do tema desta pesquisa justifica-se pela emergência de compreender as dificuldades

---

<sup>4</sup> Termo criado por Adela Cortina (2020) em seu livro “Aporofobia, a aversão ao pobre: Um desafio para a democracia” que, conforme a autora, significa o desprezo e/ou aversão à pobreza.

que a PSR enfrenta no acesso aos serviços de saúde no município de Salvador, dado que essa população, enquanto fenômeno social proveniente do capitalismo, tem ampliado a cada ano. Do mesmo modo, as experiências nos campos estágios ao longo da graduação realizados em serviço de emergência da capital e em serviço de assistência jurídica gratuita do Estado direcionado à População em Situação de Rua, despertaram o interesse na temática, visto que, apesar de serem em áreas diferentes, notou-se a dificuldade dessa população em acessar os serviços ofertados por cada instituição, principalmente na emergência, posto que a condição de estar na rua impede, frequentemente, o acesso às políticas em consequência dos motivos supracitados. Esta pesquisa parte do problema: quais as fragilidades enfrentadas pela população em situação de rua no acesso aos equipamentos de saúde na cidade de Salvador?

Sendo assim, tem como objetivo geral: analisar as fragilidades enfrentadas para a atenção à saúde da população em situação de rua no município de Salvador. E, objetivos específicos, conhecer as políticas públicas de saúde direcionadas para a população em situação de rua; evidenciar quais são os possíveis obstáculos e fragilidades que a população em situação de rua enfrenta no acesso à saúde e analisar os desafios para a melhoria do acesso à saúde à população de rua no município de Salvador.

A metodologia da pesquisa é qualitativa, realizada por meio de uma revisão narrativa da literatura baseada em artigos científicos, teses, dissertações e livros sobre o tema tomando como referência autores que adotam uma perspectiva crítica sobre o tema. Ademais, realizou-se uma análise documental com base em normativas, diretrizes e políticas públicas relacionadas à população em situação de rua. Utilizou-se a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), refletindo sobre as estratégias existentes, seus limites e inovações nos serviços de saúde.

Além disso, a coleta de dados contemplou as observações, interações e percepções registradas no diário de campo do pesquisador, que foram comprovadas por meio do referencial teórico conforme Bardin (2011). Essas abordagens possibilitaram a descrição da realidade observada, além de permitir a compreensão das contradições existentes no sistema de saúde e suas implicações para o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde (Minayo, 2010).

Dessa maneira, este trabalho de conclusão de curso será construído na perspectiva de contribuir com a temática da saúde da população em situação de rua em Salvador, com a intenção de ampliar a discussão desse segmento populacional.

## **2. A RUA COMO ESPAÇO DE EXCLUSÃO: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A QUESTÃO SOCIAL**

Esta seção tem como objetivo compreender, de maneira histórica, a população em situação de rua como uma expressão intrínseca à ordem capitalista e à questão social. Busca-se, assim, discutir o processo do capitalismo, trazendo o seu contexto histórico, tanto na realidade brasileira quanto na capital baiana. Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é situar a população em situação de rua dentro do contexto do capital e analisar como esse fenômeno se desenvolve no Brasil, com o intuito de entender a caracterização dessa população desde o início da história e como ela se reflete, atualmente, nas pessoas que se encontram em situação de rua.

### **2.1 A QUESTÃO SOCIAL NO CONTEXTO DO CAPITALISMO**

A sociedade brasileira, desde os primórdios da sua civilização, produz e reproduz desigualdades sociais, econômicas, de gênero e raça, acarretando diversas mazelas sociais em grupos específicos. Quando a distribuição de renda ocorre de maneira desproporcional, de modo que concentra o capital nas mãos de uma pequena parcela do corpo social, amplifica as disparidades socioeconômicas da população, a fim de trazer miserabilidade para a classe trabalhadora e aumentar a população “sobrante” (Marx, 1989).

Em um sistema capitalista, cujo objetivo baseia-se na acumulação do capital, onde os capitalistas, pessoas que detêm os meios de produção, exploram a classe trabalhadora (proletariado) visto que estes, possuem apenas a sua mão de obra para garantir a sua subsistência. No momento que os capitalistas compram essa força de trabalho, eles gerenciam de que modo o ciclo do trabalho irá ocorrer. Porém, a distribuição de renda não é compatível já que o proletariado, classe que mais produz riqueza, não usufruem da mesma maneira em que produz, dado que o acúmulo do capital, e principalmente a mais-valia<sup>5</sup> obtida, concentra-se quase na sua totalidade nas mãos dos donos dos meios de produção. A única forma possível que os trabalhadores possam gerar valores nesse modelo de sociedade é vendendo sua força de trabalho em vista de receber um salário ilegítimo pelo trabalho realizado (Marx, 1989; Carvalho, 2016).

---

<sup>5</sup> [...] o trabalhador trabalha além dos limites do trabalho necessário, custa-lhe, de certo, trabalho, dispêndio de força de trabalho, porém não cria valor algum para o próprio trabalhador. Ele gera mais-valor, que, para o capitalista, tem todo o charme de uma criação a partir do nada. A essa parte da jornada de trabalho denomino tempo de trabalho excedente, e ao trabalho nela despendido denomino mais-trabalho (Marx, 1989, p. 374).

Em consequência dessa conjuntura, uma numerosa parte do proletariado não consegue se inserir no mundo do trabalho, originando a população sobrando ou o exército industrial de reserva como bem analisa Marx (1989) em sua obra *O Capital*<sup>6</sup>, são utilizados para pressionar e fazer com que as pessoas anexadas no mundo do trabalho produzam mais e que a remuneração seja mais baixa devido a quantidade de indivíduos buscando empregabilidade, contribuindo para que o capitalista arrecade ainda mais valor sobre a força de trabalho desses cidadãos.

[...] a acumulação capitalista sempre produz, e na proporção de sua energia e de sua extensão, uma população trabalhadora supérflua relativamente, isto é, que ultrapassa as necessidades médias da expansão do capital, tornando-se, desse modo, excedente” (Marx, 1989, p. 731).

Segundo Tolentino e Bastos (2017) é fundamental a existência do exército industrial de reserva para o modo de produção capitalista, posto que ele impulsiona a acumulação do capital. Com ele, os capitalistas conseguem aumentar ou manter a produção utilizando menos capital, o que resulta em uma exploração mais intensa da força de trabalho. Esse grupo de reserva gera a superpopulação relativa.

Marx (1989, p. 870) relata que “A superpopulação relativa existe em todos os matizes possíveis. Todo trabalhador a íntegra durante o tempo em que está parcial ou inteiramente desocupado”. Essa superpopulação, composta por trabalhadores ativos e aqueles em reserva, beneficia o capital ao criar uma pressão constante sobre as condições laborais da classe trabalhadora. O elevado número de trabalhadores disponíveis intensifica a competição pelo emprego, o que obriga os empregados a aceitarem condições precárias de trabalho. Essa dinâmica é sustentada pela superpopulação relativa, que age como um mecanismo de coerção, mantendo os salários baixos e ampliando a vulnerabilidade dos trabalhadores. Assim, esse exército de reserva, formado pela superpopulação relativa, exerce um impacto significativo no mercado de trabalho.

Desse modo, o capital, com intuito de reduzir os custos e alavancar a produção, empurra essa massa de seres humanos para o desemprego ou trabalhos informais precarizados, tal como expande a miserabilidade e a pobreza dessa população (Tolentino; Bastos, 2017). Sob esse olhar, encontra-se uma gama de pessoas vivenciando o pauperismo<sup>7</sup>, mas, a população em situação de rua no sistema capitalista, é cada vez mais empurrada para a pobreza extrema

---

<sup>6</sup> \_\_\_\_\_. MARX, Karl. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Tradução de Reginaldo Sant’Anna. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. Livro 1, v. 1 e 2.

<sup>7</sup>O pauperismo constitui o asilo para inválidos do exército trabalhador ativo e o peso morto do exército industrial de reserva. Sua produção está incluída na produção da superpopulação relativa, sua necessidade na necessidade dela, e juntos eles formam uma condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza (Marx, 1989, p.874).

proveniente da falta de emprego formal, e com essa disparidade, “a economia cresce e o poder estatal se fortalece, a massa dos trabalhadores padece” (Ianni, 1989, p. 3).

Em opinião de Oliveira (2010) o crescimento do pauperismo está fortemente ligado à expansão da acumulação de riqueza, e atinge os desprezados do mercado de trabalho, contudo, notamos a precarização das condições de vida da classe trabalhadora que está vinculada diretamente ao trabalho. A pressão crescente sobre os trabalhadores no aumento da produtividade impacta nas condições de existência desses sujeitos tornando suas vidas mais precarizadas. Ao passo que o capital se acumula, o contexto de vida do trabalhador se degenera, e a exigência para maior produtividade, faz o capitalista desumanizar o trabalhador, transformando as condições laborais em sofrimento, independente da remuneração, visto que todo trabalho sob o domínio do capital se torna desumano.

O capitalismo reverbera um conjunto de desigualdades sociais engendradas pela superexploração do proletariado e da emergente sociedade industrial. Nesse cenário, Netto (2001) relata que o pauperismo e essas transformações econômicas e sociais geram uma nova dinâmica de desigualdades sociais que não são apresentadas no modelo anterior de sociedade declarando,

[...] tratava-se de um fenômeno novo, sem precedentes na história anterior conhecida. Com efeito, se não era inédita a desigualdade entre as várias camadas sociais, se vinha de muito longe a polarização entre ricos e pobres, se era antiquíssima a diferente apropriação e fruição de bens sociais, era radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizava” (Netto, 2001, p. 42).

Na visão do autor supramencionado<sup>8</sup>, o pauperismo foi uma das primeiras expressões de desigualdades sociais oriundas desse sistema industrial que chamaremos de “questão social”. O pauperismo refere-se à questão social, dado que esse termo se relaciona aos seus desdobramentos sociopolíticos (Netto, 2001). Nesse ínterim, os pauperizados identificam que as condições de exclusão social, pobreza extrema perpassa as condições do modo de trabalho, mas, consoante Pastorini (2004) proporciona miséria do ponto de vista material e moral, isso faz com que pessoas em situação de pauperização se reconheçam como parte da classe proletária. Eventualmente, esse grupo de proletários começaram as articulações através dos sindicatos e partidos políticos, buscando melhorias nas condições de trabalho e proteção social. A questão social emerge, assim, da segmentação da sociedade através do antagonismo da classe burguesa e o proletariado, cuja distribuição é marcada por uma significativa desigualdade desse

---

<sup>8</sup> Netto (2001)

sistema. Ou seja, “foi a partir da perspectiva efetiva de uma eversão da ordem burguesa que o pauperismo se designou como ‘questão social’” (Netto, 2001, p. 43).

No contexto do capitalismo, a questão social expressa as contradições inerentes a um sistema baseado na acumulação de riquezas e na exploração da força de trabalho. Contudo, sua manifestação ultrapassa a esfera econômica, materializando-se em múltiplas formas de exclusão, como a desigualdade de acesso à saúde, educação, moradia e trabalho. A concepção de questão social embasamos em Iamamoto (2006).

“A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (Carvalho; Iamamoto, 2006, p. 77).

Machado (1999) aborda que a questão social é uma categoria que explana as contradições do modo de produção capitalista, que é fundada na produção e na apropriação de riqueza gerada pela classe subalterna. Ela representa um aporte para analisar a sociedade com base na conjuntura vivida pela maioria da população, e a diferença que essas contradições revelam-se de diferentes maneiras na vida do proletariado e da burguesia, visto que essa diferença infere necessariamente no acesso a direitos e nas condições de vida, como dar suporte para entender as desigualdades estruturais que se manifestam em diversas expressões concretas, como o desemprego, a pobreza, a fome e a precarização das condições de vida.

E as consequências da apropriação desigual do produto social são as mais diversas: analfabetismo, violência, desemprego, favelização, fome, analfabetismo político, etc.; criando “profissões” que são frutos da miséria produzida pelo capital: catadores de papel; limpadores de vidro em semáforos; “avião” – vendedores de drogas; minhoqueiros – vendedores de minhocas para pescadores; jovens faroleiros – entregam propagandas nos semáforos; crianças provedoras da casa – cuidando de carros ou pedindo esmolas, às crianças mantém uma irrisória renda familiar; pessoas que “alugam” bebês para pedir esmolas; sacoleiros – vivem da venda de mercadorias contrabandeadas; vendedores ambulantes de frutas; etc. Além de criar uma imensa massa populacional que frequenta igrejas, as mais diversas, na tentativa de sair da miserabilidade em que se encontram. (Machado, 1999, p. 43)

No cerne da realidade, vemos a questão social através de suas expressões como Machado (1999, p. 43) aponta através da falta de políticas sociais, da fome, da falta da habitação, da falta de leitos em hospitais, da situação de rua dentre outros. A autora relata que esse desequilíbrio explana as determinações prioritárias do capital sobre o trabalho, em vista de consolidar riquezas e não garantir as condições necessárias e justas para todo o corpo social.

A questão social expressa não apenas as disparidades, bem como o movimento de resistência e reivindicação por melhores condições de vida e de relações de trabalho por parte

dos trabalhadores. Iamamoto (2000, p. 27) relata que a “questão social, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem.” Essa ideia é complementada por Pereira (2007) ao destacar que no momento em que a classe operária reconhece a conjuntura que está inserida, uma grande parte se rebela a essas condições, articulando-se por meio de greves, revoltas, como na formação de sindicatos, tencionando a classe burguesa melhores condições de trabalho e o fortalecimento da luta operária. Por conta disso também, configura-se como uma categoria que simboliza a mobilização da classe trabalhadora, como das populações marginalizadas em busca de seus direitos econômicos, sociais, políticos e culturais. É nesse aspecto que se localizam as mudanças históricas na compreensão da questão social (Machado, 1999).

Portanto, observa-se que o sistema capitalista prioriza, acima de tudo, o acúmulo de capital e a maximização do lucro, alcançados por meio da exploração da força de trabalho do proletariado. Esse sistema também gera uma série de problemas socioeconômicos para a classe subalterna, dentre os quais destaca-se essas expressões da questão social tais como a fome, miséria, pauperização, desemprego entre outras formas abordadas ao longo deste subtópico. Tal problemática resulta em um contingente significativo de pessoas vivendo em condições de extrema miséria e, em muitos casos, em situação de rua. Ainda que alguns indivíduos estejam inseridos no mercado de trabalho, a desvalorização e a precariedade das condições laborais tornam insuficiente a garantia de uma vida digna. Assim, conclui-se que a situação de rua é um fenômeno diretamente relacionado a esse contexto de miserabilidade, exigindo, portanto, uma análise de suas origens e implicações.

## **2.2 QUESTÃO SOCIAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: BREVE DISCUSSÃO SOBRE SEU CONTEXTO NO BRASIL**

O capitalismo configurou-se como um marco decisivo em diversas sociedades, transformando significativamente as relações econômicas e os modos de produção. Esse sistema, que redefiniu o mundo do trabalho, produziu impactos que se estendem até os dias atuais. O modo de produção capitalista, orientado pela lógica do lucro, desenvolveu mecanismos voltados à ampliação da produção, os quais resultaram tanto na redução da utilização da força de trabalho viva quanto na diminuição do tempo necessário para a produção de mercadorias. Esses processos culminam no aumento da produtividade, ao mesmo tempo que intensificam a extração de trabalho excedente dos trabalhadores, sem que isso represente maior remuneração para eles.

Adicionalmente, tais dinâmicas contribuem para a ampliação do contingente de trabalhadores disponíveis, fenômeno que Marx (1989) denominou de superpopulação relativa e que discutimos anteriormente. Nessa perspectiva, o autor destaca que a demanda por trabalho tende a ser permanentemente inferior à oferta, configurando um cenário que fomenta a formação de uma população excedente ao capital, mas funcional à sua lógica de acumulação. Essa superpopulação relativa desempenha um papel estratégico ao intensificar a concorrência entre os trabalhadores, consolidando uma relação oferta/procura de força de trabalho que favorece o capital.

Sob essa circunstância, Sousa e Machado (2019) declara que o pauperismo é inseparável da acumulação primitiva, que por meio de expropriações violentas das terras dos camponeses, desencadeou um expressivo êxodo rural, ampliou a oferta de mão de obra e provocou a superlotação das grandes cidades no século XIX. Acontece que essas pessoas se deslocavam para as cidades, entretanto nem todas as pessoas conseguiam inserir-se no mercado de trabalho ou alcançar melhores condições de vida, seja pela escassez de empregos, seja pela dificuldade de adaptação ao novo modelo de mercado manufatureiro. Em consequência, esse êxodo rural ampliou significativamente o contingente de indivíduos que perambulavam pelas ruas das cidades e pelas estradas, tornando estes trabalhadores em pessoas em situação de rua.

Tiengo (2018) esclarece que a população em situação de rua é uma expressão da questão social inerente ao modo de produção capitalista, visto que esse fenômeno não ocorre por conta de preguiça ou falta de esforço do indivíduo, mas o processo de acumulação capitalista intrínseco e decorrente da teoria do valor-trabalho, promove a formação de uma superpopulação relativa, da qual uma parcela passa a integrar a população em situação de rua.

Dessa forma, compreendemos que a população em situação de rua é resultado da distribuição desigual de riquezas, em que muitos acumulam enquanto poucos concentram riqueza. Aqueles que vivem na miséria são, paradoxalmente, os responsáveis pela produção da riqueza que lhes é retirada. A presença de indivíduos sem acesso às condições básicas de subsistência, que acabam transformando as ruas em seu espaço de moradia, configura-se como um subproduto do sistema capitalista, sendo funcional a ele, já que integra a superpopulação relativa, indispensável à sua manutenção (Tiengo, 2018).

Embora a questão econômica seja central para compreender o surgimento e a totalidade da população em situação de rua, no contexto brasileiro ela se entrelaça com outros marcadores sociais do território e pelas características históricas e estruturais que moldaram a sociedade, como o processo da escravidão, a desigualdade de acesso à terra e os processos de urbanização desordenada, perpetuando a vulnerabilidade de amplas camadas da sociedade.

A história do território brasileiro é marcada por especificidades que são fundamentais para compreender a questão social e o surgimento do fenômeno da população em situação de rua no país. Apesar de existirem poucas obras que abordam diretamente o surgimento desse segmento, o Brasil possui marcos históricos que contribuem para a reflexão sobre esse contingente. Muitos autores do Serviço Social como (Carvalho 2016; Santos, 2012; Iamamoto, 2000), analisam a questão social por volta da década de 30 ou 70, todavia, partiremos do processo de colonização e do pós-abolicionismo para refletirmos sobre essa manifestação da questão social no Brasil.

A formação social brasileira tem sua origem na condição de colônia de Portugal. Uma característica central da colonização era atender aos interesses comerciais das metrópoles europeias portuguesas, transformando o Brasil em fornecedor de matérias-primas para exportação. Nesse contexto, a exploração das potencialidades do território, como o pau-brasil e a cana-de-açúcar, prevalecia sobre qualquer outra consideração.

uma colônia destinada a fornecer ao comércio europeu alguns gêneros tropicais de grande expressão econômica. É para isto que se constituiu. A nossa economia subordinar-se-á por isso inteiramente a tal fim, isto é, se organizará e funcionará para produzir e exportar aqueles gêneros. Tudo mais que nela existe, e que, aliás, será sempre de pequena monta, é subsidiário e destinado unicamente a amparar e tornar possível a realização daquele objetivo essencial (Prado Jr., 2006, p. 26).

Santos (2012) argumenta que os colonos portugueses vieram ao Brasil com o objetivo de se tornarem senhores, empresários e dirigentes, mas não demonstravam interesse em trabalhar diretamente na terra. A diversidade de gêneros alimentícios e especiarias, desconhecida para os europeus, não despertava neles o desejo de atuar como trabalhadores nas terras brasileiras. Apesar de a Coroa Portuguesa oferecer algumas regalias aos colonos, essas vantagens não eram suficientes para estimular a ocupação ativa do território.

A escassez de força de trabalho foi, portanto, o fator que impulsionou Portugal a intensificar o sistema escravista, explorando a costa africana para o comércio de povos africanos. De forma cruel e desumana, os portugueses buscaram na diáspora africana forçada a solução para suprir a demanda por mão de obra, consolidando a escravidão como a base do modelo econômico colonial (Santos, 2012).

Prado Jr. (2006) destaca que os indígenas foram os primeiros explorados pelos portugueses. No início da colonização, os colonizadores buscavam estabelecer relações de troca, oferecendo objetos em troca do trabalho indígena, já que estes conheciam profundamente o território. Essas relações dos portugueses com os indígenas, levaram à exploração e

escravização forçada da mão de obra indígena, marcando uma fase de violência e imposição no processo de colonização.

Estes já se tinham iniciado na tarefa no período anterior da extração do pau-brasil; prestar-se-iam agora, mais ou menos benevolmente, a trabalharem na lavoura de cana. Mas esta situação não duraria muito. Em primeiro lugar, à medida que afluíam mais colonos, e portanto as solicitações de trabalho, ia decrescendo o interesse dos índios pelos insignificantes objetos com que eram dantes pagos pelo serviço. Tornam-se aos poucos mais exigentes, e a margem de lucro do negócio ia diminuindo em proporção. Chegou-se a entregar-lhes armas, inclusive de fogo, o que foi rigorosamente proibido, por motivos que se compreendem. Além disto, se o índio, por natureza nômade, se dera mais ou menos bem com o trabalho esporádico e livre da extração do pau-brasil, já não acontecia o mesmo com a disciplina, o método e os rigores de uma atividade organizada e sedentária como a agricultura. Aos poucos foi-se tornando necessário forçá-lo ao trabalho, manter vigilância estreita sobre ele e impedir sua fuga e abandono da tarefa em que estava ocupado. Daí para a escravidão pura e simples foi apenas um passo. Não eram passados ainda 30 anos do início da ocupação efetiva do Brasil e do estabelecimento da agricultura, e já a escravidão dos índios se generalizara e instituía firmemente em toda parte (Prado Jr., 2006, p. 21).

A relação dos portugueses com os indígenas trouxe consequências que foram além da exploração e escravização da mão de obra. Um dos impactos mais significativos foi na saúde das populações indígenas, já que muitas delas não possuíam imunidade para as doenças trazidas pelos europeus, como varíola, sarampo, gripe e tuberculose. Essas enfermidades, até então desconhecidas no continente americano, espalharam-se rapidamente, resultando em epidemias devastadoras. Além disso, a convivência forçada com os colonizadores, em um contexto de violência, escravidão e deslocamento, agravou as condições de saúde dos povos indígenas (Ribeiro, 1995).

O que aconteceu, e mudou total e radicalmente seu destino, foi a introdução no seu mundo de um protagonista novo, o europeu. Embora minúsculo, o grupelho recém-chegado de além-mar era superagressivo e capaz de atuar destrutivamente de múltiplas formas. Principalmente como uma infecção mortal sobre a população preexistente, debilitando-a até a morte. Esse conflito se dá em todos os níveis, predominantemente no biótico, como uma guerra bacteriológica travada pelas pestes que o branco trazia no corpo e eram mortais para as populações indenes. No ecológico, pela disputa do território, de suas matas e riquezas para outros usos. No econômico e social, pela escravização do índio, pela mercantilização das relações de produção, que articulou os novos mundos ao velho mundo europeu com provedores de gêneros exóticos, cativos e ouros (Ribeiro, 1995 *apud* Mota, 2018, p. 17).

Nessa direção, Mota (2018) expõe que essas questões acima contribuíram para que os portugueses utilizassem a mão de obra escravizada africana durante o período colonial. O comércio de pessoas negras era uma atividade extremamente lucrativa, impulsionada pela cobrança de altos impostos sobre o tráfico humano, consolidando o sistema escravista como uma peça central na economia colonial. Além do aspecto econômico, outros argumentos foram utilizados pelos colonizadores para justificar a exploração da população negra. Alegava-se que

a força física, a vitalidade e a resistência dos povos africanos seriam características que os tornavam mais adequados ao trabalho árduo imposto nas colônias. Esses discursos, fundamentados em uma lógica opressora e racista, legitimavam a apropriação e exploração de suas vidas e corpos.

Esses critérios, no contexto colonial, contribuíram para a perpetuação de um sistema de dominação brutal e desumano, sustentado pelo racismo<sup>9</sup> estrutural e pela busca incessante de lucro. A escravidão não apenas moldou as bases da economia colonial, mas também deixou profundas marcas sociais e históricas que persistem até os dias atuais.

Essa mancha na trajetória do país durou mais de 350 anos, até que, foi abolida a escravidão no Brasil por meio da Lei Áurea assinada pela Princesa da época em 13 de maio de 1888. Contudo, grande parte da elite brasileira resistia ao fim da escravidão, mas as pressões internas e externas tornaram impossível adiá-lo ainda mais. Embora a abolição tenha decretado oficialmente a liberdade dos negros, ela não transformou a mentalidade nem as práticas da elite brasileira. Com o fim da escravidão, muitos negros foram expulsos das fazendas e deixados à própria sorte, sem terras, moradia ou meios de subsistência. A elite, por sua vez, demonstrou pouco interesse em integrar a população negra ao mercado de trabalho que começava a se formar no Brasil.

A questão central aqui é que, a elite brasileira, com o fim da escravidão, não queria que os negros ocupassem os postos de trabalho emergentes, tampouco desejavam a ascensão social da população negra. Em vez disso, buscavam mascarar sua exclusão e encontrar formas de "apagar" os corpos negros da sociedade brasileira. Uma das principais estratégias da elite era implementar uma política de "embranquecimento"<sup>10</sup> do país, incentivando a imigração europeia para ocupar os postos de trabalho. Essa política de segregação racial empurrou os negros para a exclusão social, privando-os de acesso a direitos básicos e oportunidades. Sem apoio ou reparações, eles foram forçados a viver nas periferias e à margem da sociedade, situação cujos reflexos ainda se fazem sentir nas desigualdades raciais que persistem no Brasil contemporâneo (Nascimento, 1978; Medeiros, 2010).

Atirando os africanos e seus descendentes para fora da sociedade, a abolição exonerou de responsabilidades os senhores, o estado, e a Igreja. Tudo cessou, extinguiu-se todo

---

<sup>9</sup>por racismo, entende-se “uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam” (ALMEIDA, 2018, p. 32).

<sup>10</sup> Nas palavras de Abdias Nascimento, a intenção de clarear a população estava vinculada à ideia da raça branca como superior e evoluída, logo, o país só poderia se desenvolver tendo uma maioria da população branca ou “menos negra”. Vem atrelado a uma ideia de algo bom para a sociedade, ou seja, quanto mais você conseguir clarear seus descendentes, melhor será para sua família. Ver mais em: DO NASCIMENTO SILVA, Anna Beatriz. O impacto do colorismo no feminismo negro do Brasil. Humanidades em Perspectivas, v. 4, n. 2, p. 45-59, 2018.

o humanismo, qualquer gesto de solidariedade ou de justiça social: o africano e seus descendentes que sobrevivessem como pudessem (Nascimento, 1978, p. 65).

Santos (2012) destaca que esse período da história foi crucial para a consolidação do capitalismo no Brasil, pois marcou a transição da abolição do trabalho escravo para a adoção do trabalho assalariado como regime predominante no país. Esse sistema econômico tem como objetivo, por meio da força de trabalho, assegurar sua própria manutenção.

Mota (2018) na sua análise, aponta que o processo de industrialização no Brasil também contribuiu para essa realidade, uma vez que o trabalho escravo, anteriormente imposto aos negros, passou a ser entendido como trabalhador livre na sociedade capitalista. A tentativa de substituir a mão de obra negra por trabalhadores europeus no mercado de trabalho intensificou a marginalização dos negros, contribuindo para o aumento do número de pessoas em situação de rua. As múltiplas formas de violência e opressão, enraizadas no racismo, criaram barreiras estruturais, institucionais e individuais. Mesmo após o fim da escravidão, as desigualdades sociais geradas pelo racismo se aprofundaram, resultando em um perfil racial predominante entre a população em situação de rua, majoritariamente de descendência africana.

Essas questões empurraram a população negra para o pauperismo e a miséria extrema. Embora seja válido reconhecer que o processo de industrialização no Brasil amplificou as desigualdades sociais, aumentando o desemprego e submetendo muitos indivíduos ao pauperismo, não podemos limitar a análise das particularidades da questão social brasileira à ótica exclusiva das classes sociais. É imprescindível relembrar o impacto histórico do processo de colonização e como ele intensificou essas expressões de exclusão social.

Muito antes da industrialização, já existia um sistema estruturado de exclusão que afetava diretamente pessoas negras e indígenas. A sociedade brasileira foi construída sobre a exploração da mão de obra escravizada, um alicerce que não apenas sustentou a economia colonial, mas também consolidou um racismo estrutural que persiste até os dias atuais. Essa dinâmica histórica moldou profundamente as desigualdades no país, tornando essencial uma análise que contemple tanto as questões de classe quanto as de raça e etnia para compreender a complexidade da questão social no Brasil.

A forma como trataram o povo negro com o fim da escravidão reverbera até o presente momento na formação da nossa sociedade. Ao analisarmos o fenômeno da população em situação de rua hoje, notamos que em sua grande maioria, essa população é composta por pessoas negras. Esse cenário é resultado de uma conjuntura sócio-histórica que repercute como uma expressão da questão social no contexto brasileiro. Nesse ínterim, é fundamental incluir a dimensão étnico-racial na análise, uma vez que limitar a reflexão apenas às contradições entre

capital e trabalho não é suficiente para compreender a realidade deste país. O racismo estrutural, originado dessa adversidade histórica, configura-se como um marcador social central, moldando desigualdades e perpetuando exclusões. Assim, compreender a questão racial é indispensável para uma análise mais abrangente e profunda das dinâmicas sociais que caracterizam o Brasil.

### **2.3 BREVE CONSIDERAÇÃO SOBRE O SURGIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CAPITAL BAIANA: TERRITÓRIOS DE EXCLUSÃO E SOBREVIVÊNCIA**

No período colonial, a capital baiana exercia grande influência no cenário nacional, sendo superada apenas pelo Rio de Janeiro. Para compreendermos melhor o fenômeno da população em situação de rua em Salvador, apoiaremos nossa análise nos estudos de Fraga Filho (1994), que examina a conjuntura desse fenômeno à época.

Filho (1994) descreve que, na metade do século XIX, a Bahia impressionava os visitantes estrangeiros pela intensidade de sua vida urbana. A cidade destacava-se por seus imponentes edifícios públicos, igrejas majestosas, o dinamismo do comércio e o grande volume de bens que circulavam em seu porto. O açúcar, um dos produtos mais valiosos da época, desempenhava papel central na economia, consolidando o poder dos senhores de escravos e dos comerciantes envolvidos tanto no comércio exterior quanto no tráfico de escravizados africanos.

No entanto, o autor ressalta que toda essa riqueza da Bahia era construída à custa do empobrecimento da grande maioria da população, revelando as profundas desigualdades sociais que caracterizavam o período.

[...] o mundo das ruas de Salvador, depressa revelava a presença da pobreza. Essa realidade não fugiria à observação de James Prior, que ao desembarcar na Cidade Baixa em 1813, notou que o povo assemelhava-se a "pobres e esqualidos objetos". Nessa parte da cidade veria também muitas "crianças seminuas suplicando caridade" (Filho, 1994, p. 14).

Na análise do autor, era evidente a extrema pobreza que marcava o século XIX, confirmada por fontes oficiais da época, que relatavam a multidão de pedintes e desempregados vagando pelas ruas de Salvador. Essa era apenas a face mais visível da pobreza urbana, pois o autor também destaca a situação de muitos outros que suportavam a miséria como agregados em casas de famílias ou como vendedores ambulantes, ocupando as ruas em uma luta diária pela subsistência.

Dentro desse cenário, as desigualdades sociais dividiram os baianos em categorias opostas: senhores e escravizados, negros e brancos, ricos e pobres. Como consequência do sistema escravista, uma grande parcela da população já havia experimentado a escravidão ou descendia de pessoas escravizadas. Assim, muitos pobres da cidade eram abastecidos por um contingente expressivo de ex-escravizados, que, em sua maioria, sobreviviam de serviços esporádicos, do pequeno comércio ambulante e da mendicância.

A escassez de empregos forçava a maioria da população a sobreviver de ocupações passageiras. Filho (1994) ressalta que, em muitos casos, havia uma atitude de desconfiança por parte de alguns trabalhadores, que frequentemente se recusavam a vender sua força de trabalho. Para esses indivíduos, viver da mendicância<sup>11</sup> era preferível a se submeter a relações de trabalhos que os aproximassem da condição de escravizados. Aos olhos da elite branca, entretanto, essa recusa era interpretada como preguiça ou vadiagem, reforçando estigmas sociais e raciais.

Com uma população de quase 90% vivendo na linha da pobreza, muitos foram forçados a habitar em condições precárias e ambientes insalubres. Na metade do século XIX, as políticas de higienização implementadas pelo Estado passaram a responsabilizar as moradias dessas pessoas, sob a perspectiva de que elas eram a principal fonte de insalubridade para a cidade. Esse enfoque, em vez de solucionar as condições de vida, contribuía para a marginalização ainda maior desse grupo social, culpabilizando-os pelas condições que, na verdade, eram resultado da exclusão e da pobreza estruturada (Filho, 1994).

Na periferia de Salvador os pobres também moravam muito precariamente entre paredes de taipa, piso de barro batido e sob teto de palha. Esse era o tipo da maioria das casas existentes nos arrabaldes de Salvador e das vilas do interior da província. Em 1817, percorrendo os bairros retirados e arrabaldes da Bahia, Tollenare admirou-se ao perceber que nesses locais formigava uma imensa população livre "aglomerados em casinhas miseráveis". Dizia ainda que "toda esta gente vive de quase nada e anda pouco vestida"<sup>17</sup>. Um levantamento feito em 1829 verificou que a quase totalidade das 55 casas existentes na Mariquita do Rio Vermelho e as 25 da Pituba tinham cobertura de palha, a maioria habitada por pescadores. Mais próximo da cidade, em meio à densa vegetação das imediações do Dique (Filho, 1994, p. 21).

Além disso, o autor infere que a precariedade de vida e a falta de segurança alimentar impactavam diretamente a saúde desses indivíduos, tornando essa população vulnerável a diversas epidemias. Os danos causados por essas epidemias eram cada vez mais graves, em razão de uma população já fragilizada pelas péssimas condições de vida, o que ampliava a mortalidade e as consequências sanitárias dessas crises.

---

<sup>11</sup> Mendicância é o ato de mendigar, ou seja, de pedir esmolas ou quem vive de esmola.

Em 1849-50, 1858, 1861, 1862, 1864, 1873 e 1875 ocorreriam surtos de febre amarela. Em 1855-56, tivemos a grande epidemia de cólera que segundo estimativas oficiais deixou um saldo de 30.000 mortos na Bahia, 7.987 somente em Salvador. Segundo estimativas de Johildo Lopes de Athayde para toda a província, cerca de 40.000 pessoas podem ter sucumbido à epidemia (Filho, 1994, p. 26).

As localidades onde se concentravam as igrejas também eram pontos de mendicância. Conforme Carvalho (2014), a sobrevivência das pessoas em situação de rua era frequentemente garantida pela esmola, já que os ricos, movidos pelo desejo de salvação, buscavam contribuir financeiramente com os indigentes. Os benfeitores, por sua vez, pediam que esses indivíduos os acompanhassem até a sepultura e rezassem pela salvação de suas almas pecadoras.

De fato, os pontos mais importantes de esmolas estavam localizados nos adros ou nas imediações das igrejas. As igrejas da Conceição da Praia, da Sé, São Domingos, Piedade, Bonfim e São Francisco eram as mais frequentadas pelos pedintes, especialmente durante funerais, missas, festas e procissões. A poucos metros dessas igrejas, os mendigos podiam implorar esmolas à Santa Casa de Misericórdia. Lá, se juntavam aos muitos pobres — que ainda não eram mendigos, mas recorriam à instituição pedindo comida, dotes, pensões, internamento hospitalar, sepultamento para seus mortos e uma infinidade de outras necessidades. O Mosteiro de São Bento também recebia seus pobres. Preferencialmente, os mendigos buscavam os centros de poder eclesiástico, civil e econômico. As praças e largos centrais, devido à concentração de instituições religiosas e ao grande fluxo de pessoas, tornavam-se os territórios da mendicância por excelência (Filho, 1994).

A importância de realizar um levantamento sócio-histórico sobre a população em situação de rua em Salvador é crucial para compreendermos a realidade cotidiana desse grupo, pois os mesmos espaços que, no período mencionado, eram ocupados por essas pessoas, continuam a ser habitados por elas na atualidade. Esse entendimento é fundamental para analisar as dinâmicas desses territórios, que, ao longo do tempo, se tornaram marcas permanentes da exclusão social na cidade.

A situação de rua, em sua essência, pode ser vista como um reflexo direto de uma estrutura social que, historicamente, marginalizou uma grande parcela da população, especialmente os negros e ex-escravizados, que, ao longo dos séculos, permaneceram à margem da sociedade.

No contexto contemporâneo, a população em situação de rua de Salvador carrega consigo essas marcas históricas de exclusão, lutando incessantemente pela sobrevivência em uma cidade que, apesar de suas vastas riquezas culturais e econômicas, ainda é marcada pela desigualdade social e pela perpetuação da miséria.

Portanto, refletir sobre essa questão é não apenas uma análise crítica das condições atuais, mas também uma forma de entender as profundas raízes de um problema social que, embora se manifeste de diferentes maneiras ao longo da história, ainda se reflete nos rostos de milhares de pessoas que vivem à margem da cidade.

## 2.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

A presença de indivíduos vivendo em logradouros públicos remonta às primeiras cidades pré-industriais, como já discutido anteriormente. Essa problemática decorre da convergência de fatores históricos, econômicos e sociais, dentre os quais se destacam a desigualdade estrutural, o racismo, a precariedade no mercado de trabalho e as insuficiências das políticas públicas. A população em situação de rua constitui uma das manifestações mais extremas da desigualdade social no Brasil. Nesse contexto, torna-se imprescindível uma análise acerca do significado do termo "população em situação de rua".

Silva (2006) descreve que, ao longo da história, em todas as épocas, houve manifestações de discriminação contra as pessoas em situação de rua. As diferentes denominações utilizadas pela sociedade para se referir a esse grupo, em sua maioria, carregam conotações preconceituosas, como:

mendigos, vagabundos, maloqueiros, desocupados, bandidos, contraventores, vadios, loucos, sujos, flagelados, náufragos da vida, rejeitados, indesejáveis, pedintes, encortçados, toxicômanos, maltrapilhos, psicopatas, carentes, doentes mentais, entre outros (Vieira, 2004 *apud* Silva, 2006, p. 88).

Vieira, Bezerra e Rosa (2004) destacam que as pessoas em situação de rua formam um grupo heterogêneo, ou seja, cada indivíduo possui especificidades que podem ter contribuído tanto para sua chegada à condição de rua quanto para sua permanência nos logradouros públicos. As autoras identificam três situações distintas relacionadas à permanência dessas pessoas nas ruas, além de apontarem aspectos comuns que possibilitam a designação desse segmento como um grupo social específico.

A rua pode ter pelo menos dois sentidos: o de se constituir num abrigo para os que, sem recursos, dormem circunstancialmente sob marquises de lojas, viadutos ou bancos de jardins ou pode constituir-se em um modo de vida, para os que já tem na rua o seu habitat e que estabelecem com ela uma complexa rede de relações. Seria possível identificar situações diferentes em relação a permanência na rua: ficar na rua - circunstancialmente; estar na rua - recentemente; ser da rua - permanentemente. O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como populações em situação de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia. Essas situações podem ser dispostas num continuum, tendo como referência o tempo

de rua; a proporção que aumenta o tempo, se torna estável a condição de morador. O que diferencia essas situações é o grau maior ou menor de inserção no mundo da rua (Vieira, Bezerra e Rosa, 2004, p. 93-94 *apud* Silva, 2006, p.89).

Nesse sentido, conforme a criação da Política Nacional da População em situação de rua de 2009, instituída pelo Decreto nº 7.053, o termo refere-se a:

considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, PNPSR, 2009).

Costa (2006) revela que esse grupo é composto por homens, mulheres, jovens, famílias inteiras e coletivos, todos com histórias de atividades laborais, sejam elas formais ou informais, elemento essencial na construção de suas identidades sociais. Contudo, adversidades específicas, como a perda do emprego ou o rompimento de vínculos afetivos, impactaram profundamente suas vidas, levando-os, gradativamente, a perderem a perspectiva de um projeto de vida. Essa perda culmina no uso do espaço público como meio de sobrevivência e moradia.

Sob essa ótica, é possível identificar indivíduos que migram para grandes cidades em busca de trabalho, mas que uma grande parcela possui vínculos familiares fragilizados ou rompidos, não conseguem acesso à moradia ou enfrentam dificuldades para se inserir no mercado de trabalho. Da mesma forma, há aqueles que possuem empregos formais ou informais, cujos rendimentos são insuficientes para assegurar sua subsistência, levando-os a viver nas ruas. Algumas pessoas encontram meios de sobrevivência nas ruas, desempenhando atividades como a coleta de materiais recicláveis ou realizando trabalhos temporários. Muitas delas passam as noites em albergues, abrigos ou até mesmo em espaços públicos, devido à dificuldade de retornar às suas residências, geralmente localizadas em áreas periféricas e distantes. Além disso, há os chamados "andarilhos", que transitam entre bairros ou viajam de uma cidade para outra, quase sempre de forma solitária e sem estabelecer vínculos permanentes. (Costa, 2006).

Este grupo permaneceu invisibilizado pelo Estado durante um longo período, visto que até o ano de 2007, não havia qualquer iniciativa para quantificar a população em situação de rua no Brasil. Foi apenas com a pesquisa conduzida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome que se realizou o primeiro levantamento censitário nacional.

Atualmente, para ampliar a caracterização desse segmento, utilizaremos como referência os dados do Cadastro Único (CadÚnico), analisados no Plano de Ação e

Monitoramento para a Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, de 2023<sup>12</sup>, que apresenta informações atualizadas, como também foi desenvolvido com o objetivo de mitigar a miséria e a fome no Brasil.

O negacionismo em relação aos impactos da pandemia de Covid-19, aliado ao desmonte de políticas públicas voltadas à garantia de direitos, resultou em um aumento de 38% no número de pessoas vivendo nessa condição entre 2019 e 2022 (Brasil, 2023).

Os dados registrados no mês de julho de 2023, apontam para um perfil predominante masculino (88%), composto por adultos, visto que (57%) com idades entre 20 e 49 anos, assim como majoritariamente formado por pessoas negras com (68%) (levando em consideração a somatória de pretos 18% e pardos 50%). Os dados evidenciam também, que, (93%) das pessoas em situação de rua nos estados da Bahia e do Amazonas são negras.

Os registros apontam, também, o quantitativo de pessoas com deficiência que estão em situação de rua (14%), sendo a deficiência física a mais frequente (47%), seguida de transtornos mentais (18%) e logo em seguida a deficiência visual (16%).

No contexto sobre a escolaridade, 10% das pessoas em situação de rua não sabem ler e escrever, revelando o Nordeste ter um maior percentual (19%) e o Sul apresentar o menor percentual (7%). Outros 6% informam que nunca frequentaram a escola. 2% declaram frequentar escola no momento do cadastro.

Quanto ao lugar de origem, 38% nasceram no município onde atualmente residem, 57% vieram de outro município e 5% de outro país (totalizando 10.069 indivíduos). Entre os imigrantes internacionais, 54% são oriundos da América do Sul, sendo 43% venezuelanos. Em seguida, destacam-se os angolanos, que representam 23%, e os afegãos, com 11%. A Região Nordeste registra o maior número de pessoas em situação de rua que permanecem no município de nascimento (54%), com destaque para a Bahia, onde esse índice chega a 61%. Por outro lado, a Região Norte apresenta a maior proporção de pessoas em situação de rua nascidas em outros países (33%).

Entre as pessoas em situação de rua registradas no Cadastro Único, 14% relataram ter trabalhado na semana anterior, com maior frequência nas regiões Norte (25%) e Nordeste (21%) e menor na Sul (12%). Dentre essas, 97% atuaram de forma autônoma ou informal, sendo a coleta de materiais recicláveis a principal atividade mencionada (17%). Já a maior proporção

---

<sup>12</sup> A pesquisa foi realizada pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania em 2023. Documento completo disponível em:

[https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2\\_of\\_V3\\_plano\\_acoes\\_populacao\\_de\\_rua1.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_rua1.pdf)

de pessoas que já tiveram emprego formal está no Sudeste (79%), enquanto o menor índice é no Norte (36%).

Os principais fatores associados à situação de rua incluem problemas familiares (44%), desemprego (38%), consumo de álcool e/ou drogas (28%) e perda de moradia (23%).

Quando questionadas sobre onde dormem, 55% das pessoas em situação de rua relataram dormir na rua, percentual que chega a 70% na Região Norte. No Sudeste, observa-se a maior proporção de indivíduos que utilizam albergues para pernoitar (41%). A maioria dessa população não convive com suas famílias nas ruas (92%) e 61% afirmaram nunca ou quase nunca manter contato com parentes fora dessa condição.

Destarte, os desafios enfrentados pela população em situação de rua (PSR) são diversos e profundamente enraizados na exclusão social promovida por uma sociedade que, muitas vezes, invisibiliza suas condições. Essa população, majoritariamente negra, é o reflexo de um contexto histórico-social marcado pela ausência de reparações após o abolicionismo. Pessoas negras, desprovidas de qualquer suporte ou políticas inclusivas, foram relegadas às margens da sociedade, perpetuando ciclos de vulnerabilidade.

Além disso, a falta de acesso ao mercado de trabalho é um elemento crucial nesse cenário. A ausência de empregabilidade não significa apenas a privação de uma renda, mas também a perda da dignidade pessoal, que é comprometida diante da incapacidade de atender às necessidades básicas, como alimentação, educação, habitação, higiene adequada, entre outras.

## **2.5 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SALVADOR: CARACTERÍSTICAS DESTE SEGMENTO**

No tocante a Salvador, a população em situação de rua é uma consequência direta do processo histórico do país, marcado por um modelo econômico excludente. Durante o período colonial, a Bahia destacou-se como uma grande exportadora, sustentando sua economia por meio das fazendas de cana-de-açúcar e da utilização de mão de obra escravizada. Os locais historicamente ocupados por pessoas em situação de mendicância ou para moradia refletem, em grande medida, os territórios que ainda hoje são utilizados por essa população.

Conforme destaca Santos (1987), as desigualdades sociais são, antes de tudo, desigualdades territoriais, uma vez que o território carrega consigo uma leitura social e expõe quem são os indivíduos que o ocupam. Segundo o autor, o valor social de uma pessoa é frequentemente associado ao lugar em que ela está inserida, revelando o impacto das dinâmicas

de exclusão espacial. Em Salvador, o centro da capital destaca-se como o local de maior concentração desse segmento.

A partir dessa observação, é fundamental compreender as características e especificidades dessa população no cotidiano atual.

Conforme esta pesquisa, identificamos que a população em situação de rua permaneceu invisibilizada pelo Estado por um longo período. Havia uma recusa em reconhecer essa questão como um problema que demandava intervenção estatal. Consequentemente, não existiam dados censitários sobre essa população, seja em nível nacional ou municipal.

A primeira tentativa da Prefeitura de Salvador de realizar uma pesquisa quantitativa sobre a população em situação de rua ocorreu em 2010, por meio da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direitos do Cidadão (SETAD). Essa iniciativa foi realizada em parceria com o Ministério Público do Estado da Bahia e a Fundação José Silveira, resultando no primeiro diagnóstico da população em situação de rua de Salvador. O objetivo principal desse levantamento foi subsidiar a formulação de políticas públicas efetivas em saúde, cidadania e desenvolvimento humano.

Embora não nos aprofundemos em todos os aspectos do censo, destacamos pontos importantes para compreender a realidade da população em situação de rua com base nos dados de 2010.

Os principais motivos que levaram os entrevistados à situação de rua foram: problemas familiares e afetivos, citados por 50,6% dos entrevistados; o desemprego, que apareceu como a terceira explicação mais relevante (21,1%); e a perda de moradia, mencionada por 10,8%.

O processo de "rualização" mostra-se prolongado, evidenciando como essa população enfrenta dificuldades para superar a condição de rua. Quase 80% dos entrevistados já viviam nas ruas há dois anos ou mais, enquanto cerca de 60% estavam nessa situação há cinco anos ou mais.

A pesquisa mostrou que a população em situação de rua é predominantemente masculina (79,8%), composta principalmente por homens jovens em idades que correspondem ao auge da vida produtiva. As mulheres, que representam apenas 20% desse segmento, têm idades majoritariamente entre 18 e 24 anos. A maioria dessas mulheres vive acompanhada por familiares.

No quesito cor, os entrevistados que se autocalificaram como pretos e pardos (negros) somam 85% da população em situação de rua em Salvador, um percentual ligeiramente superior à média da população metropolitana (83,2%), conforme o IBGE.

Em relação à territorialidade, a pesquisa apontou que a Cidade Baixa concentra (30,8%) dos entrevistados, especialmente nos bairros de Roma, Mares, Comércio, Avenida Contorno e Calçada. O Centro Histórico e adjacências registraram (24,2%) dos entrevistados, concentrados em Nazaré, Baixa dos Sapateiros, Pelourinho, Barroquinha, Barbalho e Sete Portas. Outras áreas de destaque incluem o Centro (na Cidade Alta), com maior presença na Avenida Sete, Piedade e Campo Grande, e a orla mais antiga da cidade, que vai da Barra à Pituba.

No que se refere à saúde, cerca de (60,6%) da população em situação de rua não frequentam nenhum serviço de saúde. Os serviços mais procurados foram: Hospital Geral do Estado (17,1%), Hospital de Irmã Dulce (6,4%) e Hospital São Jorge (4%). Entre os serviços ambulatoriais, destacaram-se o 5º Centro de Saúde (35,2%) e o Posto de Itapuã (5,7%).

Um ponto importante é a relação entre a busca por serviços de saúde e a tuberculose, que corresponde a (8,5%) das patologias mais frequentes nessa população. Além disso, (27,7%) dos entrevistados relataram doenças mentais, seguidas de doenças cardiovasculares (9,6%) e problemas ortopédicos (7,4%), resultantes de traumas que geraram deficiências motoras em (81,5%) dos casos.

Ainda assim, no que diz respeito à segurança alimentar, (84,1%) dos entrevistados faziam refeições diárias, enquanto (12,4%) não conseguiam se alimentar todos os dias, enfrentando situação de insegurança alimentar grave. Cerca de 39,2% conseguiram realizar três refeições diárias, embora a qualidade nutricional dos alimentos não tenha sido avaliada.

Esses dados reforçam a necessidade de intervenções mais direcionadas e efetivas, capazes de atender às demandas dessa população historicamente marginalizada. Essa pesquisa de 2010 contribuiu significativamente para que o município de Salvador conseguisse caracterizar e compreender melhor o fenômeno da população em situação de rua. Contudo, em 2023, a Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esporte e Lazer (SEMPRE) apresentou o Mapeamento, Contagem e Caracterização das Situações de Vulneração e Violações de Direitos vividas pela População em Situação de Rua na Cidade de Salvador<sup>13</sup>.

Essa contagem foi realizado em parceria com o Projeto Axé, o Movimento Nacional da População de Rua – Bahia (MNPR/BA), a Federação de Catadoras e Catadores de Materiais Recicláveis do Estado da Bahia (CATABAHIA) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA). A seguir, utilizaremos os dados apresentados desse censo para analisar as características da população de rua de Salvador mais recente.

---

<sup>13</sup>Para ver mais, disponível em: <https://sempre.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/Sumario-Executivo-de-Pesquisa-Censo-POP-Rua-em-Salvador-FINAL-PDF.pdf>

Este estudo revelou que um total de 5.130 pessoas em situação de rua na cidade de Salvador, porém, ao comparar esse número com os registros do CadÚnico, identificou-se mais de sete mil famílias inscritas, o que evidencia uma significativa discrepância. Essa divergência levanta questionamentos sobre os critérios utilizados pelo município de Salvador para classificar e contabilizar essa população.

Cerca de (64%) das PSR se autodeclararam ou foram consideradas pretas, enquanto (29%) se declararam pardas, (4%) brancas e apenas (1%) indígenas ou amarelas. Aproximadamente (2%) não tiveram essa informação registrada. Quando comparado ao primeiro censo municipal, realizado há uma década, a população negra ainda é maioria entre os indivíduos em situação de rua, o que reflete a persistência das desigualdades raciais.

No que diz respeito à faixa etária, (81%) das PSR são adultas, (9%) são idosas, (5%) são crianças e (2%) adolescentes, enquanto outros (2%) não tiveram a idade registrada. As crianças e adolescentes somam 7,2% do total, sendo 281 crianças e 98 adolescentes. Quanto à questão de gênero, (77%) das PSR são homens cisgênero, 19% mulheres cisgênero, enquanto (2%) se identificam como pessoas transgênero, travestis ou não-binárias. Outros (2%) não responderam a essa variável.

Entre os principais motivos relatados para entrada em situação de rua, (31%) apontaram conflitos familiares, (18%) buscaram sustento, (11%) ficaram desabrigados ou foram expulsos de casa, e (12%) citaram o uso de substâncias psicoativas. Em relação ao tempo em situação de rua, (38,9%) estão nessa condição há mais de 10 anos, (21,1%) iniciaram essa experiência antes da pandemia, (13,2%) começaram no último ano (2022), e (14,3%) passaram a estar nessa condição em 2023. Quando questionados se já haviam saído dessa situação e retornado, (43%) responderam afirmativamente, enquanto (51%) disseram nunca ter superado a condição de rua. No campo do trabalho, (61,35%) das PSR se ocupam com atividades informais ou temporárias, enquanto apenas (6,82%) possuem vínculos formais de emprego. Os principais motivos que levam a PSR a buscar serviços e projetos incluem suprir necessidades básicas (53,33%), emitir documentos (44%) e acessar benefícios socioassistenciais (41,95%). Contudo, (29%) relataram já ter enfrentado negação de atendimento ou impedimento de acesso, sendo as unidades de saúde as mais mencionadas, com (10,68%) das queixas.

As condições de saúde são um aspecto crucial: (38,02%) mencionaram uso abusivo de álcool e outras drogas, (37%) relataram problemas dentários, enquanto 17,08% disseram não ter nenhuma condição de saúde. Sobre o acesso aos serviços de saúde, a vacinação foi o recurso mais mencionado, com (76,74%) dos entrevistados relatando tê-la recebido, seguido por

atendimentos com profissionais de saúde (68,10%) e exames laboratoriais (56,08%). Contudo, (5%) das pessoas entrevistadas afirmaram não ter acessado nenhum desses serviços.

Os dados sobre o consumo de substâncias mostraram que (59%) relataram uso regular de tabaco no último mês, enquanto (44%) consumiram maconha com frequência semelhante. Em relação ao consumo de crack, (31%) afirmaram ter usado a droga no último mês por 20 dias ou mais. Além disso, cerca de (50%) das PSR relataram não usar preservativo na última relação sexual, enquanto (43%) afirmaram ter feito uso.

No ano de 2023, o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e outros atores da sociedade civil realizou um inquérito epidemiológico (ObservaCovid, 2023) em Unidades de Acolhimento Institucional (UAI) e nos territórios onde o Consultório na Rua (CnAR) atua que abordou a ocorrência de algumas infecções e doenças na população em situação de rua.

Consoante ao inquérito, no que diz respeito às infecções sexualmente transmissíveis, os dados apontam que (35,7%) dos entrevistados foram positivos para sífilis, (7,4%) para HIV, (3,9%) para hepatite C, (2,5%) para HTLV e (0,8%) para hepatite B.

Quanto à tuberculose, (12,2%) referiram já ter realizado tratamento no passado e (1%) referiu estar em tratamento no momento da entrevista. Em relação à hanseníase, (1,8%) dos entrevistados mencionaram ter sido acometidos no passado ou estarem com a doença no momento da entrevista.

As arboviroses também se fazem presentes, com diagnóstico autorreferido: (24,5%) relataram já ter tido dengue, (18%) chikungunya e (8,8%) zika. Destes, cerca de metade teve confirmação médica.

No que diz respeito às doenças crônicas, as com maior incidência foram: hipertensão arterial sistêmica (19,9%), distúrbios psiquiátricos (17,6%), doenças respiratórias (10,3%), dislipidemia (9,9%), diabetes mellitus (6,7%) e cardiopatias (5,7%), entre outros agravos.

No que se refere ao uso de álcool e outras drogas, os entrevistados informaram que já utilizaram pelo menos uma vez as seguintes substâncias: bebidas alcoólicas (81%), derivados de tabaco (75%), maconha (60%), cocaína/crack (55%) e inalantes (24%).

Essas foram as principais patologias apresentadas, cabendo destacar que o elevado índice de tuberculose e o HIV entre a população entrevistada, o que pode estar relacionado ao próprio contexto da vida em situação de rua.

Essa precariedade é diretamente refletida na saúde dessas pessoas, uma vez que fatores como a má nutrição, a insalubridade e o estresse crônico gerado pela insegurança de vida são determinantes sociais que agravam ainda mais as condições de saúde da PSR.

Pensar esses aspectos é, portanto, essencial para compreender como a saúde dessa população é profundamente impactada por sua condição de vida, revelando a necessidade de uma abordagem integral que leve em conta os determinantes sociais de saúde. Esses elementos serão aprofundados no próximo capítulo.

### **3. RUAS QUE FALAM: SAÚDE, DIGNIDADE E AS FRAGILIDADES NO ACESSO**

Neste capítulo, abordaremos as questões relacionadas à saúde, dignidade e as fragilidades no acesso e cuidado à saúde da população em situação de rua. O direito à saúde é um princípio garantido pela Constituição Federal, mas sua efetivação enfrenta desafios importantes, especialmente para esse grupo vulnerável. A partir desse cenário, é fundamental observar as políticas públicas de saúde desenvolvidas para a população em situação de rua a nível nacional e municipal que buscam facilitar o acesso desse grupo populacional à saúde.

No entanto, apesar dessas iniciativas, as fragilidades no acesso à saúde da população em situação de rua continuam sendo uma realidade. Isso compromete não apenas a dignidade das pessoas em situação de rua, mas também a qualidade de vida de indivíduos que já enfrentam inúmeras dificuldades, criando um ciclo de invisibilidade.

#### **3.1 DIREITO À SAÚDE, ACESSO E BARREIRAS PARA A POPULAÇÃO DE RUA**

No modelo de atenção à saúde predominante no Brasil, o modelo biomédico (Teixeira; Solla, 2006) quando pensamos em cuidados em saúde, a ideia frequentemente que temos, parte da ênfase no biologismo, uso de tecnologias, a centralização no médico, na doença e a um conjunto de procedimentos técnicos, idealizados como capazes de resolver problemas de maneira linear e eficaz. No entanto, a saúde transcende essa visão reducionista, abrangendo práticas humanizadas, integrais, paliativas, promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos que buscam promover a atenção integral e dá assistência às pessoas doentes para enfrentar problemas de saúde. Essa compreensão está enraizada no princípio de que a saúde é um direito universal, gratuito e indissociável do direito à vida.

Mas esse direito universal e gratuito nem sempre foi garantido pelo Estado. A sua concretização só foi possível a partir do movimento da Reforma Sanitária no país, um processo histórico e transformador que redefiniu a concepção de saúde no Brasil. Não nos aprofundaremos em todos os aspectos desse movimento tão importante, mas é fundamental lembrá-lo para compreender as bases que sustentam o direito à saúde gratuita e universal.

A proposta de Reforma Sanitária brasileira começou a tomar forma em meados da década de 1970, em meio à luta pela redemocratização. Segundo Paim *et al.* (2011), esse movimento articulou diversos setores da sociedade, desde movimentos de base e sindicatos até

profissionais de saúde, acadêmicos e parte da classe média. Ele questionava o modelo de saúde vigente, que priorizava a lógica curativa e privada, beneficiando apenas uma parcela da população. A Reforma Sanitária trouxe à tona a compreensão de que a saúde não se limita a uma questão biológica ou médica, mas é profundamente influenciada por fatores sociais, econômicos e políticos, sendo, portanto, uma responsabilidade pública.

O movimento cresceu em articulação com parlamentares progressistas, gestores municipais de saúde e outros aliados, ganhando força para propor mudanças estruturais. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde consolidou o conceito de saúde como um direito do cidadão, delineando os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais estratégias definidas estavam a coordenação interinstitucional, a descentralização e a transferência de recursos entre os níveis federal, estadual e municipal. Esses avanços foram essenciais para a construção de um sistema público que pudesse garantir a saúde como um bem coletivo (Paim *et al.*, 2011).

Durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1988, o movimento da Reforma Sanitária conseguiu fomentar a discussão sobre o direito à saúde por parte do Estado, e atualmente temos ela como direito social na Constituição, mesmo diante da resistência de setores privados com interesses consolidados. Paim *et al.* (2011) destaca que essa conquista foi fruto de uma intensa mobilização social e política, bem como de toda a sociedade organizada em prol da justiça social. Esse parte da história foi marcante para garantir a cidadania dos brasileiros, em vista que, na visão de Marshall (1967) cidadania é um processo que todo ser humano inserido em uma sociedade democrática pode gozar de direitos e deveres que são garantidos pelo Estado, sejam eles políticos, civis e sociais, como pode interferir nos processos que acontecem nessa sociedade.

A população brasileira consegue usufruir do direito à saúde que é garantido pelo Estado através do SUS, que promove cuidado integral aos usuários e sendo assegurado como um direito social<sup>14</sup> pela Constituição Federal de 1988. No artigo 196, a Constituição estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, CF, 1988).

---

<sup>14</sup> refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar por completo na herança social (Marshall, 1967, p. 63 e 64)

Além disso, trata-se da primeira Constituição brasileira a reconhecer a saúde como um direito fundamental social, conforme o artigo 6º:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” Dessa forma, a saúde objetivada pelo estado brasileiro (Brasil, 1988).

O SUS foi criado para oferecer mais do que serviços médicos: ele reconhece a saúde como um direito indissociável da dignidade humana, que depende de condições básicas como moradia, educação e alimentação adequada. Essa visão é essencial para compreender os desafios atuais, especialmente ao considerar populações em situação de maior vulnerabilidade, como a população em situação de rua.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Ele oferece suporte em todos os níveis de atenção, desde a básica até a alta complexidade, e garante o acesso integral, universal e gratuito para toda a população. Além disso, presta um atendimento que, em teoria, deveria ser isento de discriminação – algo que nem sempre se verifica, como no caso da população em situação de rua (PSR) – (Brasil, 2025).

O SUS vai além dos cuidados assistenciais: propõe uma atenção integral à saúde como um direito ao longo de toda a vida, com foco na qualidade de vida, na prevenção e na promoção da saúde. Essa política é fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A universalidade, um dos pilares do SUS, define a diretriz que o sistema deve seguir. Para que o SUS alcance um processo de universalização efetivo, é necessário criar mecanismos que assegurem que a saúde chegue a toda a população. Isso inclui a ampliação da cobertura dos serviços e a eliminação de barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que dificultam o acesso aos serviços de saúde. A barreira jurídica foi superada pela Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como um direito universal. Com isso, o acesso à saúde deixou de ser restrito a uma parcela da população trabalhadora, tornando-se um direito de todos. No entanto, o pleno exercício desse direito ainda depende da superação de obstáculos econômicos, sociais e culturais que afetam a interação entre os usuários e o sistema de saúde. Nessa direção, a ótica sociocultural, barreiras como a falta de comunicação eficiente dificultam o acesso ao SUS (Teixeira, 2011).

O princípio da equidade refere-se à necessidade de "tratar desigualmente os desiguais", reconhecendo que as pessoas possuem realidades distintas. Para alcançar um sistema igualitário, é fundamental reconhecer essas diferenças e implementar estratégias que reduzam as desigualdades. No contexto da saúde, as desigualdades sociais manifestam-se nas diferentes formas que expõe uma parcela ao adoecimento e as taxas de mortalidade, evidenciando a necessidade de medidas mais específicas. A contribuição do sistema de saúde para a superação dessas desigualdades exige a reorganização da oferta de ações e serviços, priorizando grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais vulneráveis, como populações indígenas, negras e em situação de rua (Teixeira, 2011).

A integralidade considera como um todo, atendendo todas as suas necessidades. Esse princípio abrange a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, além da assistência aos doentes, integrando ações em diferentes níveis de complexidade. Um modelo integral de saúde deve incluir unidades de prestação de serviços em todos os níveis – desde a promoção de saúde em grupos populacionais até ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica. Essas ações incluem desde a detecção precoce de doenças até diagnóstico, tratamento e reabilitação, garantindo um atendimento amplo e articulado para os indivíduos e as comunidades (Teixeira, 2011).

Na visão de Carvalho (2003), a Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” Essa lei regula as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional. Um aspecto importante dessa legislação é a relação que estabelece entre a saúde e outros fatores, demonstrando uma visão alinhada ao conceito amplo de saúde. Segundo essa lei, para além de visar o bem-estar físico, mental e social de uma população, depende também de determinantes sociais de saúde<sup>15</sup> que vão além da mera ausência de doença.

Com base nisso, para garantir o direito à saúde, é necessário implementar políticas públicas assertivas, que abarquem desde a organização dos serviços de saúde propriamente ditos até a promoção de ações relacionadas ao lazer e ao bem-estar da população.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia,

---

<sup>15</sup> São características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes. Ver mais: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>

o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990).

Buss e Filho (2007) destacam que os desafios das análises sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consistem em hierarquizar as influências entre fatores mais amplos de natureza social, econômica e política, além das mediações por meio das quais esses elementos afetam a condição de saúde de indivíduos e grupos. Ressaltam ainda que essa relação de determinação não se trata de um simples vínculo de causa-efeito. Essas observações são fundamentais para identificar onde e como devem ser implementadas intervenções destinadas a reduzir as desigualdades em saúde.

Ademais, é essencial distinguir os determinantes de saúde individuais daqueles que afetam grupos ou populações, uma vez que certos fatores relevantes para explicar as diferenças no estado de saúde de indivíduos não são necessariamente adequados para compreender as disparidades entre grupos dentro de uma sociedade ou entre diferentes segmentos ou uma gama da sociedade. Em síntese, não é possível utilizar os determinantes de saúde de um grupo específico para compreender os fatores que influenciam toda a sociedade, já que os grupos frequentemente possuem particularidades próprias. De forma exemplar, ao analisarmos a população em situação de rua, torna-se evidente que a extrema vulnerabilidade diante desses determinantes agrava significativamente as condições de saúde desse grupo. A ausência de moradia estável, o acesso limitado aos serviços de saúde, a insegurança alimentar e a discriminação social constituem barreiras importantes que dificultam a promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse grupo apresenta determinantes de saúde específicos que influenciam suas condições de forma mais acentuada do que em outros segmentos da sociedade (Buss; Filho, 2007). O marcador "rua" expõe essas pessoas a infecções e doenças às quais outras parcelas da população têm menos probabilidade de serem afetadas, ou estão menos vulneráveis, devido a melhores condições de vida e acesso a cuidados.

Nessa perspectiva, Valle, Farah e Carneiro Junior (2020) destacam que a população mais pobre é jogada à margem da sociedade, e que a ausência de garantia de uma moradia digna, capaz de oferecer proteção e privacidade, coloca o indivíduo em uma situação de vulnerabilidade que afeta negativamente sua saúde. Vivenciar as ruas significa, constantemente, estar exposto a diversas formas de infecções e a iniquidades em saúde.

A falta de acesso a uma alimentação regular, a higiene pessoal, a ter espaços para fazer as necessidades fisiológicas e de água potável, além de comprometer os direitos relacionados à saúde, também representa uma violação da dignidade humana.

De acordo com o trabalho das autoras mencionadas<sup>16</sup>, as dificuldades enfrentadas na vivência nas ruas interferem na saúde não apenas pelas carências básicas, mas também pelas adversidades relacionadas às mudanças climáticas, como frio e chuva. Além disso, a população em situação de rua enfrenta desafios psicossociais, incluindo preconceito, constrangimento, dificuldade de acesso a determinados espaços sociais, violência física e sexual.

Observa-se que esses problemas não apenas comprometem a saúde dessa população, mas também afetam profundamente sua autoestima e a garantia de seus direitos enquanto cidadãos.

A experiência de viver em situação de rua impacta nas diversas dimensões da vida de um indivíduo. Essa condição pode expor as pessoas a um maior risco de doenças e infecções, colocá-las em situações de desconforto ou privação de direitos fundamentais e, ainda, dificultar o acesso aos serviços essenciais, sobretudo os de saúde. Isso ocorre porque a vivência nas ruas frequentemente se apresenta como uma barreira que impede essas pessoas de acessarem tais serviços ou faz com que os utilizem de maneira precária, com limitações nas ações de promoção e prevenção da saúde (Miranda, 2014).

Nos estudos realizados por Aday e Andersen (1974), bem como por Sánchez e Ciconelli (2012), o acesso à saúde é descrito como dependente de quatro principais características: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

A disponibilidade refere-se à presença ou ausência de serviços de saúde no local adequado e no momento em que são necessários. Essa dimensão engloba, de forma ampla, a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo que delas necessita. Ela vai compreender o nível pelo qual os serviços de saúde se ajustam conforme a necessidade dos indivíduos. Também engloba o ajuste dos serviços às necessidades da população, como horários de funcionamento, além da relação entre abrangência, qualidade e quantidade dos serviços oferecidos. Essa interação é condicionada por políticas adotadas pelos serviços de saúde, pelo número, competência e experiência dos profissionais contratados, pelas regulamentações que orientam as práticas de saúde e pela disponibilidade de equipamentos e insumos médicos, entre outros aspectos.

---

<sup>16</sup> Valle, Farah e Carneiro Junior (2020)

A capacidade de pagamento relaciona-se à possibilidade financeira dos indivíduos de arcar com os custos dos serviços de saúde. Isso abrange tanto os custos diretos, como consultas e medicamentos, quanto os indiretos, como transporte, perda de produtividade em decorrência do tratamento e/ou alimentação especial.

A informação diz respeito à disponibilização de dados claros e acessíveis sobre os serviços de saúde, incluindo horários de atendimento, procedimentos disponíveis e orientações de prevenção. Informações adequadas permitem que os indivíduos tomem decisões conscientes e utilizem os serviços de maneira eficaz. A ausência ou insuficiência de informações limita as escolhas do paciente, prejudicando o acesso e o cuidado. Nesse sentido, promover o acesso à informação como forma de empoderar as pessoas deve ser um objetivo central das políticas de saúde em uma sociedade democrática.

Por fim, a aceitabilidade é fundamental, pois considera como os serviços de saúde são percebidos pelos indivíduos e comunidades. Essa dimensão envolve a interação entre os profissionais de saúde e os pacientes, influenciada por fatores como idade, gênero, etnia, idioma, crenças culturais e condição socioeconômica. A aceitabilidade está diretamente vinculada às expectativas de ambas as partes: os profissionais esperam respeito e adesão ao tratamento, enquanto os pacientes desejam ser tratados com dignidade, ouvidos com atenção, receber explicações claras e ter acesso a um sistema organizado e eficiente.

Essas características nos levam a refletir sobre como se dá o acesso da população em situação de rua (PSR) aos serviços de saúde, considerando que se trata de um grupo em situação de vulnerabilidade extrema que frequentemente enfrenta barreiras significativas nesse processo. É essencial que os serviços de saúde adaptem o cuidado às especificidades dessa população, uma vez que sua realidade apresenta particularidades que diferem de outros segmentos sociais, como a ausência de garantia de água potável, alimentação adequada, falta de renda para arcar com os custos do cuidado à saúde entre outros fatores. Os resultados do estudo apresentado por Cervieri *et al.* (2019) revelam que o principal motivo que leva a população em situação de rua a buscar os serviços de saúde está relacionado a questões emergenciais, como ferimentos provocados por agressões físicas ou por armas brancas e de fogo, além de problemas crônicos de saúde. Nesse contexto, alguns participantes da pesquisa relataram vivências negativas em relação ao atendimento e à assistência à saúde, indicando que muitos profissionais demonstram indiferença ou tratam esses usuários de forma inadequada, especialmente aqueles que fazem uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

Os autores apontam que os serviços de saúde não possuem preparo para acolher e atender às particularidades dessa população. Além disso, destacam o despreparo e a falta de

habilidade dos profissionais em realizar uma escuta qualificada e em lidar com as demandas específicas dessa população. Tal cenário se agrava com práticas higienistas realizadas em espaços públicos, que desrespeitam a dignidade humana e violam os direitos fundamentais (Hino, Santos e Rosa, 2018).

Ao analisarem o acesso aos serviços de saúde, Hino, Santos e Rosa (2018) identificaram que os indivíduos em situação de rua enfrentam discriminação não apenas devido às precárias condições de saúde, mas também em função do próprio processo de estar nas ruas e do racismo institucional. O preconceito, portanto, configura-se como uma das principais barreiras enfrentadas por esse grupo ao tentar acessar os serviços de saúde. Sob essa ótica, a burocracia e a demora no atendimento emergem como fatores que intensificam a exclusão. Exemplos incluem a dificuldade para agendar exames, a exigência de comprovantes de residência<sup>17</sup> e documentos pessoais, ou até mesmo a lentidão na chegada de serviços móveis de urgência (Oliveira *et al.*, 2021).

Um ponto central de reflexão é a forma como a PSR acessa os serviços de saúde. Em sua maioria, essas pessoas se deslocam a pé até as unidades, o que exige pensar em estratégias para garantir que sejam acolhidas e recebam a devida atenção ao chegarem. Além disso, é imprescindível considerar os desafios relacionados à postura dos profissionais de saúde. Muitos demonstram preconceitos em relação à PSR, o que se traduz em um atendimento limitado ou até na recusa do cuidado. Muitos profissionais evitam atender essa população devido a preconceitos ligados ao odor corporal, ao estigma de que todos são usuários de substâncias psicoativas, entre outros estereótipos.

Esses preconceitos agravam as dificuldades de acesso e criam barreiras que violam o direito à saúde dessa população. Para reverter esse cenário, é necessário promover práticas de acolhimento mais humanizadas, baseadas no respeito e na compreensão das condições de vida da PSR, além de capacitar os profissionais para lidar com as demandas específicas desse grupo com empatia e competência. Além disso, a qualificação da equipe é essencial para reduzir as barreiras de acesso à saúde causadas pelo preconceito, racismo e estigma em relação a essa população. No entanto, mais do que isso, é fundamental que existam serviços específicos e acessíveis para esse grupo populacional, pois, sem políticas de saúde que contemplem as suas

---

<sup>17</sup> A LEI Nº 13.714, DE 24 DE AGOSTO DE 2018, no seu parágrafo único do art. 19: Parágrafo único: A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo.

realidades e necessidades específicas, não existem profissionais preparados para oferecer um cuidado de qualidade. Por isso, torna-se essencial compreender as estratégias e respostas adotadas pelo governo para enfrentar essa problemática, tema que será explorado no próximo subtópico.

### **3.2 OBSERVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Conforme já discutido, historicamente o Estado foi omissos no que diz respeito ao enfrentamento das diversas questões inerentes à população em situação de rua. Sendo assim, a primeira política específica para essas pessoas foi a Política Nacional para a População em Situação de Rua criada em 2009, decorrente de um longo e intenso processo de lutas do Movimento Nacional da População de Rua (Machado, 2020), se constituindo um instrumento que visa assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.

Essa lei reconhece as especificidades deste grupo e propõe ações integradas e intersetoriais para promover a inclusão social e a cidadania destacando a necessidade de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviço (Brasil, 2009).

A política foi criada com a justificativa de garantir os direitos da população em situação de rua, buscando inseri-la na agenda pública por meio de uma abordagem intersetorial. A justificativa da formulação ocorreu, também, por conta de alguns eventos marcantes, como o Massacre da Sé em 2004, que expôs a vulnerabilidade extrema desse grupo. Além disso, a realização do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua de 2008 evidenciou a urgência de uma resposta governamental (Machado, 2020).

Apesar desta política ser um avanço para a identificação das peculiaridades dos sujeitos que estão na rua e contribuir para melhorar o acesso aos serviços de forma intersetorial, diversos autores como (Rebeca *et al.*, 2022; Abreu; Oliveira, 2017; Silva, 2009) analisam que mesmo assim ela não tem fomentado estratégias potentes para a efetivação desses direitos, em evidência o direito à saúde.

Fica evidente que a vivência nas ruas afeta diversos aspectos da vida das pessoas em situação de rua. Embora a Constituição Federal assegure o direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e

equidade, isso ainda não é suficiente para garantir o acesso dessa população aos serviços de saúde.

Diante dessa realidade, visando facilitar o acesso à saúde para esse segmento, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que estabelece as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (CnaR). Essa equipe é uma iniciativa itinerante de saúde que integra a Rede de Atenção Básica, desenvolvendo ações de atenção psicossocial e garantindo o cuidado integral da população em situação de rua, sendo prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desde 2011, devendo seguir os fundamentos e diretrizes estabelecidos pela PNAB promovendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

O Consultório na Rua, atua como estratégia para facilitar a entrada deste segmento aos serviços de atenção básica, pois devido a uma grande parcela estar em extrema vulnerabilidade e possuir uma dificuldade em vincular-se com a rede de atenção básica, o CnaR surge como tática para melhorar esse problema (Hallais; Barros, 2015; Vargas; Macerata, 2018).

Outro marco relevante para a atenção à saúde da população em situação de rua foi a publicação do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, estabelecido pela Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Esse documento se apresentou como uma ferramenta indispensável para orientar o planejamento e a execução de políticas públicas voltadas para essa parcela da população. Este plano é dividido em cinco eixos que destaca algumas estratégias para a promoção da saúde deste grupo

O plano tinha como principais finalidades assegurar o acesso da população em situação de rua aos serviços e cuidados em saúde, mitigar os agravos à saúde relacionados às atividades desenvolvidas nas ruas e às condições adversas de vida, além de contribuir para a eliminação das desigualdades e barreiras que dificultam esse acesso. Entre essas dificuldades, destacam-se o preconceito, a falta de documentação pessoal e as condições precárias em que vivem (Brasil, 2006; Brasil, 2015).

Em 2014, foi instituída a Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014, para fixar o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua no Estado da Bahia. O valor varia conforme as três modalidades da equipe podendo conter assistentes sociais, psicólogos, médicos de Saúde da Família, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, técnicos de enfermagem, redutores de danos, educadores físicos, dentistas e auxiliares de Saúde Bucal, com repasses que garantem o funcionamento das equipes em diferentes contextos (Brasil, 2025).

O Consultório na Rua, portanto, é uma política elementar que apresenta novos desafios para a efetivação do Sistema Único de Saúde, já que proporciona o deslocamento dos

profissionais de saúde até os territórios onde se encontra a população em situação de rua. Essa abordagem adapta as ações de saúde às necessidades, demandas e processos de adoecimento específicos dessa população, promovendo um cuidado mais contextualizado e alinhado à sua realidade na perspectiva da redução de danos (Rosa; Santana, 2018). Devido a isso, é fundamental o incentivo de verba para enriquecer e aumentar as equipes de Consultório na Rua.

No ano de 2017, O Ministério da Saúde dispõe sobre o II Plano Operativo das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que objetiva apresentar estratégias de implementação das ações previstas na Política Nacional para a População em Situação de rua em busca de dar atenção a essa problemática e intervir no processo de iniquidade e desigualdade em saúde. A Resolução busca fortalecer os Consultórios Na Rua, Facilitar o acesso da PSR às ações de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento, principalmente aquelas relacionadas à exigibilidade de documentação; Estimular a testagem e diagnóstico oportuno para IST, HIV/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose, por meio de testagem rápida, fortalecendo os CnaR que realizam testes rápidos; apoiando a disponibilização de insumos de prevenção e prevenção combinada do HIV/AIDS e intensificando o registro de pessoas da PSR diagnosticadas para TB. Além disso, destaca a importância do monitoramento e avaliação das ações, buscando garantir a eficácia (Brasil, 2017).

Outra resolução relevante a ser mencionada é a Resolução nº 40 do Conselho Nacional de Direitos Humanos de 2020, que estabelece diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos das pessoas em situação de rua, abrangendo crianças, adolescentes, adultos e idosos. O documento reforça a responsabilidade do Estado em assegurar esses direitos por meio do acesso a políticas públicas e ao sistema de justiça. Essa medida visa garantir maior inclusão e dignidade para essa população, promovendo ações concretas de suporte e atendimento.

Na perspectiva da saúde, que é o foco desta pesquisa, o Capítulo VII desta resolução trata dos direitos humanos e da assistência em saúde, com o objetivo de garantir atendimento adequado às necessidades dessa população. O documento prevê o estabelecimento de fluxos específicos entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Consultórios na Rua e as unidades de acolhimento transitório em saúde, buscando assegurar o atendimento sem recorrer à institucionalização que possa violar direitos. Essas diretrizes reforçam a importância de um cuidado integral e humanizado.

O documento aborda a ampliação e qualificação das equipes de saúde que são fundamentais para a identificação precoce de situações de vulnerabilidade social e insegurança alimentar e nutricional. Tal como a articulação intersetorial entre o Sistema Único de Saúde

(SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para aprimorar os serviços voltados à superação da situação de rua. Esse alinhamento é importante, pois possibilita um atendimento mais eficiente e integral, garantindo acesso a direitos básicos e promovendo a inclusão social dessa população.

Ainda reforça a garantia da atenção hospitalar para a população em situação de rua, pensando na ampliação do número de leitos de cuidados prolongados, assegurando um atendimento adequado às suas necessidades. Além disso, destaca-se a criação de instrumentos para a coleta e sistematização de dados sobre a saúde desse grupo, permitindo a formulação de indicadores que subsidiem políticas públicas mais eficazes. Essas medidas são fundamentais para monitorar a situação de saúde dessa população e aprimorar a oferta de serviços.

Art. 110 Os entes federados devem fortalecer e ampliar as ações de promoção à saúde, pelas equipes e programas da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na estratégia Saúde da Família, incluindo prevenção, detecção precoce e tratamento de doenças com alta incidência na população em situação de rua, como infecções sexualmente transmissíveis – ISTs –, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, desnutrição infantil e entre pessoas idosas, anemias e outras deficiências nutricionais, doenças respiratórias, problemas dermatológicos, transtornos mentais, prevenção à violência, necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras (Brasil, 2020).

Art. 113 Os serviços/dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS devem garantir a atenção integral da população em situação de rua em articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde e intersetoriais, em garantindo o acesso inclusive por busca ativa, a partir da lógica da redução de danos e da priorização do cuidado comunitário, evitando-se o higienismo social a partir de seu afastamento em locais de segregação, quebra de vínculos comunitários e demais violações de seus direitos (Brasil, 2020).

A Resolução nº 40 do Conselho Nacional de Direitos Humanos, publicada em 2020, é fundamental para a saúde da população em situação de rua, pois estabelece diretrizes que tentam garantir o acesso a cuidados de saúde e proteção dos direitos humanos dessa população. Ela propõe a integração de serviços intersetoriais, como saúde, assistência social e justiça, para melhorar a oferta de atendimento e combater a exclusão social, assegurando que os indivíduos em situação de rua recebam cuidados adequados e humanizados, respeitando seus direitos fundamentais.

No ano de 2023, é estabelecido o Plano de Ação e Monitoramento pela Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua é construído para assegurar os princípios da Política Nacional para a População em situação de Rua seja efetivada e é uma forma de reafirmar as diretrizes dessa política.

No que diz respeito à saúde, o plano propôs a ampliação e o aprimoramento da rede de atendimento, a qualificação dos profissionais de saúde e a integração entre políticas públicas, com o objetivo de assegurar a proteção e o cuidado adequado às pessoas em situação de rua nos territórios. Ademais, esse plano definiu algumas metas a serem traçadas para aprimorar a atenção do grupo, a exemplo da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, prevista para julho de 2025; formação de 5 mil profissionais que atuam no cuidado às pessoas de rua na atenção primária à saúde em diversos municípios brasileiros para a garantia do direito à saúde da população em situação de rua previsto para dezembro do mesmo ano; criação, por meio de portaria, de um grupo de trabalho intersetorial para discutir, avaliar e elaborar ações de enfrentamento ao suicídio; rearticulação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, criado em 2009, cuja função é propor e monitorar ações que garantam o acesso dessa população aos serviços de saúde e aos demais recursos do Sistema Único de Saúde (SUS); articular e monitorar a implementação de ações decorrentes de reivindicações pactuadas entre o ministério e os movimentos sociais organizados em prol da população em situação de rua, como o Movimento Nacional da População de Rua, e também a ampliação de mais 600 equipes de consultório na rua.

Considerando que a população em situação de rua apresenta alta incidência de problemas de saúde mental podendo estar associado ao enfraquecimento ou rompimento de vínculos familiares, ao desemprego que impacta diretamente a autoestima e a dignidade humana, além do uso prejudicial de álcool e outras substâncias que uma parcela utiliza como forma de sobrevivência para aumentar a resistência ao frio, fome e outras questões relacionadas a vivência na rua, esses fatores contribuem significativamente para o sofrimento psíquico desse grupo (Fraga *et al.* 2024).

Nesse contexto, é comum que essas pessoas acessem os atendimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando alguns serviços que buscam garantir o acesso à saúde mental. Embora a RAPS não seja uma política específica para a população em situação de rua, é relevante destacá-la, pois esse grupo populacional faz uso significativo.

A RAPS é estruturada por um conjunto articulado de serviços voltados para pessoas em sofrimento psíquico e aquelas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A assistência à saúde mental no Brasil é responsabilidade das três esferas de governo, propondo ações intersetoriais para assegurar a integralidade do cuidado.

Os atendimentos são realizados na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde os usuários recebem acompanhamento multiprofissional e

terapêutico. Em situações de maior complexidade, algumas modalidades oferecem acolhimento noturno e cuidados contínuos (Brasil, 2025).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos essenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e amplamente utilizados pela população em situação de rua. Embora o serviço enfrente precarização e não ofereça suporte suficiente, é um espaço onde equipes de saúde mental trabalham de forma conjunta para atender casos relacionados ao uso de álcool, outras drogas e outros transtornos mentais (Brasil, 2025).

Existem seis modalidades de CAPS que atendem diferentes especificidades, sendo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e o Centro de Atenção Psicossocial III Álcool e Drogas (CAPS AD III) as modalidades mais frequentada pela população em situação de rua. O CAPS AD é voltado ao atendimento de todas as faixas etárias que enfrentam sofrimento mental decorrente do uso prejudicial de álcool e drogas e o CAPS AD III segue o mesmo princípio, mas opera 24 horas e possui até 12 leitos para observação e acompanhamento contínuo. Apesar de sua relevância, a ampliação da cobertura e o fortalecimento das condições de trabalho permanecem como desafios na consolidação da RAPS (Brasil, 2025).

O Estado tem implementado políticas e planos voltados à promoção da saúde da população em situação de rua, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Embora esses avanços ainda não sejam suficientes, o debate sobre as questões que envolvem essa população tem progredido. Nesse contexto, é fundamental criar espaços para a participação e o controle social dessa população nas políticas do Sistema Único de Saúde.

Segundo Paiva, Stralen e Costa (2014), foram estabelecidos no Brasil espaços públicos de participação e controle social em relação às políticas públicas de saúde, inicialmente concretizados pela Constituição de 1988 e pela criação do SUS. O SUS garante a presença dos conselhos de saúde nas três esferas governamentais, além das conferências temáticas. Esses espaços desempenham um papel crucial no processo de deliberação política, influenciando a formulação e execução das políticas de saúde, “em aspectos relacionados ao planejamento, execução, controle, fiscalização e supervisão dos planos, programas e projetos a serem implantados a nível local” (p. 2).

O Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) é um movimento social que luta pelos direitos das pessoas em situação de rua, e tem conquistado através de muita luta atenção a população de rua do Brasil e estão em espaços de participação social lutando pelo direito desse segmento. Em 2013, conquista um assento no Conselho Nacional de Saúde e a implantação de seis Comitês Estaduais e Municipais da PSR que exemplo do Comitê Técnico Estadual de

Saúde para a População em Situação de Rua do Estado da Bahia e o Comitê Estadual de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua de Goiás (Brasil, 2013).

É fundamental ressaltar a importância da participação da população em situação de rua e das entidades que a defendem nesses espaços, pois o exercício do controle e participação social é essencial para que as políticas públicas de saúde voltadas para essa população sejam cada vez mais eficazes. A presença de pessoas com trajetória de rua nesses espaços é crucial para compreender suas reais necessidades. Esses espaços fortalecem a cidadania e o SUS, pois permitem que as pessoas estejam bem informadas e engajadas nos processos de deliberação. É o que o MNPR faz ao criar lideranças para representar esse segmento nesses espaços.

Já na recorte sobre as políticas públicas de saúde destinadas à população em situação de rua em Salvador, não conseguimos identificar tantas estratégias. Esse fator é um grande empecilho, dado que não cria estratégias para mitigar as desigualdades em saúde e não garante a igualdade de acesso.

Entretanto, já mencionamos anteriormente o Consultório na Rua, uma política que visa garantir o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Em Salvador, devido a conjuntura da pandemia e pela PSR ser um grupo vulnerável nesse período pandêmico, a prefeitura aumenta a as equipes de CnaR no município e as integra ao projeto intitulado “Girassóis de Rua”, sob administração da S3 Gestão em Saúde uma Organização da Sociedade Civil. O projeto Girassóis de Rua foi criado com o objetivo de oferecer atendimento integral a pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, incluindo aquelas que fazem uso de substâncias psicoativas. O propósito desse projeto é assegurar que os serviços cheguem até essa população, com foco na compreensão do uso de substâncias e nas vivências das pessoas nas ruas. Os serviços oferecidos abrangem não apenas a saúde, mas também assistência social e orientações jurídicas, além de proporcionar espaços de cuidado e a garantia dos direitos de cidadania (Salvador, 2025).

A estratégia do projeto é implementada também pelos Pontos de Cidadania, que têm como objetivo reintegrar pessoas em situação de rua e em vulnerabilidade social ao acesso a seus direitos. Esses pontos contam com três contêineres para atendimentos, uso de sanitários e realização de banhos. Além disso, a Unidade de Acolhimento Adulto oferece acolhimento e cuidados continuados a pessoas que enfrentam problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas, e que necessitam de acompanhamento terapêutico e proteção (Salvador, 2015). No processo de segurança alimentar, que é um fator importante para a saúde, o município de Salvador oferece os serviços dos Restaurantes Populares, buscando garantir alimentação para as pessoas em situação de rua. Conforme o mapeamento e a contagem

apresentados no ano passado, a prefeitura identificou alguns pontos da rede que visam responder aos problemas detectados nessa contagem, embora ainda não sejam suficientes. Nesse sentido, foi informado que haverá uma ampliação dos serviços de Restaurantes Populares, com o objetivo de melhorar a segurança nutricional, oferecendo alimentação gratuita, além da construção de novas unidades. No entanto, apesar de o município afirmar que esses restaurantes seriam suficientes para resolver o problema, a realidade demonstra que isso não ocorre de maneira tão eficaz. Isso se deve ao aumento da população em situação de rua ao longo dos anos, o que exige que os serviços se adequem à demanda atual. Assim, é necessário ampliar a oferta de alimentação e construir esses restaurantes em locais estratégicos do município, de forma a garantir a segurança alimentar para toda a população da capital baiana.

Os Centros Especializados para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP) desempenham um papel fundamental no acesso aos serviços de proteção social. Sua finalidade é desenvolver ações voltadas à proteção social, funcionando como equipamentos de referência para o convívio grupal e social. Esses centros deveriam oferecer alimentação, espaços para guarda-volume e atuar de forma intersetorial com outras políticas públicas (Pinheiro; Possas, 2018). O serviço é crucial para o acesso à saúde, pois facilita o encaminhamento dos usuários para a rede de atendimento e contribui para a ampliação desse acesso.

Em Salvador, existem três Centros POP, que funcionam de maneira precarizada, com falta de equipe técnica, espaços adequados para guarda-volume, alimentação insuficiente e carência de outros serviços essenciais. Esse cenário pode dificultar o acesso da população em situação de rua aos serviços de maneira integral, o que os coloca em uma situação de vulnerabilidade e desproteção social.

Diante desse cenário, torna-se essencial fortalecer políticas que facilitem o acesso à saúde para a população em situação de rua, que é um segmento historicamente vulnerável pelo Estado. Pensar em estratégias específicas para essa população no município de Salvador, que é uma das capitais com um número expressivo de pessoas em situação de rua, é fundamental para garantir um atendimento integral e igualitário nos serviços de saúde.

### **3.3 FRAGILIDADES NO ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SALVADOR**

Abordar sobre a população em situação de rua é uma temática de grande relevância para a sociedade, uma vez que, ao longo desta monografia, observamos o expressivo crescimento desse grupo a cada ano. Seu processo no contexto brasileiro refere-se a períodos anteriores à

Primeira República, e até os dias atuais percebemos os reflexos dessa dinâmica histórica em diversos aspectos da vida dessas pessoas, especialmente no que diz respeito ao direito à cidadania, à justiça, à moradia, ao lazer e, sobretudo, à saúde.

Embora a Constituição Federal tenha ampliado o acesso à cidadania e fortalecido a democracia brasileira, ainda persistem lacunas que impedem determinados grupos de usufruírem plenamente de seus direitos civis e sociais. A população em situação de rua, antes de ser definida pelo marcador "rua", é composta por cidadãos que podem e devem exercer seus direitos. No entanto, essa condição específica frequentemente dificulta o pleno exercício da cidadania.

Apesar do Estado começar a olhar para esse grupo nos últimos anos desenvolvendo estratégias que buscam garantir o acesso a direitos e enfrentar essa realidade, tais iniciativas ainda não se mostram suficientemente eficazes. Muitas vezes, o próprio Estado prefere negligenciar a real dimensão do problema. Essa realidade nacional também é percebida no município de Salvador, onde verifica-se a existência de diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde, comprometendo, conseqüentemente, o cuidado dessas pessoas, aspectos que serão analisados adiante.

A principal fragilidade no acesso à saúde no município de Salvador é a própria carência de serviços e estratégias que buscam garantir esse direito de forma plena. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja garantido a todos os brasileiros, a população em situação de rua, que está mais exposta a diversas vulnerabilidades, ainda enfrenta grandes dificuldades para acessá-lo. Portanto, é fundamental que sejam criadas estratégias de fortalecimento desse Sistema e que contribuam para a redução das desigualdades no acesso.

A escassez de serviços específicos para esse público envolve a efetividade do cuidado, tornando ainda mais desafiador o enfrentamento de doenças recorrentes, como tuberculose, HIV, doenças respiratórias e transtornos mentais, frequentemente agravados pelo uso prejudicial de álcool e outras substâncias como foi exposto pelo ObservaCovid (2023). Nesse contexto, a criação e o fortalecimento de iniciativas direcionadas a essa população tornam-se urgentes.

Projetos como o Girassóis de Rua, que buscam oferecer atendimento especializado, se deslocando até os territórios onde a população em situação de rua estabelece sua referência, permitindo um cuidado mais alinhado com a realidade de cada usuário, superando barreiras geográficas e institucionais que dificultam o acesso dessa população ao atendimento convencional, esse serviço representa um avanço, mas ainda é insuficiente, pois as equipes em Salvador, por exemplo, atuam em apenas quatro dos doze distritos sanitários do município, o

que demonstra uma necessidade urgente de expansão para garantir uma cobertura mais ampla e eficaz.

A ampliação e qualificação dessas políticas, aliadas à implementação de novas estratégias, são imprescindíveis para garantir o acesso contínuo e adequado aos serviços de saúde. É necessário o aumento do financiamento federal e municipal para fortalecer a atuação do CnaR, como ampliar os horários de funcionamento, garantir melhores condições de trabalho para os profissionais e valorizar aqueles que atuam diretamente com essa população. Desta forma, torna-se possível reduzir as vulnerabilidades desse grupo e promover a inclusão e a dignidade por meio de um cuidado integral e humanizado.

Consoante ao identificado por Oliveira *et al.* (2021), a discriminação constitui um das principais barreiras de acesso, impactando não apenas a saúde, mas também todas as esferas das políticas públicas, dos direitos e do exercício da cidadania.

O fato de estar em situação de rua dificulta o acesso aos serviços de saúde, uma vez que muitos profissionais da área não possuem preparo adequado nem compreendem as especificidades desse grupo, que demanda um atendimento mais humanizado, acolhedor e integral. No entanto, em vez desse cuidado, essa população frequentemente enfrenta a negligência dos profissionais, motivada pelo preconceito e pelo estigma associados à sua condição. A discriminação decorre, entre outros fatores, da precariedade da higiene, da forma de comunicação desse coletivo e do estereótipo de que todos são maltrapilhos, desocupados ou fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

Em Salvador, essas questões estigmatizantes contribuem para a marginalização da população em situação de rua, comprometendo seu direito pleno à saúde. Como consequência, esse cenário dificulta a vinculação dos usuários aos profissionais de saúde, gerando um sentimento de não pertencimento na relação com os serviços e afastando-os da busca por cuidados multidisciplinares. Além disso, a falta de estratégias propostas para esse público agrava ainda mais a situação, tornando insuficientes as poucas iniciativas existentes, como o Projeto Girassóis de Rua, que, apesar de sua importância, não consegue atender toda a demanda.

Esse é um obstáculo significativo para a população em situação de rua, pois faz com que essas pessoas recorram aos serviços de saúde apenas em casos de urgência, utilizando majoritariamente as Unidades de Pronto Atendimento e, nos casos de maior gravidade, os hospitais de alta complexidade. Esse problema afeta milhares de indivíduos em situação de rua, tornando essencial que o Estado dedique maior atenção ao tema, a fim de desenvolver estratégias eficazes para mitigar esses desafios, que, em grande parte, ocorrem nos serviços públicos de saúde, ou seja, que ele mesmo produz.

A qualificação dos profissionais de saúde é um fator fundamental para reduzir essas fragilidades e minimizar as barreiras de acesso. Diante desse contexto, é imprescindível que o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, estabeleça metas concretas e promova capacitações contínuas sobre a atenção à população em situação de rua, como também cumpra as metas traçadas no Plano de Ação e Monitoramento pela Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Além disso, a ampliação da RAPS e o fortalecimento das políticas intersetoriais podem contribuir para combater as iniquidades na saúde e reduzir as desigualdades no atendimento entre diferentes grupos populacionais. Somente por meio de um compromisso efetivo com essa questão será possível transformar essa realidade e garantir que o direito à saúde seja, de fato, universal.

Um aspecto fundamental a ser considerado ao discutir a população em situação de rua é a questão racial. Ao longo desta pesquisa, analisamos diferentes características desse fenômeno e constatamos, a partir dos dados levantados, que mais de 90% dessa população é negra. Esse dado não é meramente estatístico, mas reflete a estrutura de desigualdades forjadas historicamente no Brasil e, de forma mais acentuada, na cidade de Salvador, que, apesar de ser uma capital mais negra do país, é também uma das que mais reproduzem a exclusão e a marginalização da população afrodescendente. Para compreender melhor esse cenário, realizamos um breve levantamento sócio-histórico sobre a formação da população em situação de rua no Brasil, o que nos permitiu identificar seu processo de constituição no país e entender seus desdobramentos na atualidade.

A população ex-escravizada não recebeu nenhuma reparação histórica por parte do Estado brasileiro, apesar dos séculos de violência sofrida pelo povo negro. Mesmo após o fim da escravidão, foram criados mecanismos que aprofundaram a exclusão dessa população, empurrando-a para a marginalização social. Esse processo tem reflexos até os dias atuais, evidenciado pelo fato de que a população negra, de modo geral, é a que mais enfrenta a pobreza e encontra dificuldades no acesso a serviços essenciais, como saúde, assistência social e educação.

No contexto soteropolitano, essa exclusão se manifesta de maneira intensa. Salvador, mesmo sendo uma cidade com forte presença negra, mantém uma estrutura de desigualdade que impacta diretamente a população periférica e em situação de rua. A segregação racial e social fica evidente na ausência de políticas públicas eficazes e na baixa oferta de serviços que garantem o acesso integral à saúde para essa população. Além disso, a cidade apresenta um

cenário preocupante de violência letal contra a população negra, que é a principal vítima da brutalidade policial e da precarização das condições de vida.

A população em situação de rua, por sua vez, vivencia uma dupla marginalização, sendo alvo de discriminação tanto por sua condição racial quanto por estar em situação de rua, o que agrava ainda mais sua vulnerabilidade social. O racismo estrutural presente no Brasil e em Salvador coloca a população negra em cenário de vulnerabilidade e, de forma velada, o Estado parece permitir que essa condição se perpetue. Isso se evidencia pelo abandono estatal, expresso na falta de investimentos em serviços de saúde inclusivos e no aumento da letalidade associada a doenças evitáveis, como tuberculose e HIV/AIDS.

Embora o debate sobre políticas de inclusão e recursos históricos tenha ganhado mais espaço nos últimos anos, essas iniciativas ainda são insuficientes para transformar essa realidade. A negação do acesso à saúde não é apenas uma consequência da desigualdade social, mas também parte de um projeto de manutenção de corpos necessários pelo Estado, dentro de uma necropolítica lógica. Em Salvador, essa lógica se expressa no sucateamento das políticas de assistência e na ausência de estratégias que promovam o acesso à saúde de maneira transmitida e contínua para essa população.

Esse problema representa uma barreira significativa ao acesso à saúde da população em situação de rua, pois profissionais da área, influenciados por estereótipos racistas, podem submeter esses indivíduos a diversas formas de violência. Entre eles, há a crença de que a população negra tem maior resistência à dor, o que leva à negligência na avaliação da gravidade das doenças e na necessidade de atendimento imediato. Além disso, a criminalização da pobreza e do corpo negro contribui para práticas higienistas no atendimento à população em situação de rua, reforçando a exclusão desses indivíduos dos serviços de saúde.

Diante desse cenário, torna-se essencial a ampliação e o fortalecimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, garantindo que as diretrizes da saúde pública contemplem a interseccionalidade e assegurem o pleno direito à saúde. O Estado precisa romper com as práticas higienistas que vêm sendo reproduzidas desde o período pós-abolição e, em vez disso, adotar um olhar atento à dinâmica da vida nas ruas. Isso exige a implementação de um trabalho intersetorial entre as políticas de saúde e assistência social, além da garantia da moradia como um direito fundamental, visto que a falta de habitação impacta diretamente na saúde dessa população.

Além disso, é necessário o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando que uma população em situação de rua é majoritariamente composta por pessoas negras. Para isso, é necessário considerar o racismo, as desigualdades

étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, evoluindo para a promoção da equidade no acesso e na qualidade da assistência. Em Salvador, cidade marcada por desigualdades raciais profundas, essas políticas devem ser ampliadas e aplicadas de forma eficaz para garantir que a população negra, especialmente aquela em situação de rua, tenha acesso digno à saúde e a outros direitos fundamentais.

Com base nos estudos de Hallais e Barros (2015), Cervieri *et al.* (2019) e Rosa e Santana (2018), podemos confirmar que a burocratização dos serviços de saúde constitui uma problemática que cria barreiras de acesso para a população em situação de rua. Essa questão, presente em diversas regiões do Brasil, também se evidencia em Salvador, onde a exigência de documentos, a falta de preparo dos profissionais e a ausência de políticas educativas especiais dificultam significativamente o exercício do direito à saúde por esse grupo. Embora a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS) garantam a universalidade e a integralidade da atenção à saúde, na prática, as contradições desse processo ainda se exigem, tornando essencial o reconhecimento das especificidades dessa população para a formulação de estratégias que garantam um cuidado mais acessível e inclusivo.

A burocratização, nesse contexto, aprofunda as desigualdades no acesso à saúde, pois impõe barreiras institucionais que não consideram a realidade vivida por essa população. Em Salvador, uma das cidades com o maior número de pessoas em situação de rua do país, a exigência de documentos como RG, CPF e comprovante de residência, além da necessidade de encaminhamentos para determinados atendimentos, configura-se como um obstáculo significativo. A dinâmica da vida nas ruas torna comum a perda ou o roubo de documentos civis, e a falta de locais seguros para guardar pertences agrava ainda mais essa questão, pois o Centro Pop, nas suas diretrizes, deveria garantir um espaço para que a população em situação de rua pudesse guardar seus pertences, mas a precarização do serviço não possibilita que isso seja efetivado, já que, entre os três Centro Pop de Salvador, apenas o dos Mares que consegue endossar esse fator. Assim, a exigência documental não apenas desconsidera a vulnerabilidade desse grupo, mas também contraria o princípio da universalidade do SUS e a Resolução nº 40 do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), que determina que a ausência de documentação não deve impedir o acesso aos serviços de saúde.

Além disso, a estrutura de atendimento em Salvador não é adequada para acolher essa população de maneira adequada. A cidade carece de estratégias específicas que facilitem o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, como equipes de abordagem móvel mais estruturadas e políticas de desburocratização para essa população. O Consultório na Rua, por exemplo, surge como uma iniciativa relevante ao oferecer um

atendimento direcionado a esse público, mas sua atuação ainda é limitada frente à demanda crescente. Sem ações efetivas de ampliação e fortalecimento dessas políticas, muitas pessoas em situação de rua continuam sem acesso regular a cuidados essenciais, recorrendo apenas aos serviços de urgência e emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais de alta complexidade.

Outro fator que compromete a continuidade do cuidado é o uso da tecnologia nos serviços de saúde, que, apesar de ser um avanço, pode se tornar um empecilho para essa população. A necessidade de agendamentos online, a falta de acesso a dispositivos eletrônicos e a dificuldade de compreensão das plataformas digitais dificultam ainda mais o acesso a consultas e exames. Além disso, a falta de transporte e a desconfiança nos serviços de saúde, muitas vezes decorrente de experiências anteriores de negligência e discriminação e críticas, contribui para o afastamento desse grupo do sistema de saúde, resultando no agravamento de doenças que poderiam ser prevenidas ou tratadas com maior eficiência.

A abordagem dos profissionais de saúde também precisa ser repensada. Muitos deles, influenciados por concepções moralistas e estereotipadas, adotam práticas que reforçam a exclusão e o preconceito, como a recusa no atendimento sob justificativas burocráticas. Essa postura perpetua a invisibilização da população em situação de rua dentro das políticas públicas e compromete a efetividade dos serviços oferecidos.

No contexto das unidades de saúde de Salvador, é essencial adotar uma abordagem baseada na redução de danos, principalmente para aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas. Muitos indivíduos em situação de rua não desejam interromper o uso dessas substâncias, e o papel dos profissionais de saúde não deve ser o de impor suas próprias concepções sobre autonomia e escolhas individuais. Em vez disso, é necessário desenvolver estratégias que respeitem a realidade dessas pessoas e minimizem os impactos do uso de substância em sua saúde a longo prazo. A ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD e CAPS AD III) são medidas fundamentais para garantir um atendimento mais qualificado e acessível a essa população.

Destarte, torna-se necessário que o município de Salvador desenvolva estratégias que eliminem as barreiras burocráticas e ampliem a oferta de serviços de saúde específicos para a população em situação de rua. Isso inclui a implementação de medidas que flexibilizam as exigências documentais, a capacitação contínua dos profissionais de saúde para um atendimento mais humanizado e a criação de políticas intersetoriais que integram assistência social e

moradia ao cuidado em saúde. Só assim será possível garantir que essa população, historicamente marginalizada, tenha seu direito à saúde efetivado de maneira plena e digna.

A população em situação de rua enfrenta inúmeros desafios no acesso aos serviços de saúde. Diariamente, barreiras estruturais e sociais dificultam o pleno exercício do direito à saúde por esse grupo. Não basta que os serviços de saúde estejam disponíveis ou que o atendimento seja realizado, é fundamental que o acolhimento seja humanizado e o cuidado oferecido de forma integral e igualitária, a fim de combater as iniquidades em saúde. No entanto, é recorrente observar as dificuldades enfrentadas pela população em situação de rua no contexto da saúde. Embora o Estado tenha implementado algumas estratégias para mitigar esse problema, essas ações ainda são insuficientes para superar as barreiras que limitam o acesso e o direito à saúde dessa população.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população em situação de rua representa um fenômeno histórico que remonta às primeiras sociedades pré-industriais, com o advento do capitalismo, quando ocorreu uma transformação significativa no mundo do trabalho, resultando em uma intensificação do pauperismo e, conseqüentemente, da questão social. No contexto brasileiro, essa dinâmica foi fortemente influenciada pelo processo de colonização, que explorou os povos africanos, e, após a abolição da escravidão, relegou essa população à margem da sociedade. A herança desse processo é ainda visível nos dias atuais, especialmente quando observamos a realidade da população em situação de rua.

Ao longo deste estudo, foi possível atingir o objetivo geral de analisar as fragilidades no acesso à saúde da população em situação de rua em Salvador. Através de uma análise detalhada, constatamos que as dificuldades enfrentadas por esse grupo no acesso aos serviços de saúde estão diretamente relacionadas à ausência de estratégias eficazes que promovam um acesso igualitário, integral e universal à saúde. Além disso, traçamos caminhos para responder aos objetivos específicos da pesquisa, identificando políticas públicas externas para esse segmento e apontando os principais obstáculos que interferem no pleno exercício do direito à saúde.

As políticas públicas de saúde direcionadas à população em situação de rua, embora existam, ainda são insuficientes para garantir o acesso de forma eficaz. A falta de articulação entre os serviços de saúde e a população vulnerável, bem como a persistência de preconceitos, estigmas e a burocratização no atendimento, são alguns dos principais obstáculos que dificultam esse acesso. Esses pontos foram amplamente discutidos ao longo da pesquisa, evidenciando que, apesar dos avanços, muito ainda precisa ser feito.

Vale ressaltar que esta pesquisa não esgota o tema, pois ainda há uma vasta gama de dificuldades e barreiras que impedem o direito à saúde da população em situação de rua. Questões como a falta de continuidade do cuidado, as especificidades de cada indivíduo em situação de vulnerabilidade e a integração intersetorial entre saúde e assistência social são aspectos que merecem mais atenção e aprofundamento. Há espaço para o desenvolvimento de novos estudos que, a partir desta pesquisa, possam investigar mais a fundo os desafios enfrentados por essa população.

Por fim, é necessário que a discussão sobre a população em situação de rua seja cada vez mais fomentada, especialmente diante do crescimento contínuo dessa frequência na cidade de Salvador. A produção de conhecimento sobre esse tema é fundamental para direcionar a

atenção do Estado e da sociedade para essa expressão concreta da questão social, o que pode contribuir para a criação de novas políticas públicas específicas e mais eficazes para atender às necessidades dessa população. O fortalecimento da rede de cuidados e a implementação de estratégias mais inclusivas são passos essenciais para garantir que os direitos dessa população sejam respeitados e plenamente atendidos.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, D. de ., & Oliveira, W. F. de .. (2017). Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos De Saúde Pública*, 33(2), e00196916. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20

Andrade, Rebeca de et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* [online]. v. 46, n. 132 [Acessado 31 Janeiro 2025] , pp. 227-239. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/valores-de-referencia/pab-variavel/ecr>. Acesso em: 29 jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua: 2012-2015. Nota Técnica nº 15, de 6 de junho de 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-15-2012-Populac%CC%A7a%CC%83o-em-situac%CC%A7a%CC%83o-de-rua.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população em situação de rua: direito humano. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_rua.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, 2015. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/saude\\_populacao\\_situacao\\_rua\\_direito\\_humano.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/saude_populacao_situacao_rua_direito_humano.pdf).

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. \*Plano "Ruas Visíveis: Pelo DPlano "Ruas Visíveis: Pelo Direito ao Futuro da População em Situação de Rua", com investimento de cerca de R\$ 1 bilhão . 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assu/noticias /2023 /dezembro /gov-federal -lanca -201cplano -ruas -visiveis -pelo -direi-ao -futuro -da -populac-em -situacao -de -ru-com -investim-de -cerca -de--r -1 -bilhao /copiar.pdf>

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Resolução nº 40, de 17 de junho de 2020. Estabelece normas para a composição e funcionamento do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a->

informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy\_of\_Resolucao40.pdf.

BRASIL. Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2017. Institui o incentivo de custeio para as equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Disponível em: <<https://www.sau.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/1.-PO-Não-1.238-6-custo-eCR.pdf>>. As

BRASIL. Resolução nº 31, de 30 de novembro de 2017. Diretrizes para o órgão. <https://www.saude.gov.br>

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis [Internet]. 2007Jan;17(1):77–93. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

Carvalho, M. S. de. (2003). A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. Revista De Direito Sanitário, 4(2), 15-31. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31>

CARVALHO, Sandra Moreira Costa de. População adulta em situação de rua e acesso à saúde. 2016. Rio de Janeiro: Autografia.

CARVALHO, Sandra Maria Moreira Costa de. Os ditos sem acesso à saúde da população em situação de rua. 2014.

Cervieri NB, Uliana CH, Aratani N, Fiorin PM, Giacon BCC. Access to health services from the perspective of homeless people. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2019;15(4):1-8. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151229>

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Textos & Contextos (Porto Alegre), [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1–15, 2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/993>. Acesso em: 15 jan. 2025

NASCIMENTO, André José do; DE MEDEIROS, Maria da Glória. O fim da escravidão e as suas consequências. 2010.

Fraga, P. V. R, Araújo, M. C. A., Souza, A.A, Martins, A. L. J., Dantas, A. C. M. T. V., Marinho, R. A., Rodrigues, D. M., Paes-Sousa, R.. Entre as ruas e a RAPS: Revisão integrativa sobre acesso das pessoas em situação de rua aos Serviços de Saúde Mental. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2024/jul). [Citado em 21/01/2025]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/entre-as-ruas-e-a-raps-revisao-integrativa-sobre-acesso-das-pessoas-em-situacao-de-rua-aos-servicos-de-saude-mental/19329?id=19329> from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

HALLAIS, J. A. DA S.; BARROS, N. F. DE .. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 7, p. 1497–1504, jul. 2015.

Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):684-92. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 17.ed. São Paulo: Cortez, 2006. 380 p.

IANNI, Octavio. A questão social. *Ciência & Trópico*, v. 17, 1989.

LÖSCH, S.; RAMBO, C.A.; FERREIRA, J.de L. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 18, n. 00, e023141, 2023. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v18i00.17958>

MACHADO, Ednéia Maria. Questão social: objeto do serviço social. *Serviço Social em Revista*. Londrina, v. 2, n. 2, p. 39-47, 1999.

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

MARSHALL, TH \*Cidadania, classe social e status, classe social e status . Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, Karl. O Capital: Crítica da Economia Política. Tradução de Reginaldo J. P. de Lima. São Paulo: Editora Abril, 1976.

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

MOTA, Vania Souza Gomes. A situação de rua das marias através dos olhos ancestrais da interseccionalidade. Universidade Católica do Salvador. Escola de Serviço Social. Salvador – BA. 2019.

NASCIMENTO, Abdias do; O Genocídio do povo negro no Brasil. Processo de um racismo mascarado, 1914-2011

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. *Revista Temporalis*, Brasília (DF): Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ano 2, n. 3, 2001.

OBSERVACOVID. Boletim ObservaCovid - Junho 2023: as condições de saúde da população em situação de rua. 2023. Disponível em: [https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2024/07/Boletim\\_OBSERVACOVID\\_JUNHO\\_2023.pdf](https://analisepoliticaemsaude.org/wp-content/uploads/2024/07/Boletim_OBSERVACOVID_JUNHO_2023.pdf).

Oliveira MA, Boska GA, Oliveira MAF, Barbosa GC. Access to health care for people experiencing homelessness on Avenida Paulista: barriers and perceptions. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03744. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>

OLIVEIRA, E. A. DE .. Superpopulação relativa e "nova questão social": um convite às categorias marxianas. *Revista Katálysis*, v. 13, n. 2, p. 276–283, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

PAIVA, F. S. DE .; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. DA .. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 487–498, fev. 2014.

Paiva, I. K. S. de ., Lira, C. D. G., Justino, J. M. R., Miranda, M. G. de O., & Saraiva, A. K. de M.. (2016). Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2595–2606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>

PASTORINI, Alejandra. A categoria da questão social. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004. (Coleção Questões da Nossa Época).

PEREIRA, Viviane Souza. População de rua em Juiz de Fora: uma reflexão a partir da questão social. 2007. 147 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)

PINHEIRO, Zuleika de Andrade Câmara; POSSAS, Lidia Maria Vianna. Centro pop: quando uma política pública incomoda. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília, Marília, SP*, v. 4, n. 1, p. 35–54, 2018. DOI: 10.33027/2447-780X.2018.v4.n1.04.p35. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/RIPPMAR/article/view/8128..>

PINHO, R. J. DO .; PEREIRA, A. P. F. B.; LUSSI, I. A. DE O.. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, n. 3, p. 480–495, jul. 2019.

PRADO JUNIOR, C. História econômica do Brasil. 46. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

RIBEIRO, Darcy. O povo Brasileiro. Formação e sentido no Brasil. São Paulo, p. 02, 1995

ROSA, A. DA S.; SANTANA, C. L. A. DE .. Street Clinic as good practice in Collective Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 465–466, 2018. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Saladeaula series, nº3. 237 p. ISBN 978-85-232-0920-9. Available

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.

SANTOS, Josiane Soares. "Questão social": particularidades no Brasil. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Milton. O Espaço do Cidadão. São Paulo: Nobel, 1987.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. Projeto Girassóis de Rua. Disponível em: <https://saude.homologacao.salvador.ba.gov.br/projeto-girassois-de-rua/>.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005. Brasília DF, 2006. 220 f. 30 cm.

SOUSA, A. P.; MACEDO, J. P.. População em situação de rua: Expressão (im)pertinente da “questão social” . *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, p. e35510, 2019.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, junho de 2011.

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online].

Tiengo, Verônica Martins O Fenômeno População em Situação de Rua Enquanto Fruto do Capitalismo Textos & Contextos (Porto Alegre), vol. 17, núm. 1, 2018, Janeiro-Julho, pp. 138-150 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Universidade Federal de Juiz de Fora: UFJF, Juiz de Fora, 2007.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO JUNIOR, N.. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. Saúde em Debate, v. 44, n. 124, p. 182–192, jan. 2020.

Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>

Vieira, M. Antonieta da Costa; Bezerra, Eneida Maria Ramos e Rosa, Cleisa Moreno Maffei (org). População de rua: quem é, como vive, como é vista. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004