

**IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS  
VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE  
RUA: DESAFIOS E APRENDIZADOS.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**JOSÉ CARLOS GOMES BARBOSA**

**BRASÍLIA-DF**

2018

**JOSÉ CARLOS GOMES BARBOSA**

**IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS  
VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE  
RUA: DESAFIOS E APRENDIZADOS.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, para a obtenção do título de Mestre.

Prof(a). Dr(a). Luciana de Barros Jaccoud  
Me. Marco Antônio Carvalho Natalino

**BRASÍLIA-DF**

2018

**INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA**

---

Barbosa, José Carlos Gomes  
B238i      Implementação das políticas públicas voltadas para a população  
em situação de rua : desafios e aprendizados / José Carlos Gomes  
Barbosa. – Brasília : IPEA, 2018.  
120 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Econômica  
Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento,  
área de concentração em Economia, 2018  
Orientação: Luciana de Barros Jaccoud  
Coorientação: Marco Antônio Carvalho Natalino  
Inclui Bibliografia.

1. Pessoas sem Teto. 2. Inclusão Social. 3. Políticas Públicas.  
4. Brasil. I. Jaccoud, Luciana de Barros. II. Natalino, Marco  
Antônio Carvalho. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.  
IV. Título.

CDD 305.56920981

---

Ficha catalográfica elaborada por Patricia Silva de Oliveira CRB-1/2031

**JOSÉ CARLOS GOMES BARBOSA**

**IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS  
VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE  
RUA: DESAFIOS E APRENDIZADOS.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, para a obtenção do título de Mestre.

Defendida em 6 de março de 2018

**COMISSÃO JULGADORA**

---

Prof(a). Dr(a). Roberto Rocha Coelho Pires – IPEA

---

Prof(a). Dr(a). Júnia Valéria Quiroga da Cunha – UFMG

---

Prof(a). Dr(a). Luciana de Barros Jaccoud

**BRASÍLIA-DF**

**2018**

Dedico este trabalho à minha esposa Loraine, pelo carinho e paciência e ao meu avô Antônio Gomes pelo exemplo de vida que me inspira a cada dia.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a oportunidade de concluir esse mestrado.

Aos meus orientadores Dra. Luciana de Barros Jaccoud e Marco Antonio Carvalho Natalino, pelo entusiasmo demonstrado por este trabalho, pela paciência e compreensão e pelos preciosos ensinamentos.

À minha esposa Loraine, pela paciência e apoio e por tornar meus dias mais alegres.

À minha mãe Nelse, por não me deixar acomodar e por sempre confiar em minha capacidade.

Ao meu pai José Carlos que me ensinou a ter um olhar mais solidário e a me preocupar com os que mais sofrem.

Ao meu querido irmão Eduardo, pelo apoio, amizade e por renovar meu ânimo nos momentos mais cansativos.

Ao Estado brasileiro pela oportunidade de cursar esse mestrado.

Aos colegas do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que me apresentaram o mundo das pessoas em situação de rua.

Às pessoas em situação de rua, em especial aos integrantes do Movimento Nacional da População de Rua, pelos ensinamentos sobre a vida.

## **Lista de Figuras**

Quadro 1: Iniciativas do governo federal para a População em Situação de Rua. ....	49
Quadro 2: Trajetória do Consultório na Rua .....	65
Quadro 3: Trajetória do Centro Pop. ....	74

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1: Implementação das equipes de Consultório na Rua entre 2013 e 2016. ....	64
Gráfico 2: Implementação do Centro Pop entre 2011 e 2016. ....	73
Gráfico 3: Coeficiente de Pearson entre IDHM-Renda e implementação do Centro Pop. ....	81
Gráfico 4: Coeficiente de Pearson entre IDHM-Renda e implementação das equipes de Consultório na Rua. ....	81
Gráfico 5: Coeficiente de Pearson entre População municipal e implementação do Centro Pop. ....	82
Gráfico 6: Coeficiente de Pearson entre População municipal e implementação das equipes de Consultório na Rua. ....	82
Gráfico 7: Coeficiente de Pearson entre quantidade de pessoas em situação de rua no município e implementação do Centro Pop. ....	83
Gráfico 8: Coeficiente de Pearson entre quantidade de pessoas em situação de rua no município e implementação das equipes de Consultório na Rua. ....	84
Gráfico 9: Coeficiente de Pearson entre quantidade de trabalhadores na Assistência Social (por 1.000 habitantes) e implementação do Centro Pop. ....	85
Gráfico 10: Coeficiente de Pearson entre percentual de trabalhadores da Assistência Social com nível superior e implementação do Centro Pop. ....	86
Gráfico 11: Coeficiente de Pearson entre percentual de trabalhadores da Assistência Social com vínculo estatutário e implementação do Centro Pop. ....	86
Gráfico 12: Coeficiente de Pearson entre quantidade de trabalhadores na saúde (por 1.000 habitantes) e implementação das equipes de Consultório na Rua. ....	87
Gráfico 13: Coeficiente de Pearson entre percentual de trabalhadores da saúde com vínculo estatutário e implementação das equipes de Consultório na Rua. ....	87
Gráfico 14: Coeficiente de Pearson entre valor da despesa com recursos próprios do município e implementação do Centro Pop. ....	88

Gráfico 15: Coeficiente de Pearson entre valor da despesa com recursos do Governo Estadual e implementação do Centro Pop.....	88
Gráfico 16: Coeficiente de Pearson entre despesa total com Saúde, por habitante, sob a responsabilidade do município e implementação do Consultório na Rua.....	89
Gráfico 17: Coeficiente de Pearson entre percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 e implementação do Consultório na Rua.....	89
Gráfico 18: Coeficiente de Pearson entre implementação dos serviços.....	90
Gráfico 19: Coeficiente de Pearson entre quantidade de CRAS no município (a cada 1.000 habitantes) e implementação do Centro Pop. ....	92
Gráfico 20: Coeficiente de Pearson entre quantidade de CREAS no município (a cada 1.000 habitantes) e implementação do Centro Pop. ....	92
Gráfico 21: Coeficiente de Pearson entre percentual de cobertura das equipes de Saúde da Família e implementação do Consultório na Rua.....	93
Gráfico 22: Coeficiente de Pearson entre percentual de cobertura da Atenção Básica e implementação do Consultório na Rua.....	93



## **Resumo**

O primeiro objetivo dessa dissertação é descrever e analisar o histórico da relação entre Estado e população em situação de rua no Brasil, observando suas dinâmicas e padrões de funcionamento. Para isso, adotou-se a metodologia compreensiva a partir da consulta de fontes históricas secundárias e outras fontes documentais. Deste modo, apresentou-se o perfil dessa população, seu processo de mobilização e organização e discorreu-se sobre a trajetória da sua relação com o Estado. Verificou-se que esse segmento só entrou na agenda do governo federal, no que se refere a formulação de políticas públicas com a perspectiva de inclusão social, em meados dos anos 2000, antes disso havia apenas iniciativas que visavam seu controle e repressão. Concluiu-se, então, que houve uma ruptura no modo como o Estado se relaciona com a população em situação de rua, já que este passou a dialogar com esse segmento, reconhecer seus direitos e formular políticas nacionais com o intuito de incluí-la socialmente. O marco mais significativo neste processo foi a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em dezembro de 2009. No início da década de 2010, tendo esta Política como referência, o governo federal formulou duas políticas públicas destinadas especificamente ao atendimento dessa população: o Consultório na Rua e o Centro Pop. Essas políticas dependem da adesão das prefeituras municipais para serem implementadas e, passados mais de cinco anos desde a sua formulação, constata-se que muitos municípios optaram por não as implementar em seus territórios. A partir dessa realidade, tem-se o segundo objetivo dessa dissertação: explorar possíveis fatores determinantes para a adesão ou não adesão, por parte das gestões municipais, a essas novas políticas públicas propostas pelo governo federal. As hipóteses foram construídas a partir da literatura sobre implementação de políticas públicas e, principalmente, sobre Capacidades Estatais. Após ampla verificação dos dados disponibilizados, selecionaram-se os fatores que poderiam aferir a validade das hipóteses. Em seguida, por meio de análises quantitativas, avaliou-se a correlação entre esses fatores e a implementação desses serviços pelos municípios.

**Palavras-Chave:** População em Situação de Rua, coordenação interfederativa, implementação de políticas públicas.

## **Abstract**

The first objective of this dissertation is to discuss the history of the development of the public policies for homeless population with the perspective of social inclusion, guarantee of rights and how these policies started a new relationship between the State and these people. For this purpose, a comprehensive methodology was used to understand the historical relationship between State and the homeless population, based on the exploration of secondary historical sources and other documentary sources. In this way, it is revealed the characteristics of this population, its process of mobilization and organization and the trajectory of its relationship with the State. This segment only entered the agenda of the federal government aiming at social inclusion in the mid-2000s. Before that, there were only initiatives intended at its control and repression. It is concluded that there was a shift in the way the State relates to the homeless population, as it began to dialogue with this segment, to recognize their rights and to design national policies aiming at social inclusion. The most significant milestone in this process was the establishment of the National Policy for Homeless Population, in December 2009. At the beginning of the 2010s decade, with this Policy as a reference, the Federal Government developed two public policies for this population: the *Consultório na Rua* (Clinic on the Street) and the *Centro Pop* (Pop Center). To be implemented, these policies depend on the adhesion of municipal governments and, after more than five years since its formulation, it is noted that many municipalities have chosen not to implement them in their territories. The second objective of this dissertation is to find out the main reasons for the implementation of these services by the municipalities. The hypotheses were developed from the literature on the implementation of public policies and, mainly, on State Capacities. After extensive assessment of the available data, the factors that could prove the legitimacy of the hypotheses were selected. Finally, through quantitative analyzes, it was evaluated the correlation between these factors and the implementation of these services by the municipalities.

**Keywords:** Homeless population, intergovernmental coordination, public policies implementation.

## Sumário

<b>Lista de Figuras .....</b>	<b>vii</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>x</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
Metodologia.....	3
Estrutura da dissertação.....	4
<b>Capítulo 1: Implementação de Políticas Públicas em contextos Federativos: a relevância da Coordenação Interfederativa e das Capacidades Estatais dos Municípios. ....</b>	<b>6</b>
1.1 Implementação de Políticas Públicas.....	6
1.2 O impacto do arranjo federativo sobre as políticas públicas.....	8
1.3 A relevância das Capacidades Estatais para as Políticas Públicas.....	19
<b>Capítulo 2: Atuação do Estado em relação à População em Situação de Rua. ....</b>	<b>26</b>
2.1 Perfil da população em situação de rua no Brasil.....	26
2.2 Trajetória da população em situação de rua em busca de reconhecimento e efetivação de direitos.....	32
2.3 Histórico da relação entre Estado e população em situação de rua.....	42
<b>Capítulo 3: Políticas públicas voltadas para a População em Situação de Rua. ....</b>	<b>52</b>
3.1 Contexto do surgimento do Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua.....	52
3.2 As Equipes de Consultório na Rua.....	57
3.3 O Centro Pop.....	66
<b>Capítulo 4: Implementação das políticas públicas para a população em situação de rua: o caso das equipes de Consultório na Rua e do Centro Pop.....</b>	<b>76</b>
4.1 Procedimentos metodológicos.....	77
4.2 Fatores Sociodemográficos.....	80
4.3 Capacidades Estatais Setoriais.....	84
4.4 Relevância da implementação de um serviço para a implementação do outro serviço.....	90
4.5 Consolidação do sistema de política pública e implementação dos serviços destinados à população em situação de rua.....	91
4.6 Reflexões sobre os resultados.....	94
<b>Capítulo 5: Considerações Finais.....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo I – Lista dos municípios selecionados.....</b>	<b>113</b>

## **Introdução.**

Estima-se que havia mais de 100.000 (cem mil) pessoas em situação de rua no Brasil em 2015 (NATALINO, 2016). Apesar de representar um elevado contingente de pessoas, este público esteve à margem da agenda dos governos por muito tempo e as poucas iniciativas do poder público destinadas a ele consistiam em ações caritativas, muitas vezes realizadas por entidades de cunho religioso subvencionadas, ou em iniciativas que visavam seu controle e repressão. Além disso, não havia uma padronização nacional dessas ações que, na maioria das vezes, eram conduzidas pelas próprias entidades religiosas ou pelas gestões municipais.

Principalmente a partir da década de 1990, emergem grupos que militam na defesa dos direitos dessas pessoas, o tema “população em situação de rua” passa a ganhar relevância e entra na agenda de algumas prefeituras municipais. Assim, surgem as primeiras iniciativas do poder público destinadas especificamente a essa população com ênfase na defesa de seus direitos e buscando garantir seu acesso aos serviços públicos. Além disso, são criados os primeiros espaços de participação social com o objetivo de discutir políticas públicas tendo pessoas em situação de rua como integrantes, como, por exemplo, o Fórum Coordenador dos Trabalhos com a População em Situação de Rua no município de São Paulo e o Fórum da População de Rua em Belo Horizonte.

Em meados dos anos 2000, o tema ganha espaço na agenda do governo federal que passa a incluir este público em suas normativas, buscando garantir o seu acesso aos serviços públicos. As primeiras normativas nesse sentido foram a Política Nacional de Assistência Social, que assegurou cobertura a essa população, e a Lei 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que alterou a Lei Orgânica da Assistência Social e estabeleceu a obrigatoriedade de criação de programas de amparo a essas pessoas. Em setembro de 2005 é lançado oficialmente o Movimento Nacional da População de Rua que já contava com representantes em diversos estados, como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia. Este movimento passou a ocupar espaços de participação social e de formulação de políticas públicas, o que ampliou a visibilidade do tema pelo governo federal.

Pouco tempo depois, no dia 23 de dezembro de 2009, foi promulgada a Política Nacional para a População em Situação de Rua que consiste no principal marco no processo de reconhecimento deste público pelo Estado. Em resposta a esta Política e às demais normativas citadas, surgem os primeiros serviços em âmbito nacional destinados especificamente ao

atendimento deste público e com a perspectiva de inclusão social e garantia de direitos, quais sejam: o Centro Pop e as equipes de Consultório na Rua.

Essas políticas públicas inauguram um novo modelo de relacionamento do Estado com esta população. Se antes as ações estatais eram marcadas pela ausência de padronização nacional e pela perspectiva caritativa ou repressora, a partir desse período o governo federal passa a propor políticas públicas que visam propiciar autonomia a essas pessoas, garantindo seu acesso aos serviços públicos. Tais propostas de afirmação de cidadania e efetivação de direitos exigiram um amplo e complexo processo para serem implementadas, o que significa afirmar que as mudanças ocorreram parcial e localizadamente, coexistindo com iniciativas do poder público caracterizadas pelo controle e repressão às pessoas em situação de rua.

Essas políticas públicas foram formuladas pelo governo federal e são implementadas pelas prefeituras municipais, exigindo um esforço de coordenação interfederativa e a adoção de mecanismos para induzir e facilitar a sua implementação. Assim, apesar de contarem com amparo legal, sua implementação depende da adesão das prefeituras municipais. Passados mais de cinco anos desde a adoção dessas políticas públicas pelo governo federal, percebe-se que elas se consolidaram nacionalmente, mas não foram implementadas no ritmo previsto pelo governo federal, já que muitos municípios optaram por não as implementar em seus territórios.

Este trabalho irá discorrer sobre esses temas e tem como objetivos:

- I) Descrever e analisar o histórico da relação entre Estado e população em situação de rua no Brasil, observando suas dinâmicas e padrões de funcionamento. Será dada ênfase à trajetória de construção das políticas públicas destinadas a essa população desenvolvidas nas últimas décadas, apontando seu desenho, objetivos e em que medida se distanciam do padrão anterior.
- II) Explorar possíveis fatores determinantes para a adesão ou não adesão, por parte das gestões municipais, a essas novas políticas públicas propostas pelo governo federal. Para isso, optou-se por focar na experiência do Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua. Esta escolha se deve ao fato de essas políticas terem sido formuladas no mesmo período e já possuírem mais de cinco anos de implementação, por serem destinadas especificamente a esta população e por já estarem consolidadas nacionalmente.

Este trabalho se torna relevante na medida em que aborda políticas públicas destinadas a uma população historicamente alijada do acesso aos serviços públicos e que, corriqueiramente, tem seus direitos mais básicos negados. Ressalta-se, ainda, que se trata de

um público pouco estudado e que carece de políticas de equidade para, de fato, poderem exercer seus direitos. Espera-se que este trabalho contribua para o aperfeiçoamento dessas políticas públicas, para sua maior implementação nos territórios e para a discussão sobre os mecanismos de coordenação interfederativa em relação às políticas sociais, especificamente em relação às políticas de equidade.

Por fim, destaca-se a proximidade do autor com o tema, já que este trabalhou com a temática saúde da população em situação de rua na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, integrou o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua e participou do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. Durante este período, o autor teve estreito contato com o Movimento Nacional da População de Rua e com diversas lideranças dessa população, o que ampliou sua percepção acerca da importância das políticas de equidade, especialmente das políticas destinadas às pessoas em situação de rua.

## **Metodologia.**

No capítulo 1 a metodologia adotada consistiu na revisão de literatura sobre o conceito de políticas públicas, sobre a questão da coordenação interfederativa e sobre capacidades estatais. O objetivo foi compreender o estado da arte da discussão, apresentar uma abordagem capaz de permitir compreender o fenômeno e construir o referencial teórico da dissertação.

No capítulo 2, a partir da análise de fontes históricas secundárias e outras fontes documentais, utilizou-se a metodologia compreensiva para interpretar a relação entre Estado e população em situação de rua. Assim, foram descritos o processo de mobilização e organização desse segmento e as ações do Estado destinadas a ele. O capítulo 3 abordou as duas políticas públicas selecionadas a partir da análise de fontes documentais referentes aos programas (leis, decretos, guias de orientação e literatura sobre os programas). A hipótese de pesquisa que orientou o levantamento de dados e a seleção das informações relevantes era que houve uma mudança no padrão de relacionamento do Estado com essa população e que as políticas públicas formuladas nas últimas décadas inauguraram a preocupação do poder público com a inclusão social dessas pessoas, além de terem contado com a participação de representantes dessa população em sua formulação.

A discussão sobre os fatores determinantes para a implementação dessas políticas públicas pelas prefeituras municipais foi tratada no capítulo 4 que utilizou o método hipotético-dedutivo a partir da análise exploratória de fatores potencialmente explicativos da adesão dos municípios. Apoiado no referencial teórico apresentado no primeiro capítulo, principalmente no conceito de capacidades estatais, e nas conclusões de Medeiros (2016), que investigou as razões da ausência de implementação das equipes de Consultório na Rua pela maioria dos municípios elegíveis, formularam-se as hipóteses de pesquisa desta dissertação, quais sejam:

- a) As capacidades estatais setoriais do município no que se refere aos recursos humanos e orçamentários são determinantes para sua adesão às políticas públicas destinadas à população em situação de rua
- b) A implementação do Centro Pop favorece a implementação das equipes de Consultório na Rua e vice-versa.
- c) A consolidação do Sistema Único de Saúde no município é determinante para a implementação das equipes de Consultório na Rua e, do mesmo modo, a consolidação do Sistema Único de Assistência Social é determinante para a implementação do Centro Pop.

A partir das hipóteses, verificaram-se os dados disponibilizados pelas prefeituras municipais e, principalmente, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Desenvolvimento Social, e foram escolhidos os fatores que poderiam aferir a sua validade. Em seguida, por meio de análises quantitativas, avaliou-se a correlação entre esses fatores e a implementação dessas políticas públicas pelos municípios.

## **Estrutura da dissertação.**

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos, além desta introdução. O primeiro capítulo apresentará o referencial teórico e discutirá os conceitos de políticas públicas e implementação e abordará a relevância do arranjo federativo brasileiro para as políticas públicas e como se dá os mecanismos de cooperação e coordenação intergovernamental no país. Além de debater sobre o conceito de capacidades estatais e sua importância na difusão dessas políticas.

O segundo capítulo se propõe a refletir sobre o perfil da população em situação de rua no Brasil e apresenta dados sobre quantidade de pessoas, principais causas que as levaram

a viver nessa situação, as formas que utilizam para garantir seu sustento no dia a dia e os serviços e benefícios públicos mais acessados. Abordará, ainda, a trajetória empreendida por essa população em busca de reconhecimento e efetivação de direitos. Aqui se discorrerá sobre o caminho que essas pessoas percorreram para ganhar espaço na agenda dos governos, os principais parceiros nessa trajetória, os avanços obtidos e como surgiu o Movimento Nacional da População de Rua - MNPR. A última parte discute a relação do Estado com este público e mostra a ruptura que ocorreu com a promulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua e a adoção de políticas públicas específicas para atender esse público: o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua – Centro Pop e as equipes de Consultório na Rua.

O capítulo 3 abordará especificamente as duas políticas públicas que são objeto de estudo deste trabalho: o Consultório na Rua e o Centro Pop. Apresentará o contexto em que elas foram criadas, como ocorreram os primeiros processos de articulação e pactuação entre os entes federativos e como se situam dentro de uma oferta ampliada de serviços. Além disso, discorrerá especificamente sobre cada política, como elas foram formuladas e quais alterações representaram. Também, irá expor os dados sobre implementação dessas políticas públicas nos municípios e refletir sobre os impactos das iniciativas do governo federal sobre o ritmo de implementação.

O capítulo 4 abordará os fatores determinantes para a implementação das políticas públicas destinadas à população em situação de rua pelas prefeituras municipais e apresentará os resultados da análise que verificou a validade das hipóteses de pesquisa. Por fim, o capítulo 5 apresentará as considerações finais e os aprendizados propiciados pelo trabalho.



## **Capítulo 1: Implementação de Políticas Públicas em contextos Federativos: a relevância da Coordenação Interfederativa e das Capacidades Estatais dos Municípios.**

Para compreender o processo de implementação das políticas públicas destinadas à população em situação de rua, é preciso, anteriormente, discutir alguns conceitos centrais como o de políticas públicas e implementação. Além desses conceitos, também é necessário entender como se dá a coordenação interfederativa no Brasil e o papel das capacidades estatais no processo de adesão e implementação dessas políticas. Este capítulo tem como objetivo apresentar o referencial teórico deste trabalho e irá se debruçar sobre essas questões.

Para isso, ele foi dividido em três seções: a primeira abordará a implementação de políticas públicas. Nela serão apresentadas as definições de políticas públicas e implementação. A segunda seção discutirá sobre a relevância do arranjo federativo brasileiro para as políticas públicas e como se dá os mecanismos de cooperação e coordenação intergovernamental no país. Por fim, a terceira seção discutirá o conceito de capacidades estatais e sua importância na difusão dessas políticas.

### **1.1 Implementação de Políticas Públicas.**

Encontramos diversos conceitos de política pública na literatura. Dentre eles, destacamos três: a definição de Peters (1986) que a considera como a “soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”; a de Thomas Dye (1984) que a define como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”; e a de Laswell que determina que “decisões e análises sobre política pública implicam responder às questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz” (SOUZA, 2006 p.24). Howlett, Ramesh e Perl (2013) abordando o conceito de Thomas Dye, destacam três aspectos: o governo é o agente primário da política pública e tem um papel especial por sua capacidade de tomar decisões oficiais em nome dos cidadãos; política pública envolve uma decisão fundamental dos governos de fazer ou não fazer alguma coisa a respeito de um problema; e política pública consiste em uma determinação consciente de um governo.

Souza (2006) aborda o tema e destaca que, apesar das diferenças, os conceitos de política pública possuem alguns aspectos em comum: salientam o governo como o local onde ocorrem os embates em torno de interesses, ideias e preferências; assumem uma visão holística do tema, ou seja, possuem a perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes; e que indivíduos, instituições, interações e interesses são relevantes, mesmo que haja diferenças em relação a sua importância relativa. A autora cita seis elementos principais do conceito: possibilita diferenciar entre o que governo pretende fazer e o que realmente faz; envolve diversos atores e níveis de decisão e não se limita a participantes formais; não se restringe a leis e regras; consiste em uma ação intencional, que possui objetivos; é de longo prazo; e implica em implementação, execução e avaliação. E, consolidando esta reflexão, propõe a seguinte definição de política pública que será a utilizada neste trabalho:

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006. p. 26).

A autora também discorre sobre o papel do Estado na formulação de políticas públicas. E considera que, apesar de o governo ser o agente principal, outros segmentos e atores também se envolvem e influenciam esse processo. Esses grupos possuem diferentes graus de poder de influência de acordo com o tipo de política e das coalizões que integram o governo. Assim, o governo tem uma “autonomia relativa” no processo de definição das políticas públicas e possui um espaço próprio de atuação, ainda que esteja permeável a influências externas e internas. Essa autonomia produz certas capacidades que, por sua vez, criam as condições para a implementação de políticas. Os limites dessa autonomia e o desenvolvimento dessas capacidades dependem de muitos fatores e do momento histórico do país (SOUZA, 2006).

A implementação de políticas públicas será o tema central deste trabalho e pode ser definida como a transformação das decisões políticas em ação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Deste modo, ela pressupõe um momento anterior, de formulação, em que se define o que precisa ser feito e como deve ser feito. No contexto brasileiro, marcado por um arranjo federativo específico em que os municípios são dotados de autonomia administrativa e política, o desenho federativo e as formas de cooperação e coordenação entre os entes se tornam questões centrais para compreendermos o processo de implementação das políticas destinadas à

população em situação de rua. Como já ressaltado pela literatura, a autonomia municipal determinada pela Carta Constitucional de 1988 impacta diretamente o processo de implementação dessas políticas públicas, e supõe a adesão voluntária dos municípios às ações formuladas pelo governo federal. A hipótese levantada por este trabalho é a de que para o processo de adesão e execução das políticas, a capacidade estatal dos municípios surge como variável determinante. Deste modo, as duas questões se tornam essenciais e serão abordadas a seguir: o arranjo federativo e seu impacto sobre as políticas públicas e as capacidades estatais dos municípios.

## **1.2 O impacto do arranjo federativo sobre as políticas públicas.**

O federalismo consiste na forma de organização territorial em que os governos subnacionais gozam de autonomia e os diferentes entes compartilham a legitimidade e o processo decisório. Assim, as federações se distinguem dos estados unitários em dois aspectos: o primeiro é que nelas existem mais de um governo com legitimidade para definir suas políticas públicas; e o segundo é que os governos subnacionais possuem representação junto ao governo central. Deste modo, o objetivo primordial de uma Federação é harmonizar a autonomia com a interdependência entre os seus entes (ABRUCIO, 2010).

No Brasil, o debate sobre a capacidade dos governos de produzir políticas públicas foi bastante influenciado por estudos que consideravam a forma de estado (unitário ou federativo) um aspecto decisivo. Inicialmente, acreditava-se que essa capacidade seria mais limitada nos Estados Federativos, devido ao poder de veto e a autonomia conferida aos entes subnacionais de governo (GOMES, 2009). Nesse sentido, Marta Arretche (2004) aponta que os Estados Federativos são vistos como propensos a apresentar problemas mais complexos na coordenação dos objetivos das políticas - devido à competição e sobreposição entre os entes de governo; a terem menores gastos sociais; e a disporem de programas sociais com menor abrangência e cobertura.

Entretanto, mais recentemente, essa percepção tem sido questionada e cada vez mais ganha destaque o entendimento de que o federalismo não leva necessariamente a um menor controle e coordenação do governo central. Percebeu-se, ao analisar as formas de interação entre os entes territoriais em diversos países, que existem variadas combinações institucionais que acarretam maior ou menor autonomia aos governos subnacionais, assim

como maior ou menor capacidade de coordenação e supervisão do governo central (GOMES, 2009). Arretche (2004) é uma das autoras que aborda o tema e conclui que a autoridade política varia entre os Estados Federativos a depender de dois aspectos: a forma como se dá as relações entre os poderes Executivo e Legislativo e o modo como as atribuições estão distribuídas entre os níveis de governo. Assim, entre os Estados Federativos há grande variação da capacidade de coordenação das políticas.

Ao estudar especificamente o caso brasileiro, a autora acrescenta mais um aspecto que se revela determinante: o modo como ocorre as relações governamentais em cada área específica de política. A autora conclui que apesar das tendências dispersivas dos sistemas fiscal e tributário brasileiros, da fragmentação do seu sistema partidário e das dificuldades inerentes ao sistema Federativo, “as instituições políticas nacionais tendem a dotar o governo federal de capacidade de coordenação das políticas sociais” (ARRETCHE, 2004 p.17).

Nesse sentido, destaca-se a relevância de analisar as relações intergovernamentais de cada caso específico, não sendo possível generalizar sobre o tema partindo apenas da informação de que se trata de um Estado federativo. Recente texto publicado pelo IPEA vai nessa direção e conclui:

A nova literatura sobre o federalismo reafirma a política e as instituições como tendo forte conteúdo normativo. Ela vai além das questões sobre se o federalismo é bom ou mau. Sua preocupação está em compreender as condições sob as quais o federalismo e outras formas de governo coligados funcionam adequadamente ou falham. Nas visões teóricas do federalismo institucionalista, a preocupação é entender problemas de forças centrífugas *versus* centrípetas, isto é, no movimento pendular do federalismo e as razões por que isso acontece. Estaria moldado pelas condições institucionais, culturais e políticas o comportamento de estabilidade/instabilidade do federalismo (IPEA, 2017 p.22 e 23).

Abrucio (2005) destaca que houve crescimento da quantidade de pesquisas sobre o tema e que a maioria delas tem como foco a oposição entre descentralização e centralização e o embate entre governo federal e entes subnacionais. O autor pondera, entretanto, que apesar de esse foco ser importante no estudo das relações intergovernamentais, não exaure todo seu entendimento, e destaca a relevância do problema da coordenação intergovernamental, ou seja, as formas de integração, cooperação e compartilhamento de decisões entre os entes. A cooperação e a coordenação federativa surgem como estratégias essenciais para resolver o principal desafio das federações que consiste em manter a unidade entre a diversidade. Isso porque, elas assumem papel central na garantia da interdependência entre os governos que são

autônomos. Essa questão envolve dois aspectos: a cooperação entre territórios - o que inclui formas de associativismo e consorciamento; e a conjunção de esforços dos diferentes entes no campo das políticas públicas (ABRUCIO, 2010).

Neste trabalho daremos enfoque ao segundo aspecto, qual seja, o das estratégias e fatores que propiciam a integração e coordenação entre níveis de governo para a implementação de uma política pública. Nas federações, as políticas públicas dependem da conjunção e coordenação dos esforços dos entes, pois em muitos temas as atribuições são comuns a mais de um governo. Essa coordenação se torna mais complexa devido a três fenômenos: o primeiro consiste na expansão do Estado de Bem-Estar Social, que normalmente envolve certo grau de nacionalização das políticas e se revela mais complexa nas Federações, já que costuma haver resistência por parte dos entes subnacionais que possuem autonomia. O segundo fenômeno se refere à necessidade de centralizar algumas funções e, ao mesmo tempo, descentralizar outras. Não se trata de substituir a nacionalização pela descentralização, é preciso que os dois movimentos sejam realizados ao mesmo tempo. Por fim, o terceiro fenômeno consiste na emergência de aprimorar a eficiência e a efetividade da administração pública e fortalecer a *accountability democrática*. Essa tarefa também se revela mais complexa no federalismo, pois em muitos setores há compartilhamento de responsabilidade entre os entes federativos. Assim, é preciso definir claramente as funções de cada ente (ABRUCIO, 2010).

Portanto, nas Federações em que diversas atribuições são comuns a mais de um ente territorial - como é o caso brasileiro - as políticas públicas podem tomar três caminhos: o primeiro é marcado pela ausência do Estado e negação de responsabilidades. Neste caso, como os entes são autônomos e as atribuições são comuns a mais de um governo, poderá haver uma situação de omissão do setor público em que cada governo empurra para outro a responsabilidade pela área de política pública. Os cidadãos não saberiam a quem responsabilizar e, conseqüentemente, os governos passariam impunes e a sociedade ficaria sem a provisão dos serviços. Essa possibilidade evidencia a necessidade de haver definições transparentes das atribuições de cada ente.

Outro caminho possível é marcado pela disputa entre os entes. Neste cenário, diferentes esferas de governos lançam políticas públicas com os mesmos objetivos, mas por meio de ações distintas. Há, então, uma sobreposição de programas, o que resulta em desperdício de recursos, já que as ações não foram coordenadas e os esforços não foram somados. Não é raro encontrarmos até ações contraditórias entre os diferentes entes.

Um exemplo de sobreposição de programas de diferentes entes federativos com o mesmo objetivo é citado no trabalho de Renata Bichir (2011). A autora relata que no início dos anos 2000 havia três programas de transferência de renda operando simultaneamente na cidade de São Paulo. A autora pondera que os três programas possuíam critérios de focalização, elegibilidade e condicionalidades distintos, mas alerta que essas diferenças podem causar transtornos aos beneficiários e evidenciam os desafios na implementação, referentes à articulação dos diferentes programas. Neste exemplo fica evidente que as três esferas de governo poderiam ter desenvolvido o mesmo trabalho despendendo menos recursos administrativos e financeiros se tivessem coordenado suas ações.

Por fim, o terceiro caminho consiste na coordenação das políticas públicas e cooperação entre os entes governamentais. Neste caso, há compartilhamento de decisões e atuação conjunta das diferentes esferas de governo. Assim, os governos somam esforços, o que gera economia de recursos administrativos e financeiros. Entretanto, apesar de ser o melhor caminho para as políticas públicas, a coordenação exige grande empenho por parte dos governos e instâncias de deliberação compartilhada. Recente trabalho publicado IPEA (2017) aborda a necessidade de permanente deliberação:

A divisão de poderes que caracteriza a solução política do federalismo requer a existência de um padrão de permanente deliberação entre os participantes. O princípio básico federal é, pois, o do estabelecimento de frequentes e estáveis negociações de compromisso. As negociações intergovernamentais se tornam ferramentas indispensáveis da prática política em sistemas federais, sem o que a governança na base da divisão de poderes seria impensável sem cooperação, coordenação e compromisso negociado (IPEA 2017, p.14).

A coordenação entre os níveis de governo surge, então, como elemento crucial para o sucesso das políticas públicas no contexto federativo. Porém essa tarefa se revela bastante complexa no cotidiano das Federações. Abrúcio (2005) aborda o tema e considera que as federações devem equilibrar e combinar formas benignas de cooperação e competição, já que o conflito faz parte do federalismo.

As federações devem criar mecanismos de parceria para estimular a cooperação, pois ela se revela essencial para otimizar recursos comuns, como nos casos que envolvem mais de uma jurisdição, e para ajudar governos menos capacitados ou que dispõem de menos recursos a cumprirem suas atribuições. Evita-se, assim, o jogo de empurra de responsabilidades entre os entes e a sociedade se beneficia ao receber as políticas públicas necessárias. Outro aspecto positivo da cooperação é que ela pode contribuir para redução das desigualdades entre

os entes territoriais o que é fundamental para o equilíbrio da federação. O autor também destaca que as estratégias de cooperação devem ser bem dosadas, caso contrário podem trazer problemas. Isso ocorre quando, por exemplo, a cooperação se confunde com verticalização e acaba gerando uma relação de subordinação e não de parceria entre os entes (ABRUCIO, 2005).

Formas benignas de competição entre os níveis de governo também são essenciais. Um dos motivos remete à necessidade dos controles mútuos entre os níveis de governo como forma de evitar a dominância de um ente sobre outro. Outro motivo decorre do estímulo por inovação e aprimoramento das gestões. Isso ocorreria como resultado do fato de os cidadãos, em um contexto de frequentes disputas eleitorais, poderem comparar o desempenho de vários governantes. A competição também tende a evitar que os entes adotem um comportamento paternalista e parasita em relação às esferas superiores e que as federações caiam na “armadilha da decisão conjunta”<sup>1</sup>. Por fim, destaca-se que ela deve ser bem dosada, caso contrário pode trazer diversos problemas. Um deles consiste no excesso de concorrência, o que afeta a solidariedade e o senso de unidade da federação (ABRUCIO 2005).

O Brasil adotou o federalismo como forma de organização territorial há mais de um século. Desde então, o país oscilou entre períodos de centralização do poder no governo central e períodos de descentralização do poder e das atribuições aos entes subnacionais. Abrucio (2005) é um dos autores que se debruça sobre o tema e considera que o arranjo federativo surge como questão central no estudo das políticas públicas brasileiras:

A estrutura federativa é um dos balizadores mais importantes do processo político no Brasil. Ela tem afetado a dinâmica partidário-eleitoral, o desenho das políticas sociais e o processo de reforma do Estado. Além de sua destacada influência, a federação vem passando por intensas modificações desde a redemocratização do país. É possível dizer, tendo como base a experiência comparada recente, que o federalismo brasileiro é atualmente um dos casos mais ricos e complexos entre os sistemas federais existentes (ABRUCIO, 2005 p.41).

Alguns autores argumentam que a adoção do federalismo no país seja um artificialismo, dado que não havia grandes divisões étnicas ou religiosas, e que o modelo adotado seja excessivamente descentralizado – já que conferiria excessiva autonomia aos entes subnacionais. Entretanto concordamos com Arretche (2010) que rebate esses argumentos e

---

<sup>1</sup> De acordo com Abrucio (2005) a “armadilha da decisão conjunta” se refere à estrutura em que todas as decisões da Federação são compartilhadas e dependem da anuência de praticamente todos os entes para serem tomadas. Essa estrutura tende a gerar políticas uniformizadas - o que diminui a possibilidade de inovações, enfraquecer os mecanismos de controle mútuos entre os entes territoriais e dificultar a responsabilização da gestão pública.

alega que, a despeito de não termos grandes divisões étnicas ou religiosas, o país é historicamente dividido entre jurisdições ricas e pobres o que justifica a adoção do federalismo como forma de garantir o equilíbrio da representação das (e nas) diversas jurisdições. Além disso, a autora pondera que, a respeito da relação entre governo central e governos locais, a descentralização da execução de políticas é compatível com a centralização da autoridade.

A redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988 foram marcos importantes no desenho federativo brasileiro. O processo de redemocratização do país acarretou o fortalecimento dos governos estaduais, já que eles foram protagonistas para a transição democrática. Já a Constituição conferiu autonomia aos municípios, o que tornou o país um caso peculiar de Federação com três entes autônomos. O novo status dos municípios estimulou a descentralização e estes passaram receber mais recursos (ABRUCIO, 2010). Abrucio aborda sobre esse período e conclui que:

Um novo federalismo nascia no Brasil. Ele foi resultado da união entre forças descentralizadoras democráticas com grupos regionais tradicionais que se aproveitaram do enfraquecimento do governo federal em um contexto de esgotamento do modelo varguista e do Estado nacional desenvolvimentista a ele subjacente. O seu projeto básico era fortalecer os governos subnacionais e, para uma parte desses atores, democratizar o plano local. Preocupações com a fragilidade dos instrumentos nacionais de atuação e com coordenação federativa ficaram em segundo plano (ABRUCIO, 2005 p.46).

Nesse sentido, Abrucio e Franzese (2007) destacam que apesar da Constituição ter representado o auge da descentralização fiscal, a municipalização das políticas públicas ocorreu mesmo ao longo dos anos 1990. O ritmo desse processo variou bastante de acordo com a área da política. Além disso, a Constituição, em seu artigo 23, atribuiu competência comum aos três níveis de governos para diversas áreas de políticas públicas, tais como: saúde, assistência social, cultura, educação, moradia e saneamento básico (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Houve, portanto, o compartilhamento entre os três níveis de governos da competência por áreas de grande importância. Em um primeiro momento, isso resultou em omissão dos governos estaduais e do governo federal, que havia perdido recursos com a descentralização. Nesse contexto, os municípios acabaram assumindo grande parte dessas atribuições e contaram com pouca cooperação das outras instâncias (ABRUCIO e FRANZESE 2007). Abrucio e Franzese abordam o tema:

A assunção de responsabilidades pelos municípios, ademais, não significou necessariamente uma democratização do poder local, tampouco resultou



inegavelmente numa melhoria da gestão das políticas. Em boa parte dos casos, a tendência à “prefeiturização” do poder, o pouco controle da sociedade sobre as ações do poder público, sobretudo nas áreas mais pobres e em pequenas municipalidades, além da baixa qualidade da burocracia municipal reduziram o potencial transformador da descentralização (ABRUCIO e FRANZESE, 2007 p.7 e 8).

A assunção dessas responsabilidades pelos municípios não foi tarefa fácil. Abrucio (2005) cita algumas questões que dificultaram o desempenho dos municípios brasileiros: a disparidade econômica entre eles e a grande quantidade de municípios pequenos que não conseguem sobreviver apenas com recursos próprios; a baixa capacidade administrativa da maioria dos municípios; o discurso do “municipalismo autárquico” – percepção de que os governos locais podem resolver todos os problemas sozinhos; a “metropolização” acelerada; a sobrevivência de valores culturais e políticos que dificultam a *accountability* democrática; e o padrão de relações intergovernamentais marcado pela dificuldade de cooperação.

O autor considera, ainda, que o processo de descentralização que ocorreu durante a redemocratização brasileira teve como principal problema a conformação do que ele denominou de “federalismo compartimentalizado, em que cada nível de governo procurava encontrar o seu papel específico e não havia incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada” (ABRUCIO, 2005 p.49). Como consequência, esse período ficou marcado pelo jogo de empurra entre os governos.

A partir de 1994, com o Plano Real e a estabilização da moeda, iniciou-se um período de inflexão no federalismo brasileiro. Observou-se o fortalecimento do governo central, enquanto houve enfraquecimento dos governos estaduais, já que diversos estados passaram por crises financeiras. Nesse contexto, o governo federal procurou promover um processo de coordenação federativa em algumas áreas de políticas públicas (ABRUCIO, 2005). Entretanto, se houve uma melhora na relação com a União, o mesmo não pode ser afirmado sobre a ação coordenadora dos Estados junto aos municípios (ABRUCIO, 2010). Sobre o novo federalismo brasileiro, cumpre citar:

O fato é que o novo federalismo brasileiro contém tendências fragmentadoras e compartimentalizadoras, de um lado, como também existe uma visão constitucional voltada à coordenação federativa, algo que vem sendo aperfeiçoado da metade da década de 1990 aos dias atuais. A convivência entre essas duas tendências não tem sido simples, contudo. Houve, ao contrário, vários choques entre elas, e as duas últimas décadas foram marcadas por tentativas de conciliar a descentralização autônoma com formas de interdependência e coordenação federativa (ABRUCIO, 2010 p.186).

Neste período, no tocante às áreas sociais, observaram-se também algumas políticas que objetivavam aprimorar a coordenação federativa. As mais interessantes ocorreram nos setores da saúde e da educação e consistiram basicamente na vinculação do repasse financeiro à prestação mais controlada dos serviços pelos governos subnacionais. Durante os governos do presidente Lula, seguindo a tendência dos governos do presidente Fernando Henrique Cardoso, ampliou-se a consciência da importância da coordenação federativa e houve investimento na coordenação em outras áreas, como assistência social e segurança pública (ABRUCIO, 2010). Nesse sentido, cumpre citar:

Para que a União evite ou pelo menos reduza o dilema federativo, é fundamental, antes de mais nada, adotar um modelo de intensa negociação e barganha. Afinal, o não envolvimento dos governadores e prefeitos leva ao fracasso dos projetos, seja na formulação, seja na implementação. Outra maneira de evitar um imbróglio político é fazer que existam regras bem claras nas políticas públicas, de modo que elas dêem universalidade às ações junto a estados e cidades, diminuindo a queixa de favorecimento político e facilitando a adesão de opositoristas aos programas do governo federal. Além disso, a criação de arenas ou instituições federativas mais estáveis pode favorecer formas sólidas e confiáveis de parceria e consorciamento (ABRUCIO, 2010 p.189).

De acordo com Gomes (2009), estudos mostram que o governo federal brasileiro tem usado diversos instrumentos institucionais que compensam os possíveis efeitos de dispersão causados pelo federalismo. Esses instrumentos permitem que o Executivo Federal coordene, em menor ou maior medida, os governos nacionais na provisão de serviços públicos. A autora sintetiza esses instrumentos em três tipos principais:

1) normas que restringem a liberdade de gasto dos governos subnacionais; 2) normas que definem responsabilidades ou competências dos entes da federação com relação à provisão e à gestão de determinadas políticas públicas; ou 3) normas que criam incentivos para que os governos subnacionais passem a assumir a responsabilidade de prover políticas, especialmente as de cunho social (GOMES, 2009 p.664).

Como exemplo do primeiro tipo, a autora cita os percentuais mínimos que devem ser investidos em saúde e educação pelos governos e os limites nos gastos com pessoal e de endividamento. Algumas normas de segundo tipo foram dispostas na Constituição Federal de 1988 e consistem na determinação do ente federado responsável pela prestação de certo serviço. Já as normas de terceiro tipo têm como caso mais emblemático o Sistema Único de Saúde (SUS), já que este estabelece diversas contrapartidas para a transferência de recursos pelo governo federal. A autora ainda destaca que a coordenação por meio desses instrumentos exige

como contrapartida a diminuição da autonomia decisória dos governos subnacionais (GOMES, 2009 p.664).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que tanto a saúde quanto a assistência social fossem setores em que a responsabilidade é comum aos três níveis de governo. Assim, a coordenação e a cooperação entre os entes territoriais surgiram como questões essenciais para o sucesso dessas políticas. A estratégia para nacionalizar e coordenar essas políticas foi a adoção de sistemas federativos de políticas públicas. Abrucio (2010) considera que essa estratégia consiste na resposta mais bem-sucedida ao federalismo compartimentalizado. Arretche (2010, apud BICHIR, 2011) também ressalta os benefícios da adoção de sistemas federativos de políticas públicas, já que contribui para resolver o *trade-off* entre autonomia decisória dos entes e necessidade de conferir uniformidade às políticas e serviços, especialmente em países que possuem grandes desigualdades regionais, como é caso do Brasil.

A criação e o fortalecimento do SUS foi o principal instrumento de nacionalização da política de saúde e sua descentralização foi essencial para a universalização da saúde no país. Nesse sentido, ressalta-se que o legado prévio ao SUS era de centralização, o que possibilitou ao governo federal esboçar como se daria a descentralização da prestação de serviços, que passaria a ser responsabilidade dos governos subnacionais (ABRUCIO e FRANZESE, 2009). Arretche (2004) aborda a distribuição de funções entre os governos na política de saúde e destaca o papel da União no financiamento, na formulação da política de saúde e na coordenação intergovernamental das ações. A autora também ressalta a autoridade do governo federal para tomar as principais decisões, já que os governos locais dependem das transferências federais. Assim, “o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo” (ARRETCHE, 2004 p.22).

A autora pondera, entretanto, que a institucionalização da participação de estados e municípios por meio de espaços de negociação no processo de formulação da política de saúde reduziu a possibilidade do Ministério da Saúde definir as regras do SUS unilateralmente. Deste modo, esses espaços atuam como contrapeso à concentração de autoridade no governo federal (ARRETCHE, 2004). Esses espaços não estavam previstos na Constituição Federal de 1988, foram inovações fruto da evolução do modelo criado no âmbito do SUS e constituem legado institucional do SUS para o funcionamento do federalismo brasileiro. Esses espaços consistem nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), que são amparadas pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e

pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) (ABRUCIO e FRANZESE, 2009).

Ressalta-se, ainda, a importância dos espaços de participação e controle social nos processos de tomada de decisão do SUS. Nesse sentido, destacam-se os Conselhos e as Conferências de Saúde, além dos diversos Comitês criados para tratar de assuntos específicos dentro da saúde, como os Comitês de Equidade em Saúde – dentre eles o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. Lembrando que, conforme disposto na Constituição, a participação da comunidade consiste em uma diretriz do SUS.

O movimento de adesão dos municípios ao SUS está relacionado com a oferta de recursos - aliada a convicção de que eles seriam efetivamente repassados - e com a visibilidade política que a universalização dos serviços trouxe aos prefeitos. Com a adesão, os municípios passaram a exercer, mesmo que com limites, a gestão da atenção básica em seu território. Ou seja, a implantação do SUS acabou promovendo a criação de uma rede municipal de serviços, o que fortaleceu os municípios no contexto federativo (ABRUCIO e FRANZESE, 2009). Os autores concluem que:

Em resumo, os efeitos do desenho e implementação do SUS no Brasil vão além da constituição de um federalismo mais compartilhado. A universalização da atenção básica, em um contexto de ajuste fiscal federal, realizada por meio da descentralização de responsabilidades e criação de novas redes locais de atendimento, fortalece os entes subnacionais e reduz a chance de novas decisões federais unilaterais no desenho do sistema. No caso da saúde essa hipótese é reforçada pela institucionalização de espaços de negociação intergovernamental que se tornam fóruns de articulação e pactuação federativa, consolidando um novo formato para relações intergovernamentais que extrapola a área da saúde. Nesse sentido, a inovação do SUS colabora para a redefinição do modelo federativo brasileiro, trazendo uma nova forma de negociação intergovernamental que provoca consequências para além do âmbito setorial. Prova disso é que seu formato institucional foi destacado do contexto da saúde e replicado para o setor da assistência social, originando o SUAS (ABRUCIO e FRANZESE, 2009 p.36).

Por fim, cumpre elencar alguns problemas de coordenação intergovernamental que ainda persistem no SUS: dificuldade de tornar o modelo regionalizado mais efetivo e eficiente; a persistente descoordenação e competição entre algumas redes municipais – principalmente nas regiões metropolitanas em que o efeito carona ainda está bem presente; e, por fim, a indefinição das responsabilidades do governo estadual tanto como executor de serviços de saúde, tanto como coordenador das relações entre os seus municípios (ABRUCIO, 2010).

A criação do SUAS foi baseada na experiência do SUS, porém seu legado prévio era bem diferente do encontrado na área da saúde. Isso porque a assistência social no país consistia em uma estrutura bastante fragmentada, em que estados e municípios promoviam diversas ações de forma independente e desarticulada. Além disso, os serviços eram prestados por diferentes órgãos governamentais e instituições filantrópicas de forma desarticulada e descontínua. Semelhantemente ao SUS, o SUAS sistematiza a transferência automática de recursos federais por meio de Normas Operacionais Básicas e, em contrapartida, exige a adesão do município ao sistema. Além disso, ele também estabelece uma divisão de competências e responsabilidades entre os governos e visa à universalização do acesso aos serviços de assistência social. Outra semelhança com a saúde advém do fato de a implantação do SUAS também ter estimulado a criação de uma rede municipal de serviços por meio da criação dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e, em alguns casos, dos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) (ABRUCIO e FRANZESE 2009). Neste contexto cumpre citar trecho do texto de Jaccoud, Bichir e Mesquita (2017):

A construção do arranjo político e institucional do Suas foi um marco importante no sentido de instituir capacidades necessárias ao provimento de suas ofertas, permitindo a emergência de um conjunto de aportes: equipamentos públicos, recursos humanos, financiamento estável e regular, rede de serviços, instâncias de pactuação e deliberação intergovernamentais e sistemas de informação e monitoramento. O Suas representou uma forma nacional, descentralizada e coordenada de organização da política, de modo a garantir sua implantação em cada município a partir de regras e objetivos comuns, e de um arranjo minimamente partilhado de gestão entre os níveis de governo (JACCOUD; BICHIR e MESQUISTA, 2017 p.45).

O SUAS também conta com espaços de participação e pactuação dos gestores municipais, estaduais e federais de assistência social – as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Foram criadas também outras instâncias de articulação horizontal entre estados e municípios: o Fórum Nacional de Secretários Estaduais de Assistência Social (Fonsea) e o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas). Essas instâncias consolidam um padrão de negociação intergovernamental e limitam a autonomia do governo federal para tomar decisões unilateralmente. Nesse sentido, destacam-se, também, os espaços de participação e controle social do SUAS, como as Conferências Nacionais de Assistência Social e os Conselhos de Assistência Social. Essas instâncias são essenciais no arranjo institucional do sistema e moldam decisivamente suas decisões.

Nos últimos anos observou-se uma acelerada expansão de serviços e benefícios no âmbito do SUAS. De acordo com Bruni (2015), entre 2005 e 2015, a oferta de serviços e benefícios socioassistenciais adquiriu capilaridade no território nacional e, além disso, foram produziram-se diversas orientações, guias, pesquisas e indicadores para estimar os serviços. O autor considera que o modelo de sistema único adotado por meio da implantação do SUAS significou um rompimento com o modelo de cobertura desigual entre os territórios e foi efetivo em coordenar as ações entre os governos, já que eliminou sobreposições de ações em alguns casos e ausências de ofertas estatais em outros. Jaccoud, Bichir e Mesquita (2017) também abordam o desenvolvimento e consolidação da assistência social nos últimos anos e consideram que a postura da gestão pública federal, que reafirmou o Estado como ator central no enfrentamento aos problemas relacionados à cidadania, desigualdade, pobreza, vulnerabilidades e violação de direitos, foi essencial para esse avanço.

### **1.3 A relevância das Capacidades Estatais para as Políticas Públicas.**

Diferentes perspectivas teóricas abordam de maneiras distintas o papel do Estado no desenvolvimento e a relevância que as capacidades estatais assumem ao tratarmos sobre as políticas públicas. Deste modo, é necessário delimitarmos que este trabalho adota a perspectiva do neoinstitucionalismo histórico em que o conceito de capacidades estatais é central nos estudos sobre políticas públicas (BICHIR, 2015). Parte-se também da percepção de que o Estado tem uma “autonomia relativa” para agir, mesmo estando suscetível a influências internas e externas. Dessa autonomia surgem determinadas capacidades que possibilitam que o Estado implemente suas políticas públicas. Ou seja, o Estado não é um ator que simplesmente reflete a pressão de grupos de interesses, nem tampouco tem sua atuação determinada exclusivamente pelo grupo que detém o poder ou por certas classes sociais (SOUZA, 2006).

Neste contexto, Gomide (2016) destaca o livro *Bringing the state back in* de Evans, Rueschemeyer e Skocpol que ressalta a noção de capacidades estatais e o relaciona às habilidades da burocracia estatal para, mesmo diante de oposição de grupos de interesse e de condições socioeconômicas adversas, implementar as metas oficiais. Deste modo, dispor de uma burocracia capaz de implementar suas políticas de desenvolvimento, é condição necessária para o Estado gozar de certa autonomia. De acordo com esta perspectiva, as capacidades estatais variam de acordo com o grau de burocratização e insulamento burocrático, ou seja, tem-se

maiores capacidades de formulação e implementação de políticas quanto mais a burocracia for isolada das influências da sociedade (BICHIR, 2015 p.12).

Posteriormente, Evans (2010) e outros autores ampliaram o conceito que passou a abarcar também a habilidade das burocracias em se relacionar com grupos da sociedade civil e garantir a efetividade de sua participação nos processos decisórios. Assim, no contexto do século 21, as capacidades do Estado estão relacionadas tanto à qualidade da burocracia, entendida como profissionalização e insulamento, quanto à habilidade para se relacionar com a sociedade civil. Essas capacidades confeririam legitimidade e eficácia às ações do Estado e aumentariam seu poder de mobilizar a sociedade em torno de um projeto de desenvolvimento (GOMIDE, 2016).

Encontramos uma grande variedade de conceitos de capacidades estatais na literatura. Eles variam de acordo com a filiação teórica e a perspectiva acerca do papel do Estado dos autores. Assim, os autores que adotam a visão liberal costumam relacionar capacidade estatal à habilidade do Estado para garantir o cumprimento dos contratos, manter a ordem e fazer cumprir as leis. Já para os autores que adotam a perspectiva intervencionista, capacidade estatal consistiria na habilidade do Estado atuar diretamente para estimular o desenvolvimento econômico e social. A variação do conceito também implica na grande diversidade de métodos de medição.

Cingolani (2013) fornece uma descrição histórica da evolução e uso do conceito. A autora destaca que ele já permeou diversas disciplinas, tem origem no interesse em compreender o papel do Estado no desenvolvimento e adquiriu centralidade durante o final da década de 1970 e 1980. Considera, ainda, que há certa convergência na conceituação da capacidade do Estado ao longo do tempo e que medi-la representa o desafio mais importante. De acordo com a autora, os conceitos de capacidades estatais referem-se a uma (ou mais de uma) das seguintes dimensões de poder do Estado: a) coerciva / militar; b) fiscal; c) administrativa; d) transformativa; e) cobertura relacional / territorial; f) legal; g) política (CINGOLANI, 2013).

A capacidade coercitiva consiste no atributo básico do Estado de defender o território e manter a ordem pública. A capacidade fiscal está relacionada ao poder de extrair recursos da sociedade por meio de taxas e com isso financiar seus programas. Já a capacidade administrativa se refere ao potencial de implementação de políticas públicas, o que exige uma burocracia profissional e insulada. Esta dimensão é a mais recorrente na literatura. A dimensão transformativa se refere à capacidade de intervir nos modos de produção e no formato da

economia. A dimensão relacional consiste na habilidade do Estado em se relacionar com diferentes grupos da sociedade. Já a dimensão legal está associada a capacidade em estabelecer as regras, garantir os direitos de propriedade e os contratos. Por fim, a dimensão política diz respeito ao poder de agenda ou à capacidade dos eleitos imporem suas prioridades sobre os demais atores institucionais (CINGOLANI, 2013).

Gomide e Pires (2012) abordam a importância da ação Estatal para o desenvolvimento e ressaltam que a análise das capacidades estatais, principalmente sua dimensão administrativa, vem sendo considerada chave para a compreensão e o fortalecimento do desenvolvimento. Neste sentido, Souza (2016 p.51) destaca que o “conceito incorpora variáveis políticas, institucionais, administrativas e técnicas”; entretanto salienta que a dimensão administrativa, entendida como a qualidade e profissionalização da burocracia, está entre as mais utilizadas pela literatura para anteciper os resultados das políticas públicas.

Os autores também ponderam que a literatura que se dedicou à análise das experiências históricas de desenvolvimento deu pouca importância para as capacidades políticas necessárias no processo de crescimento econômico. Eles entendem, entretanto, que a realidade brasileira atual, impõe ao Estado o desafio de ampliar sua articulação com a sociedade civil e, por isso, exige novas capacidades do Estado:

Assim, a construção de qualquer estratégia de desenvolvimento tem que envolver a sociedade e seus múltiplos atores e interesses. Isso demanda novas capacidades do Estado, que vão além das necessidades de uma burocracia profissional e coesa que possa traçar estratégias com o setor privado sem ser capturada. Ou seja, mais que as capacidades técnicas e administrativas exigidas de uma burocracia weberiana clássica. No contexto de democracia caracterizado pela existência de instituições representativas, participativas e deliberativas, como no caso brasileiro, são necessárias, também: a existência de capacidades políticas para a inclusão de múltiplos atores, a negociação de interesses, a construção de consensos em torno dos objetivos de desenvolvimento e a formação de coalizões políticas de suporte para as estratégias a serem adotadas (GOMIDE e PIRES, 2012 p.27).

Ao analisar o caso brasileiro, diversos autores<sup>2</sup> que trabalham com o conceito de capacidades estatais também costumam destacar as dimensões política e administrativa. Vaz (2014) compartilha deste entendimento e destaca a importância de alinhar as capacidades administrativas e políticas no cenário atual:

---

<sup>2</sup> Dentre os autores que utilizam o conceito de capacidades estatais e destacam as dimensões política e administrativa podemos citar: Bichir (2015), Pires e Gomide (2012) e Vaz (2014).



Assim, pode-se dizer que, no cenário atual, programas e ações estatais que conseguem alinhar autonomia burocrática com capacidade de lidar e trabalhar as demandas advindas dos grupos socioeconômicos e políticos tendem a ser aqueles mais inovadores e bem-sucedidos, pois congregam, ao mesmo tempo, capacidades técnicas e operacionais para o trabalho à capacidade de compreensão das necessidades e inputs da rede de agentes envolvidos no processo (VAZ, 2014 p.24).

Assim, desenvolver capacidades políticas se torna uma tarefa essencial no contexto brasileiro atual. Nesse sentido, destaca-se o conceito de Gomide e Pires (2012 p.26): “capacidades políticas estariam associadas à promoção da legitimidade da ação estatal, por meio da mobilização da sociedade – em seus múltiplos atores – e da articulação, concertação e compatibilização de interesses diversos em torno de plataformas comuns para a promoção do desenvolvimento nacional”.

O conceito usado por Bichir (2015) também inclui essas duas dimensões – administrativa e política. Para a autora capacidade estatal consiste na “habilidade dos Estados na formulação e implementação de suas políticas, envolvendo todo o processo de formação de agendas para o desenvolvimento, bem como as formas de construção de apoio a essas agendas entre os atores sociais, políticos e econômicos relevantes” (BICHIR, 2015 p.12). Assim, este trabalho também adotará o entendimento de que capacidades estatais devem incluir essas duas dimensões e usará o conceito apresentado por Gomide e Pires (2016):

as capacidades do Estado precisam ser analisadas sob duas dimensões: a) técnico-administrativa, que envolve as capacidades derivadas da existência e funcionamento de burocracias competentes e profissionalizadas, dotadas dos recursos organizacionais, financeiros e tecnológicos necessários para conduzir as ações de governo de forma coordenada; e b) político-relacional, associadas às habilidades e procedimentos de inclusão dos múltiplos atores (sociais, econômicos e políticos) de forma articulada nos processos de políticas públicas, visando à construção de consensos mínimos e coalizões de suporte aos planos, programas e projetos governamentais. Enquanto a primeira dimensão pode ser associada às noções de eficiência e eficácia, a segunda está relacionada com as ideias de legitimidade, aprendizagem e inovação nas ações dos governos (GOMIDE e PIRES, 2016 p.7).

Ressalta-se, ainda, que as capacidades estatais de um determinado país variam ao longo do tempo e de acordo com as tarefas impostas ao Estado. Bichir (2015) considera, ainda, que estas variam consideravelmente de acordo com as áreas de políticas. Nesse sentido cumpre citar trecho de Gomide (2016):

É importante ressaltar que as capacidades estatais não se constituem em um conjunto de atributos fixos e atemporais. Elas variam no tempo, no espaço e por área de atuação. Um Estado pode ter tido muita capacidade de direção em um passado autoritário, mas vê-la enfraquecida no presente devido à existência de pontos de veto no sistema político. Do mesmo modo, em uma federação, um ente subnacional pode ter mais capacidade fiscal que outro. Por fim, é comum que determinadas agências ou burocracias possuam maiores capacidades administrativas que outras (GOMIDE, 2016 p.23).

Diversos autores<sup>3</sup> abordam sobre as capacidades estatais do governo federal e seus impactos nas políticas públicas. Vaz (2014) é um desses autores e, ao analisar diversos órgãos, conclui que as capacidades estatais do governo federal variam bastante conforme o órgão e o programa. Assim, há órgãos que ainda não dispõem de grande capacidade burocrática e política, outros que desenvolveram apenas um tipo de capacidade e outros que já alcançaram elevados níveis de capacidades burocráticas e políticas.

O autor também constata que essas capacidades variam ao longo do tempo e que diversos órgãos as aumentaram nos últimos anos. Dentre os órgãos analisados e que obtiveram grande crescimento de suas capacidades estatais está o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) (VAZ, 2014). Como este órgão se destaca no atendimento às demandas da população em situação de rua, iremos abordar mais sobre ele.

De acordo com Vaz (2014), o MDS foi um dos órgãos que saiu de uma situação de precariedade em relação às capacidades políticas e burocráticas em 2004 para uma realidade de boa capacidade estatal em 2009. Ao discorrer sobre os avanços em relação à capacidade administrativa do órgão, o autor destaca os seguintes aspectos: crescimento da proporção de técnicos envolvidos que, embora não pertencentes a uma carreira específica do órgão, lograram trabalhar numa carreira especializada na temática; e aumento do tempo médio de envolvimento dos técnicos não apenas no órgão, mas na área temática (VAZ, 2014).

Com relação ao aumento da capacidade política do órgão, o autor cita os seguintes resultados: crescimento da proporção de programas que se submeteram à Audiências Públicas ou Consultas Públicas; aumento da proporção de programas que haviam sido objeto de pauta em Conferências Temáticas; e aumento da quantidade de programas que haviam sido objeto de pauta de reuniões e deliberações dos Conselhos Gestores. O autor também destaca que os

---

<sup>3</sup> Podemos citar os seguintes autores: Gomide e Boschi (2016); Vaz (2014); Bruni (2015); Bichir (2015).

programas do MDS estão gerando bons resultados e que isso se deve às capacidades estatais adquiridas recentemente (VAZ, 2014).

Simões (2014) também discorre sobre a evolução da capacidade administrativa da assistência social e conclui que a oferta de força de trabalho da assistência social é marcada por um predomínio da esfera municipal que representa 93% da oferta de recursos humanos. Constata também que, apesar da redução da participação dos estados, houve um crescimento de 8% na força de trabalho da área e um aumento da quantidade de trabalhadores por unidade de atendimento entre 2010 e 2012. O que evidencia que a expansão da rede de equipamentos do SUAS foi acompanhada pela expansão da quantidade de trabalhadores.

Bruni (2015) é outro autor que discorre sobre o tema e conclui que entre 2005 e 2014 houve evolução da capacidade administrativa dos municípios em relação à assistência social. Essa evolução foi marcada por diferenças significativas em relação ao porte, região, extensão territorial dos municípios e taxa de extrema pobreza. Assim, percebe-se que os municípios que apresentavam mais debilidades em relação às suas capacidades administrativas foram exatamente os que mais se aprimoraram no período. Porém essa evolução não se deu em todos os aspectos analisados:

são justamente os municípios que possuem maiores contingentes de população extremamente pobres, em geral nas regiões Norte e Nordeste, os que mais avançaram em termos de capacidades administrativas no período analisado. As variáveis cujo desempenho desse perfil de municípios não se deu a contento, como perfil de pessoal ocupado e oferta de serviços, derivam de fatores estruturais, tais como limitações fiscais, que os impedem de adensar suas capacidades administrativas (BRUNI, 2015 p. 108).

O autor sugere que, ao analisar a capacidade administrativa deste setor, deve-se dar destaque para a formação tanto dos trabalhadores que atuam no nível gerencial quanto os do nível operacional, já que muitos serviços socioassistenciais têm natureza relacional. E conclui que apesar da evolução, ainda permanecem desafios importantes em relação à gestão participativa e ao perfil do pessoal ocupado (BRUNI, 2015).

Jaccoud, Bichir e Mesquita (2017) destacam que a recente expansão dos recursos humanos na assistência social foi acompanhada pela expansão das normativas, equipamentos e recursos financeiros. As autoras consideram que a evolução do setor é resultado do esforço do grupo político que assumiu o poder a partir de 2003 que privilegiou a construção de capacidades estatais na área da assistência social. Assim, cumpre citar:

Tais capacidades estatais não são construídas independentemente de agendas políticas; ao contrário, são desenvolvidas ou ampliadas em determinadas conjunturas históricas guiadas por determinadas agendas públicas e por determinadas perspectivas sobre o papel do Estado na promoção do desenvolvimento (JACCOUD, BICHIR e MESQUITA, 2017 p.44).

Como vimos, as relações federativas e as capacidades estatais surgem como elementos chave para a compreensão do processo de produção e implementação das políticas públicas brasileiras. As políticas destinadas às pessoas em situação de rua também são fortemente impactadas por esses elementos, além de enfrentarem outros obstáculos como a rejeição de parte da população e a resistência de diversos governos. Este trabalho se propõe a explorar os fatores mais influentes na adesão (ou não adesão) dos municípios a essas políticas. Para isso, discorrerá especificamente sobre as relações entre os entes no seu processo de implementação e abordará a relevância das capacidades estatais do governo federal e dos municípios nos processos de formulação, adesão e implementação dessas políticas.

## **Capítulo 2: Atuação do Estado em relação à População em Situação de Rua.**

Ao abordar o tema população em situação de rua, um fato que chama a atenção é o amplo desconhecimento sobre essas pessoas. Apesar de estarem presentes no cotidiano das cidades brasileiras (especialmente nas metrópoles), pouco se produziu sobre seus modos de viver e pensar, sua trajetória e estratégias de sobrevivência, seus hábitos e carências. Outro aspecto pouco conhecido é que, à despeito das dificuldades que a vida na rua impõe e da negligência do Estado, a população em situação de rua passou a se organizar, ganhar certo reconhecimento e a constar na agenda do poder público. A trajetória rumo a essa “relativa visibilidade” conta com o protagonismo da própria população em situação de rua e com a participação decisiva de diversos outros atores, como organizações não governamentais, instituições religiosas e integrantes do poder público em diferentes instituições, como Defensorias Públicas, Ministério Público, Conselhos de Direitos Humanos e órgãos do Poder Executivo.

Diante desse contexto, para compreender as políticas públicas destinadas à população em situação de rua, se torna essencial buscar melhores informações sobre este público e sobre sua trajetória em busca de reconhecimento e efetivação de direitos. Do mesmo modo, faz-se necessário avaliar como se deu o seu relacionamento com o Estado brasileiro. Este capítulo se propõe a refletir sobre essas questões e foi dividido em três partes: a primeira trata sobre o perfil da população em situação de rua no Brasil. Assim, serão apresentados diversos dados, tais como: quantidade de pessoas, principais causas que as levaram a viver nessa situação, as formas que utilizam para garantir seu sustento no dia a dia e os serviços e benefícios públicos mais acessados. A segunda parte aborda a trajetória empreendida pela população em situação de rua em busca de reconhecimento e efetivação de direitos. Aqui se discorrerá sobre o caminho que essas pessoas percorreram para ganhar espaço na agenda dos governos, os principais parceiros nessa trajetória, os avanços obtidos e como surgiu o Movimento Nacional da População de Rua - MNPR. A última parte discute a relação do Estado com este público, sua perspectiva em relação a ele e as variações ocorridas ao longo dos anos na formulação e execução de políticas públicas.

### **2.1 Perfil da população em situação de rua no Brasil.**

Estima-se que havia 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil em 2015. Apesar de representar um grande contingente de pessoas, essa população ainda é pouco conhecida e estudada. Ela não é incluída nos Censos do IBGE e foi objeto de apenas uma única pesquisa nacional. Esta pesquisa foi realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social, porém incluiu somente 71 municípios e se ateve exclusivamente aos adultos em situação de rua. O fato de termos apenas uma pesquisa nacional sobre essa população demonstra o descaso com o qual ela é tratada. Além disso, a ausência de informações dificulta o planejamento e a execução de políticas públicas para esse público e reforça sua invisibilidade social (NATALINO, 2016).

Entretanto, é importante destacar que nos últimos anos ocorreram diversas iniciativas visando preencher essa lacuna e, portanto, ampliar o conhecimento sobre essa população. Além da citada Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, destaca-se a realização de Censos da População em Situação de Rua em alguns municípios como São Paulo e Belo Horizonte. Ademais o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), instituído por meio do Decreto Nº 7.053/2009, demandou ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a inclusão desta população no Censo de 2020<sup>4</sup> (NATALINO, 2016).

Alguns registros administrativos também constituem fonte de dados sobre a população em situação de rua. A partir do Censo SUAS<sup>5</sup>, por exemplo, pode-se obter informações sobre se o município possui pesquisa ou levantamento que aponte a quantidade de pessoas em situação de rua em seu território e, em caso afirmativo, o número e o ano em que foi realizado o levantamento. Assim, no Censo SUAS de 2015, 1.261 municípios declararam ter realizado algum levantamento ou pesquisa sobre essa população. Apesar de este número representar menos da metade dos municípios brasileiros, são justamente os municípios mais populosos e com maior quantidade de pessoas em situação de rua os que informaram ter levantamentos (NATALINO, 2016). Portanto, pode-se inferir que a população em situação de rua está sendo cada vez mais pesquisada e estudada, principalmente devido a levantamentos municipais.

---

<sup>4</sup> Esta inclusão não será efetivada, pois, ao realizar um pré-teste na cidade do Rio de Janeiro em 2014, o IBGE encontrou uma série de dificuldades e concluiu que a tarefa seria inviável (NATALINO, 2016).

<sup>5</sup> O Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS) é realizado anualmente desde 2007 e coleta informações sobre serviços, programas e projetos de assistência social realizados pelas unidades públicas e pela Rede Socioassistencial Privada do SUAS. Fonte:

[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao\\_eletronica/muse/Censo2015/apresenta%C3%A7%C3%A3o.html](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao_eletronica/muse/Censo2015/apresenta%C3%A7%C3%A3o.html)

A partir dos dados obtidos na Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008) e nos Censos sobre População em Situação de Rua realizados nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte<sup>6</sup>, pode-se traçar o perfil desta população. Primeiramente, destaca-se que ela é composta predominantemente por pessoas do sexo masculino (mais de 80%), negras (os dados indicam uma grande proporção de pretos e pardos) e cuja idade média está próxima aos 40 anos. Além disso, as pesquisas indicam um elevado percentual de pessoas em situação de rua que vivem só<sup>7</sup>, o que reforça a percepção de que o rompimento dos laços familiares consiste em um dos principais motivos para a ida às ruas. Por fim, chama atenção o fato de esta população estar concentrada nas grandes cidades brasileiras<sup>8</sup>, sendo São Paulo a cidade com maior quantidade de pessoas em situação de rua (mais de 15 mil pessoas<sup>9</sup>) (NATALINO, 2016).

A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008) e o Censo de Belo Horizonte sobre População em Situação de Rua realizado em 2014 abordam os motivos que levaram essas pessoas à situação de rua. Os principais motivos identificados são: uso constante de drogas/álcool, rompimento de laços familiares, falta de emprego e moradia e renda insuficiente. Lopes (2006) aborda sobre o tema e conclui que há uma multiplicidade de fatores que conduzem à situação de rua. Destacam-se, assim, três ordens de fatores: os estruturais, como a ausência de moradia, trabalho e renda; os biográficos relacionados à vida particular do indivíduo, como a quebra de vínculos familiares, doenças mentais e uso abusivo de álcool ou drogas; e os fatos da natureza, como a ocorrência de terremotos ou inundações. A autora destaca, entretanto, que as causas estruturais do fenômeno população em situação de rua estão relacionadas à estrutura da sociedade capitalista, seus modos de produção e reprodução.

Ao abordar o assunto, Rodrigues (2015) destaca que há diversas perspectivas que, por meio da individualização ou fragmentação da situação, enxergam a situação de rua como

---

<sup>6</sup> Como a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua abarcou apenas alguns municípios e já se encontra desatualizada, optou-se por também utilizar os dados do Censo da População em Situação de Rua do município de São Paulo realizado em 2015 e do Censo da População em Situação de Rua do município de Belo Horizonte de 2014.

<sup>7</sup> O Censo sobre população em situação de rua realizado em São Paulo em 2015 apontou que 75% vivem só; enquanto que o Censo realizado em Belo Horizonte indicou que 64,1% vivem sozinhos, 30% em grupo, 4,7% com parente, e apenas 1,2% com cônjuge ou companheiro. Já a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua apontou que 38,9% não tem contato com parentes e que 14,5% mantém contato em períodos espaçados.

<sup>8</sup> Em sua pesquisa, Natalino (2016) conclui que a população em situação de rua está fortemente concentrada nos municípios mais populosos. O autor estima que 40,1% das pessoas em situação de rua residem nos municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de 77,02% em municípios de grande porte (com mais de 100 mil habitantes). Por outro lado, apenas 6,63% desta população reside em municípios com até 10 mil habitantes.

<sup>9</sup> De acordo com o Censo da População em Situação de Rua na cidade de São Paulo realizado em 2015.

algo temporário. O autor, entretanto, ressalta que se trata de um problema estrutural. Ou seja, o fato de haver tantas pessoas morando nas ruas revela um problema contínuo e largamente relacionado ao modo como a sociedade se estrutura, principalmente nas grandes cidades. O autor prossegue afirmando que não se trata de um fenômeno restrito ao Brasil e cita outras grandes metrópoles que enfrentam o mesmo problema, como Nova Iorque e Londres.

A respeito dos meios de sustento desta população, as pesquisas indicam que a maioria exerce alguma atividade. As mais mencionadas são: catador de material reciclável, flanelinha, vendedor ambulante e construção civil. Observa-se, também, que uma parte considerável recebe salário mensal por trabalhar com carteira assinada ou tem trabalho regular<sup>10</sup>.

As pesquisas sugerem, ainda, que grande parte das pessoas que vivem nas ruas não recebe auxílios ou benefícios do Estado. O Censo realizado em São Paulo (2015) revela que aproximadamente 55% não recebiam benefícios ou auxílios do poder do público, enquanto que o Censo de Belo Horizonte (2014) informa que apenas 31,2% das pessoas em situação de rua recebiam o benefício do Programa Bolsa Família. No entanto, observa-se que entre o período em que essas pesquisas ocorreram (no ano de 2014 em Belo Horizonte e em 2015 em São Paulo) e agosto de 2017 houve um grande crescimento do número de pessoas em situação de rua no Cadastro Único. Em 2015 havia 48.351 pessoas em situação de rua no Cadastro Único, enquanto que em agosto de 2017 esse número subiu para 81.960, sendo que dessas, 62.269 pessoas recebem os benefícios do Programa Bolsa Família<sup>11</sup>. Portanto, sugere-se que houve, também, um crescimento da proporção de pessoas em situação de rua recebendo os benefícios do Programa Bolsa Família.

O Censo de São Paulo (2015) destaca o elevado percentual de idosos em situação de rua que não recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) a que teriam direito. A pesquisa ressalta a necessidade de ampliação da cobertura do BPC e conclui que o acesso a esse tipo de benefício poderia contribuir para a melhoria das condições de vida de parcela dessas pessoas, o que ajudaria esses idosos a saírem da situação de rua.

A falta de documentação é uma realidade bastante comum entre essa população e consiste em mais uma barreira para o acesso aos seus direitos. Sobre o tema, a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008) apontou que quase um quarto (24,8%)

---

<sup>10</sup> De acordo com o Censo sobre a População em Situação de Rua do Município de São Paulo (2015), aproximadamente 12% recebe salário mensal e cerca de 5% possui emprego com carteira assinada.

<sup>11</sup> Fonte: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#>.



dessas pessoas não possui qualquer documento de identificação, resultado bem próximo do apontado pelo Censo de Belo Horizonte (22%). Já o Censo realizado em São Paulo encontrou um percentual menor (aproximadamente 10%). Esses dados evidenciam a dificuldade que encontram para exercer sua cidadania e acessar os serviços públicos. Além disso, a Pesquisa Nacional (2008) apontou que 13,9% das pessoas em situação de rua já passaram por experiência de impedimento na tentativa de tirar documentos.

Outros dados relevantes para o objeto de estudo deste trabalho se referem ao acesso aos serviços públicos. De acordo com o Censo realizado em São Paulo (2015), aproximadamente 10% das pessoas em situação de rua afirmaram não acessar os serviços de saúde indicados na pesquisa (posto de saúde, Unidade Básica de Saúde, unidades de Assistência Médica Ambulatorial, pronto socorro, hospital, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, e Consultório na Rua). Assim, conclui que a maioria da população em situação de rua tem acesso aos serviços de saúde. Interessante notar que os resultados desse Censo apontam que as pessoas em situação de rua que se encontram acolhidas costumam acessar mais os serviços de saúde em comparação com as não acolhidas.

Em Belo Horizonte, ao serem indagados sobre acesso aos serviços de saúde nos últimos três meses, 38,3% das pessoas em situação de rua afirmaram ter acessado o Centro de Saúde, 14,2% a equipe de Consultório na Rua e 12,5% o Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM. A respeito do acesso aos serviços da assistência social, a pesquisa apontou que 46,1% acessaram as Unidades de Acolhimento, 32,5% os serviços de Abordagem de Rua, 31,7% os Centros de Referências para a População em Situação de Rua, 30,7% entidades do Terceiro Setor e 24,1% o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008) traz outro dado revelador sobre as dificuldades que essas pessoas encontram para acessar os serviços públicos ao apontar que 18,4% já passaram por experiência de impedimento ao tentar receber atendimento na rede de saúde.

Em relação aos serviços que atendem essa população, o Censo de São Paulo (2015) conclui que:

A saída da rua é um objetivo difícil de ser alcançado em função dos problemas que essas pessoas vêm acumulando, desde as razões que as levaram a essa situação até as consequências do tempo de rua. Por outro lado, os serviços públicos de assistência social, saúde, trabalho e habitação ainda não conseguem dar vazão às demandas

específicas dessa população de forma a alcançar, conjuntamente, o objetivo de tirá-la da situação de rua (FIPE e SÃO PAULO, 2015 p.15).

O histórico de institucionalização dessa população é outro dado que chama atenção. De acordo com o Censo realizado em São Paulo, a maioria (58%) já passou por internação em alguma instituição. Aproximadamente um terço foi internado em instituições do sistema prisional, 31% em clínicas de recuperação de dependência de drogas ou álcool e 11% na Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA). Os resultados encontrados em Belo Horizonte também são elevados: 40,4% passaram pelo Sistema Prisional, 34% por Comunidades Terapêuticas, 17,2% por instituição psiquiátrica, 16,7% sistema sócio educativo, 15,7% CAPS/CERSAM.

A partir dos dados dos censos municipais utilizados, é possível perceber certa semelhança entre a população em situação de rua das duas cidades. A idade média, gênero e modos de sustento são parecidos. Porém também encontramos algumas diferenças importantes, como nos dados sobre posse de documentação e acesso aos serviços. Nesse sentido, deve-se ponderar que o perfil apresentado neste trabalho pode não refletir a realidade da população em situação de rua residente em outros municípios, com realidades socioeconômicas distintas. Também é interessante notar que o Censo de São Paulo, ao dividir os resultados entre pessoas em situação de rua que vivem nas ruas e as que estão abrigadas, evidencia a grande diferença na qualidade de vida entre os dois grupos.

Os dados apresentados confirmam que a população em situação de rua ainda encontra muita dificuldade para acessar os serviços públicos. Além disso, percebe-se que os maiores percentuais de atendimento nesses serviços estão relacionados à institucionalização, o que nos permite sugerir que a perspectiva de repressão e controle ainda persiste nas ações Estatais destinadas a esse público.

Esta população se caracteriza pela situação de extrema vulnerabilidade social, exposição à violência e por, constantemente, ser vítima de preconceito e de atos de violação dos direitos mais básicos. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) aborda sobre o preconceito contra as pessoas em situação de rua e a necessidade de resgate de sua identidade:

O preconceito contra essas pessoas é manifestado corriqueiramente e xingamentos – como vagabundo, maloqueiro, preguiçoso e mendigo – são muito comuns. Esses modos de denominar esses indivíduos acabam influenciando a forma deles próprios se perceberem. Diante desta realidade, podemos concluir que é urgente o resgate da identidade da pessoa em situação de rua. Ela precisa, antes de qualquer outra demanda,

recuperar a sua própria percepção de que é um ser humano como todos os outros. Após esse resgate, é necessário também afirmar essa identidade perante a sociedade e o Estado (BRASIL, 2014b p.10/11).

O próximo item irá se debruçar sobre o processo de organização e mobilização dessas pessoas e mostrará como a assunção da identidade “população em situação de rua” foi importante nesses processos.

## **2.2 Trajetória da população em situação de rua em busca de reconhecimento e efetivação de direitos.**

Após apresentar um pouco do perfil desse segmento, cumpre discorrer sobre a sua trajetória em busca de reconhecimento e efetivação de direitos. Isso se faz necessário, pois se entende que a produção de políticas públicas destinadas à população em situação de rua é fruto do reconhecimento das suas carências por parte do Estado e que a mobilização dessa população foi peça chave nesse processo. Além disso, percebe-se que a participação das pessoas em situação de rua é essencial nos processos de implementação e aperfeiçoamento dessas políticas. Sobre o tema, Ferro (2011) conclui que:

As conquistas no âmbito da política institucional no Brasil não ocorreram sem a reivindicação organizada da sociedade civil. Inicialmente, foram as Organizações da Sociedade Civil que articularam e reivindicaram o papel ativo do poder público, bem como seu papel preponderante em lidar com o problema das pessoas que vivem na rua. No entanto, progressivamente, a reivindicação foi fortalecida através do protagonismo e organização política da população em questão (FERRO, 2011 p.72).

A partir deste entendimento, algumas questões ganham destaque para a análise das políticas públicas para esta população, e serão abordadas nesta seção: a primeira consiste na compreensão do processo de mobilização e organização da população em situação de rua, que culminou no surgimento do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR); a segunda se refere ao processo de reconhecimento deste público como cidadãos que devem ser destinatários de ações específicas por parte do Estado; a terceira questão é relativa aos mecanismos criados pelo Poder Público para permitir que estas pessoas participem dos processos de formulação e implementação dessas políticas públicas e exerçam controle social sobre elas; e, por fim, a quarta consiste nas conquistas recentes dessa população nos espaços de participação social (e das capacidades políticas) para a consolidação e ampliação dessas conquistas.

Mobilizar pessoas com experiências comuns, organizar um movimento em âmbito nacional e ganhar espaço nas agendas do poder público são tarefas extremamente complexas, que exigem muito esforço e uma longa trajetória. Se levarmos em consideração que se trata da mobilização e organização de pessoas que possuem em comum a vida nas ruas e todas as dificuldades que ela impõe, chega-se à conclusão que se trata de uma tarefa ainda mais difícil. Melo (2016 p.46) é um dos autores que discorre sobre o tema e conclui “que foi necessário percorrer um longo caminho até que se formassem de maneira mais concreta as condições de possibilidade para que se tornasse viável a organização do movimento nas bases em que foi criado.” Assim, pode-se afirmar que a trajetória de mobilização e organização da população em situação de rua consistiu em uma longa e surpreendente caminhada.

As origens da organização da população em situação de rua têm início bem antes do surgimento do MNPR. Ao discorrer sobre os seus primeiros passos, é frequente mencionar os trabalhos realizados por grupos da Igreja Católica nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte, com destaque para a Organização do Auxílio Fraternal (OAF). Esta organização foi uma das primeiras a se preocupar com esse público que, até então, permanecia invisível. Um fato que evidencia o pioneirismo da OAF é ter realizado um dos primeiros registros da utilização da expressão “população de rua” em 1978 (MELO, 2016).

Inicialmente, as atividades desenvolvidas pela OAF não se distinguiam dos trabalhos de outras organizações e eram marcados pelo cunho caritativo. Porém, no fim da década de 1970 e início da década de 1980, esta organização alterou seus métodos e formas de trabalho. Ela começou, então, a “investir em uma abordagem mais comunitária e próxima às pessoas que viviam nas ruas” e passou a ser vista como aliada e não mais como benfeitora (MELO 2016 p.47). Regina Maria Manoel, coordenadora geral da OAF, abordou sobre essa mudança em entrevista concedida em setembro de 2004 ao Jornal Folha de São Paulo<sup>12</sup>:

Entre num período de mudanças em que a OAF fechava a instituição e privilegiava a convivência e a organização a partir da rua. Íamos até a rua, debaixo do viaduto, distribuir sopa feita com sobras da feira ou, aos domingos, conversar sobre a vida, celebrar um pouco a fé. A partir daí criamos grupos e depois trabalhamos com os catadores. Reuníamos as pessoas da rua e buscávamos soluções a partir do que elas vivem. Em 1980, desenvolvemos um centro comunitário onde elas iam tomar banho, fazer programas culturais, como teatro, discutir a vida, fazer documentação, ocupar casas desocupadas.

---

<sup>12</sup> Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/fofha/dimenstein/comunidade/gd150904c.htm>

Houve, portanto, uma importante mudança na concepção do trabalho da organização. As pessoas em situação de rua passaram a ser convidadas a refletir sobre sua realidade e os membros da organização buscavam uma relação de ajuda mútua que ia além das necessidades mais imediatas. As ações da organização passaram a contar com a participação e colaboração dessas pessoas, ao contrário do que ocorria anteriormente quando elas apenas recebiam. Essas atividades resultaram em um sentimento de pertencimento, ao invés da percepção de “pobre sofredor” passou-se para o reconhecimento de “povo sofredor”. Isto é, essas pessoas passaram a reconhecer que pertenciam a uma comunidade de sofredores (MELO, 2016). O autor conclui:

É a partir dessa passagem de atribuição de responsabilidade a sujeitos que não tiveram sucesso em se estabelecer como “domiciliados” para uma compreensão deles como vítimas de processos sobre os quais não se têm controle que se elaboram os argumentos em torno da mobilização. Este tem sido um eixo que organiza uma construção ideológica que se cristalizou em palavras de ordem utilizadas frequentemente ainda hoje: “Não escolhemos viver assim”, “O povo da rua quer viver”, “Somos um povo que quer viver”, “Queremos nossos direitos”.

Tais inovações tiveram um impacto direto em uma “virada de protagonismo” e auto-organização da população em situação de rua (MELO, 2016 p.49).

Posteriormente, durante a década de 1980, ocorreram alguns fatos importantes para a mobilização da população em situação de rua: houve a replicação da metodologia usada pela OAF para outros municípios; iniciou-se um trabalho com este público em Belo Horizonte que foi importante para a organização do MNPR; e houve a ampliação da rede de pessoas atuando com essa perspectiva de ação e ajudando na formação de novas lideranças de pessoas em situação de rua por meio da expansão da Pastoral do Povo da Rua, que era uma organização ligada a essa história e metodologia (MELO, 2016).

Apesar desses avanços, foi na década de 1990 que as iniciativas em torno da população em situação de rua ganharam relevância e as atividades se tornaram mais intensas com mobilizações em relação à ausência de políticas públicas para esse segmento. Nesse momento, a mobilização era marcada pelo protagonismo de entidades de apoio e defesa dessa população. Duas experiências se destacam nesse contexto: a primeira consiste na criação do Fórum Coordenador dos Trabalhos com a População em Situação de Rua em São Paulo, na gestão da prefeita Luiza Erundina (PT). Este fórum colaborou na formulação da Lei Municipal

de Atenção à População em Situação de Rua<sup>13</sup> que só foi regulamentada em 2001, na gestão de Marta Suplicy (PT) (MELO, 2016). De Lucca (2007) aborda o tema e pondera que a mesma prefeitura que regulamentou a lei, também a descumpriu:

A regulamentação da Lei de Atenção à População em Situação de Rua, na gestão municipal Marta Suplicy (2001-2004), foi outro importante momento de alteração nas relações que gravitam em torno da população de rua. A aparição desta lei não só nomeou e constituiu juridicamente o grupo de interesse “população de rua”, mas também estabeleceu formas institucionais de regulação das relações que conectam o morador de rua, passando pelas organizações mediadoras, até o Estado. Apesar de esta lei oficializar e formalizar, através de um direito específico e juridicamente reconhecido, uma série de demandas que foram se construindo ao longo do percurso temporal aqui narrado, é importante ter em conta que muitas premissas desta lei não foram seguidas<sup>39</sup>.

A segunda mobilização relevante ocorreu em 1993, na cidade de Belo Horizonte, sob a gestão do prefeito Patrus Ananias (PT), e se refere à criação do “Programa População de Rua” e do Fórum da População de Rua<sup>14</sup>. Em 1998 esse fórum promoveu o Primeiro Censo da População de Rua em Belo Horizonte (MELO 2016). Frota e Brasil (2013) discorrem sobre a ruptura que a criação deste fórum representou:

Em síntese, destaca-se que até o início dos anos noventa, as poucas ações existentes eram destinadas aos migrantes, ações essas, por vezes de natureza mais excludente do que inclusiva, por reforçarem a transitoriedade e não a permanência das pessoas na cidade. Ações destinadas a famílias, grupos ou indivíduos que vivem na ou da rua eram escassas, mal dimensionadas e pouco adequadas para dar conta da complexidade e da diversidade dos problemas enfrentados por essas pessoas. A partir da criação do Fórum de População de Rua de Belo Horizonte (FPR), esse quadro inverte-se, de tal forma a produzir uma política pública destinada à diversidade que compõe a população de rua (FROTA E BRASIL, 2013 p.6).

Melo (2016) destaca as semelhanças entre essas iniciativas: ambas contaram com a presença e articulação de entidades religiosas que foram importantes na mobilização da população de rua; foram apoiadas por gestões municipais do PT; criaram espaços de interlocução (fóruns) entre os governos e a sociedade civil para debater as ações do poder

---

<sup>13</sup> Lei 12.316 de 16 de abril de 1997 - Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo. Acessível em [http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios\\_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=26041997L%20123160000](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=26041997L%20123160000)

<sup>14</sup> De acordo com Frota e Brasil (2013), o Fórum da População de Rua foi criado em 1993 e permaneceu em funcionamento até 1999. Deixou de funcionar por alguns anos, mas, em 2005, retomou suas atividades, mantendo-se em funcionamento.

público para esse público; e promoveram levantamentos sobre o perfil e a quantidade de pessoas em situação de rua. Ferro (2011) destaca que, além das iniciativas em São Paulo e Belo Horizonte, outros governos municipais, como os do Rio de Janeiro, de Porto Alegre e de Recife, passaram a desenvolver políticas públicas, criar foros e realizar estudos sobre essa população. A autora avalia que essas iniciativas estavam fortemente concentradas na área da assistência social, que pretendia gerir o problema e reduzir os seus efeitos.

Outro fato importante foi o surgimento da Associação Rede Rua em meados dos anos 90. Inicialmente, esta associação se dedicou a projetos de assessoria e comunicação do povo da rua e tinha como proposta criar uma rede que interligasse trabalhos de pequenos grupos que falavam sobre a vida nas ruas. O primeiro projeto desenvolvido nesse sentido foi o jornal “O Trecheiro – Notícias do Povo da Rua” que buscava denunciar a violência sofrida pela população de rua, desmitificar o senso comum sobre essas pessoas e servir como instrumento de reconhecimento desta população. A primeira edição do jornal foi disponibilizada em agosto de 1991, quando ainda era produzido de forma artesanal. Seus exemplares são distribuídos nos serviços socioassistenciais, órgãos públicos, praças e seminários até os dias de hoje. Esta iniciativa também serviu para estimular a percepção de pertencimento a um grupo maior de pessoas, o povo de rua. Além disso, a Associação Rede Rua também contribuiu para a criação de alguns serviços assistenciais, como a primeira Casa de Convivência do Povo da Rua no Brás em 1991.<sup>15</sup>

No início dos anos 2000, surgiram os primeiros movimentos organizados e articulados tendo pessoas em situação de rua como protagonistas, o que representou uma grande virada na organização desta população. A partir deste momento, as lideranças desses movimentos ganharam progressivo reconhecimento e passaram a ocupar lugares estratégicos. Alguns exemplos são: em 2003, três lideranças passaram a compor o Conselho de Monitoramento da Política de Atendimento à População de Rua em São Paulo<sup>16</sup>; em 2004, algumas lideranças passaram a coordenar o Fórum de São Paulo; foi criado o espaço “Plenária Fala Rua” que consiste em reuniões mensais para auto-organização das pessoas em situação de rua; e, em Belo Horizonte, surgiu o trabalho “A Rua em Movimento”, que daria origem ao

---

<sup>15</sup> Fonte: Site da Associação Rede Rua: <https://rederuasp.wordpress.com/historia-3/> e site do jornal “O Trecheiro – Notícias do Povo da Rua”: <https://www.rederua.org.br/o-trecheiro>

<sup>16</sup> Esses representantes foram escolhidos por meio de uma votação que contou com a participação de 591 pessoas em situação de rua. Fonte: Jornal “O Trecheiro – Notícias do Povo da Rua” disponível em [https://docs.wixstatic.com/ugd/8a2052\\_81f00b4890f14a3f8b6d67745967fe1f.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/8a2052_81f00b4890f14a3f8b6d67745967fe1f.pdf)

MNPR e também objetivava a auto-organização desta população para discutir políticas públicas com o governo (MELO, 2016).

Esse período também é marcado pela ampliação do debate sobre o fenômeno população em situação de rua que passou a incluir novos sujeitos e institucionalidades. Melo (2016) considera que, nesse contexto, criou-se uma politização em torno da questão população de rua e se tornou evidente o reconhecimento destes sujeitos como protagonistas na produção sobre o tema:

Essa multiplicidade de agências produz uma “questão população de rua” que se materializa em disputas sobre as representações em torno do fenômeno e estratégias de intervenção. Assim, percebe-se que do final da década de 1990 em diante, a politização em torno da questão população de rua se acentua, diversos agentes de organizações da sociedade civil e representantes/porta-vozes da população de rua investem em um intenso processo que resulta na constituição de manifestações, tais como fóruns, seminários, encontros e demais espaços específicos para auto-organização. Tais processos, por fim, colocam em evidência um crescente reconhecimento destes sujeitos enquanto sujeitos de direitos e protagonistas válidos no que tange à produção sobre o tema (MELO, 2016 p.52/53).

Em 2004 o processo de organização desta população foi adensado com o surgimento do MNPR. Ele foi motivado pelo episódio conhecido como “Massacre da Praça da Sé”, que consistiu no ataque a um grupo de pessoas em situação de rua nas madrugadas entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, no centro de São Paulo. O ataque causou a morte de sete pessoas, sendo que poucos dias depois mais uma pessoa que havia testemunhado os crimes também foi assassinada. Suspeita-se que os ataques tenham contado com a participação de agentes da polícia e com o apoio de comerciantes, motivados pelo incômodo causado pela presença de pessoas em situação de rua no local (MELO, 2016). Cartilha do MNPR menciona o massacre como um evento decisivo para sua formação:

Em 2004, na cidade de São Paulo, ocorreu a barbárie conhecida como chacina da Praça da Sé. O episódio vitimou fatalmente sete moradores de rua e foi seguido de outros atos semelhantes em vários pontos do País. A partir daí grupos da população de rua em São Paulo e Belo Horizonte iniciaram a mobilização para consolidar o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR, 2010 p.29).

Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) discorre sobre o surgimento do MNPR e também destaca a importância desse fato:

A formação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) foi fruto da crescente indignação com a violência e a negação de direitos a que esse público está



submetido. Seu surgimento ocorreu no início dos anos 2000 como resposta a diversos episódios de violência contra a População em Situação de Rua. Dentre eles, destaca-se o “Massacre da Sé” que aconteceu nos dias 19 a 22 de agosto de 2004 quando 16 pessoas em situação de rua foram agredidas e sete foram assassinadas na cidade de São Paulo. Esses episódios geraram diversas manifestações na busca de justiça. Dentre essas manifestações, ressalta-se o “1º Ato pela Vida” que ocorreu no centro da cidade de São Paulo no dia 22 de agosto de 2004, e o “III Festival Lixo e Cidadania” que aconteceu em Belo Horizonte em setembro de 2004. Esses acontecimentos fizeram a População em Situação de Rua se unir e lançar as sementes do MNPR. Foi criada a bandeira e definidos os seus princípios (BRASIL, 2014b p.19).

Esse episódio se tornou um marco fundamental da fundação e identidade do MNPR. Ele ocorreu em um momento em que representantes da população de rua já estavam ganhando reconhecimento e o debate sobre essa população estava amadurecendo a ponto de produzir ações práticas. A reação ao massacre acabou criando um contexto favorável à organização do movimento, devido à grande comoção e à rápida resposta de organizações e da militância. Além disso, mobilizou discursos que enfatizavam a necessidade de ações concretas, o que estimulou o crescimento da adesão ao movimento e o aumento da mobilização (MELO, 2016). Um desses discursos foi proferido pelo Arcebispo Dom Cláudio Humes no ato ecumênico realizado na Praça da Sé e publicado na edição de agosto de 2004 do jornal “O Trecheiro – Notícias do Povo da Rua”:

Não basta dá abrigo de noite, não basta dá comida, não basta levar ao hospital. Esse povo continua na rua, marginalizado, excluído. Precisa de políticas públicas estruturais que faça com que este povo possa voltar a trabalhar, possa ter capacitação para o trabalho. E os que não tem condições, por vários motivos, devem ser assumidos pelo Estado plenamente ou levados para instituições que os dêem vida digna (Jornal “O Trecheiro – Notícias do Povo da Rua”, agosto de 2004 - edição nº 123 p.1).

A reação ao massacre, portanto, gerou mais mobilização, novos militantes e a reafirmação da necessidade de agir politicamente. Um fato que demonstra a importância desse episódio foi o dia 19 de agosto passar ser celebrado como o Dia de Luta da População de Rua. Esta data é lembrada até os dias de hoje, em várias cidades brasileiras, com diversas atividades, como manifestações e eventos públicos em memória, luto, reivindicação e defesa de direitos (MELO, 2016).

Em meio a esse contexto, em setembro de 2005, durante o 4º Festival Lixo e Cidadania, realizado em Belo Horizonte, foi lançado oficialmente o MNPR. Este evento foi promovido pela Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis (Asmare) e tinha como

tema a destinação sustentável dos resíduos sólidos urbanos e a importância dos catadores de lixo para a limpeza urbana<sup>17</sup>. O foco não era a população em situação de rua, mas esta foi convidada a participar e aproveitou a ocasião para lançar oficialmente o seu movimento. Interessante notar que o lançamento contou com a participação de pessoas em situação de rua de São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Bahia e Cuiabá (MNPR, 2010). Ou seja, já neste período, a organização da população de rua havia se expandido para outros centros. A Cartilha do MNPR (2010) discorre sobre os objetivos do movimento:

(...) o Movimento Nacional da População de Rua surgiu para enfrentar os riscos na rua. E mais, para repudiar o preconceito, a discriminação, as violações dos direitos humanos. Surgiu para reivindicar políticas públicas que atendam às necessidades e à dignidade humana (MNPR, 2010 p.28).

Ressalta-se que, ao final da década de 1990 e início dos anos 2000, o MNPR havia se expandido e contava com representantes em diversos municípios. Além de São Paulo e Belo Horizonte, pode-se citar Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre, Curitiba, Fortaleza e Juiz de Fora<sup>18</sup>. Texto sobre a população em situação de rua em Porto Alegre destaca a organização do movimento no município:

Em 1998, Porto Alegre já contava com organizações coletivas da população em situação de rua. Podemos citar algumas iniciativas existentes, como: Movimento da População de Rua e os Movimentos dos Direitos da População de Rua (MDPR), processos coletivos que possibilitam a participação de um representante da população em situação de rua no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), através de eleição, pela região centro, marco de luta e protagonismo desse segmento (SCHUCH et al, 2012 p.80).

Destaca-se que, com a gestão do Presidente Lula, o governo federal adota uma postura inédita até então, e passa a dialogar com os representantes desse segmento e reconhecer sua organização e mobilização. Logo em seu primeiro ano de mandato, em 2003, o presidente começa a celebrar o natal com pessoas em situação de rua e catadores de material reciclável que aproveitaram para reivindicar políticas públicas e buscar a afirmação de seus direitos. Pouco tempo depois, em 2005, organizou-se o I Encontro Nacional da População de Rua que teve como objetivo “discutir os desafios e estratégias para a construção das políticas públicas para a população em situação de rua” e contou com a participação de organizações da sociedade civil, representantes da população de rua, de distintas esferas de governo, das Secretarias do

---

<sup>17</sup> Fonte: <http://www.mma.gov.br/informma/item/2743-lula-e-marina-silva-abrem-encontro-sobre-lixo-e-cidadania>

<sup>18</sup> Fonte: <http://movpoprua.wixsite.com/movpopruasalvador/o-movimento>

MDS e especialistas no tema (BRASIL, 2006a). Esses fatos foram importantes para que essa população ganhasse espaço na agenda governamental.

As principais iniciativas, entretanto, ocorreram a partir de 2009 com destaque para a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e de seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP-Rua), por meio do Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Essa Política evidencia a intenção de promover o diálogo com esse segmento, conforme expresso em uma de suas diretrizes, que consiste no “incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas”<sup>19</sup>.

Entre as iniciativas do governo federal que objetivaram ampliar o diálogo com esse segmento e estimular sua organização e mobilização, se destacam duas: a primeira consiste no Projeto do Ministério do Desenvolvimento Social - MDS, vigente entre novembro de 2009 e agosto de 2010, que firmou uma parceria entre a representação da Unesco no Brasil e o Instituto Pólis com o objetivo de fortalecer o MNPR e capacitar suas lideranças. Melo (2016) destaca a importância deste projeto para o movimento:

(...) em função do Projeto, que dá amplitude e certa autonomia financeira para que suas lideranças de fato se tornassem reconhecidas e tomassem parte em um movimento de proporções nacionais. O projeto foi fundamental para a mobilização e fortalecimento de novos núcleos estaduais que passam também a se reconhecer entre si, fazer parte de uma rede de militantes e a construir um vocabulário próprio (MELO, 2016 p.60).

A outra iniciativa consiste nos eventos de “Capacitação de Lideranças da População em Situação de Rua” realizados pelo Ministério da Saúde. Essas capacitações foram realizadas em 2012 e 2013 e contaram com a participação de mais de 30 lideranças do MNPR de diversos estados. Alguns dos temas discutidos foram: controle social, protagonismo popular, e direito à saúde. Além desses conteúdos, esses eventos reservaram momentos para as lideranças do MNPR debaterem a organização e mobilização do movimento.

Além dessas ações, o governo federal criou mecanismos de participação e controle social com o objetivo de acompanhar e monitorar as políticas públicas para esse público, como o já citado CIAMP-Rua e o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, instituído por meio da Portaria MS nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009. O MNPR integra esses comitês e, assim, participa da formulação e acompanha a execução dessas políticas públicas.

---

<sup>19</sup> Artigo 6º, inciso VII da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Esses comitês também são espaços em que se denuncia a ausência de ações ou má prestação de serviços nos territórios e se cobra mais efetividade do poder público.

Observa-se, ainda, que diversos governos municipais criaram espaços de participação social com o objetivo de debater e monitorar as políticas públicas para a população em situação de rua, como o Fórum da População de Rua de Belo Horizonte, o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua de São Paulo, o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Municipal para a População em Situação de Rua de Maceió<sup>20</sup> e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua de Porto Alegre<sup>21</sup>. Ademais foram criados Comitês Estaduais e Municipais com o objetivo de acompanhar as ações de saúde para essa população, como o Comitê Técnico Estadual de Saúde para a População em Situação de Rua do Estado da Bahia, o Comitê Técnico de Saúde da População de Rua de Curitiba e o Comitê Estadual de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua de Goiás (BRASIL, 2014b). Por fim, cumpre destacar que o MNPR ocupa uma vaga no Conselho Nacional de Assistência Social desde 2014 e no Conselho Nacional de Saúde desde 2013.

Percebe-se, portanto, que o governo federal e alguns governos estaduais e municipais passaram a investir na inclusão da população em situação de rua, por meio do MNPR e de outras entidades representativas, nos processos de formulação e monitoramento das políticas públicas para o segmento. Ou seja, essas políticas públicas foram dotadas de capacidade política, conforme o conceito adotado neste trabalho que relaciona a dimensão política das capacidades estatais “às habilidades e procedimentos de inclusão dos múltiplos atores (sociais, econômicos e políticos) de forma articulada nos processos de políticas públicas, visando à construção de consensos mínimos e coalizões de suporte aos planos, programas e projetos governamentais” (GOMIDE e PIRES, 2016 p.7).

Houve, portanto, uma relevante mudança de postura do governo federal em relação à população em situação de rua e uma primazia dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos no que se refere às políticas para esse segmento. O próximo item irá tratar sobre a trajetória do Estado em relação a esse segmento e apresentará as demais políticas públicas criadas para esse público.

---

<sup>20</sup> Este Comitê foi instituído pelo Decreto Municipal nº. 7.199 de 11 de Novembro de 2010.

<sup>21</sup> Este Comitê foi instituído pelo Decreto Municipal nº 17.111, de 20 de junho de 2011.

## 2.3 Histórico da relação entre Estado e população em situação de rua.

A atuação do Estado em relação às pessoas em situação de rua é historicamente marcada pela repressão e controle, sendo comum a prática de atos higienistas e de segregação. Já no período colonial tem-se a edição de normativas impondo repressão aos vadios, o que se repeliu diversas vezes durante o século XX. Em meados dos anos 2000 houve uma ruptura no modo como o Estado se relaciona com esse público, já que este passou a incluí-lo em suas políticas públicas e a formular iniciativas objetivando sua inclusão social, mobilização, organização e participação. Devido a esta variação, é essencial resgatar o histórico da relação entre Estado e população em situação de rua para compreender o contexto em que as políticas públicas que são objeto desse trabalho foram criadas.

Teixeira, Salla e Marinho (2016, p.383) abordam o controle e a repressão da vadiagem em São Paulo e concluem que “a repressão aos vadios no Brasil tem uma longa história”. Os autores narram que, desde o período colonial, as Ordenações do Reino já determinavam que os vadios, ou seja, os que não tinham senhores nem meios para se sustentar, fossem presos e açoitados. O mesmo ocorreu no Império, quando se impunha o termo de bem viver a essas pessoas e obrigava-se que vivessem ‘decentemente’. Este ordenamento tinha objetivo corretivo, pois previa o confinamento aos que não o cumprissem. Esta disposição está expressa nos parágrafos 2º e 3º do artigo 12 do Código de Processo Criminal de 1832, conforme exposto:

Art. 12. Aos Juízes de Paz compete:

§ 2º Obrigar a assinar termo de bem viver aos vadios, mendigos, bêbados por hábito, prostitutas que perturbam o sossego público, aos turbulentos que por palavras ou ações ofendem os bons costumes, a tranquilidade pública e a paz das famílias.

§ 3º Obrigar a assinar termo de segurança aos legalmente suspeitos de pretensão de cometer algum crime, podendo cominar neste caso, assim como aos compreendidos no parágrafo antecedente, multa até trinta mil réis, prisão até trinta dias e três meses de casa de correção ou oficinas públicas (BRASIL, 1832).

A perseguição e repressão à vadiagem eram uma das formas que o Estado empreendia para controlar bêbados, prostitutas e mendigos, pessoas conectadas ao fenômeno da escravidão, que organizava a estrutura social vigente (TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016). A preocupação com esse controle, sobretudo com os recém-libertos, persistiu durante os

anos posteriores e foi expressa por parlamentares que debateram os projetos de lei dos quais decorreram as Leis Emancipacionistas, já na década de 1870 e 1880 (SILVA, 2009).

Com a abolição da escravatura e a posterior Proclamação da República, a repressão aos “vadios” recrudesceu, já que aumentou consideravelmente o número de negros que perambulavam pelas ruas das cidades a procura de trabalho. Teixeira, Salla e Marinho (2016 p.385) afirmam que, nesse momento, houve “intensa mobilização das elites com o objetivo de criar dispositivos para intensificar a perseguição e a repressão à vadiagem”. Silva (2009) aborda a perspectiva dos parlamentares no contexto pós-abolição:

Não foi diferente no período que se seguiu à aprovação da lei de 13 de maio de 1888. Logo após a assinatura da lei, parecia a alguns parlamentares que o Brasil defrontava-se, então, com um sério problema: o que fazer com o enorme contingente de escravos que “vagava pelas ruas” e que a estes mesmos parlamentares pareciam não ter ocupação ou moradia. No mesmo ano de 1888, poucos dias após a aprovação da chamada Lei Áurea, o Ministro da Justiça – Ferreira Vianna – apresentou à Câmara dos Deputados uma proposta de lei: o “Projeto de Repressão da Ociosidade” – que recebeu na Câmara dos Deputados o número 33. O projeto visava reprimir principalmente a ociosidade dos libertos, que eram vistos como potencialmente criminosos, pois eram tidos como ociosos, e a ociosidade era entendida pelo Ministro como a principal causadora de crimes na sociedade (SILVA, 2009b p.1).

Apesar de haver dispositivos para reprimir os considerados vadios, os parlamentares que discutiam o Projeto de Repressão da Ociosidade entendiam que essa legislação era insuficiente para atender ao novo contexto. Consideravam ineficazes as penalidades previstas e destacavam a ausência de situações de agravantes. Além disso, o Ministro Ferreira Vianna considerava falha a “ausência de instituições que recolhessem os ociosos infratores dos termos de bem viver” (SILVA, 2009b p.2). Teixeira, Salla e Marinho (2016) abordam as discussões em torno desse projeto:

As intensas discussões que sucederam à análise desse projeto e de outros similares, apresentados simultaneamente na Câmara dos Deputados, visavam à construção de um sistema de perseguição e controle das classes ditas perigosas, com a justificativa formal de promover a correção moral da ociosidade e suas degenerescências, impondo uma ética regeneradora erigida em torno do trabalho forçado nos institutos correccionais (TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016 p. 386).

Como desenlace para o problema da ociosidade, promulga-se, por meio do Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890, o Código Penal que estabelece a vadiagem como contravenção. Este Código dispôs que os indivíduos que não exercessem uma ocupação

honestas, não tivessem meios de subsistência e domicílio certo fossem presos por quinze a trinta dias. A prisão serviria como punição e os obrigaria a procurar uma profissão honesta (SILVA, 2009b). Esta disposição está prevista no artigo 399 que compõe o Capítulo XIII - “Dos Vadios e Capoeiras” deste Decreto:

Art. 399. Deixar de exercitar profissão, officio, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistencia e domicilio certo em que habite; prover a subsistencia por meio de occupação prohibida por lei, ou manifestamente offensiva da moral e dos bons costumes:

Pena - de prisão cellullar por quinze a trinta dias.

§ 1º Pela mesma sentença que condemnar o infractor como vadio, ou vagabundo, será elle obrigado a assignar termo de tomar occupação dentro de 15 dias, contados do cumprimento da pena.

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

A nova lei tornou mais rigoroso o controle e a repressão à vadiagem. Ao invés da sujeição ao “termo de bem viver”, criou-se o termo de tomar ocupação, que obrigava o indivíduo a procurar emprego lícito e determinava o recolhimento a colônias correcionais caso houvesse quebra do termo. Além disso, o Código deixou patente o controle dos vadios por meio da imposição ao trabalho (TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016). Ao abordar o tema, Silva (2009b) conclui que havia a percepção de que as classes mais pobres representavam perigo para o conjunto da sociedade e que a pobreza gerava os malfeitores e viciados. Assim, naquele contexto, os libertos se tornaram os principais suspeitos.

Essa postura do Estado permaneceu durante a República Velha quando foram editadas novas normativas sobre o tema, como, por exemplo, o Decreto N° 6.994, de 19 de junho de 1908, que estabeleceu a internação na Colônia para os vadios, mendigos validos, capoeiras e desordeiros e o Decreto N° 4.294, de 6 de julho de 1921, que criou um estabelecimento para internação dos ébrios e tornou mais rígida sua punição. Essas normativas evidenciam a permanência do controle policial sobre os mendigos, vadios e ébrios e o objetivo de sujeitá-los ao trabalho. O controle sobre essas pessoas e a conformação de seus comportamentos atendia ao conjunto de transformações socioeconômicas que o país atravessava, como a emergência do trabalho livre, da nova ordem econômica e da urbanização (TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016).

Durante a Era Vargas, a perseguição aos vadios foi intensificada e, como resultado, houve uma maior especialização do aparelho policial com a finalidade de controlar esses indivíduos. Para se ter ideia da amplitude da perseguição, 2.537 pessoas foram presas por vadiagem apenas no município de São Paulo em 1935, o que correspondia a uma taxa de 229,2 a cada 100 mil habitantes. As ações policiais eram operacionalizadas pela categorização de mendigos verdadeiros e falsos, com a finalidade de romper com certa tolerância em relação à mendicância, fomentada pela importância da Igreja Católica nas práticas de assistência social delegadas pelo Estado (TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016). Lapa (2008) também aborda o tema:

A lexia “mendigo” define quem pedia esmolas, não podendo trabalhar e passando então a usar desse expediente para a obtenção de proventos, o qual não encontra sanção naquela sociedade, embora seja tolerado e controlado. Para a ideologia liberal, então vigente, o mendigo tem certos direitos reconhecidos, como o de ser mendigo, enquanto sua cidadania é extremamente limitada, quando não negada. É claro que não se enquadra na primeira situação o problema da falsa mendicância, isto é, daqueles que não trabalham porque não querem e não porque não podem (vadiagem), tornando-se, portanto, ilícita sua “função” de esmolar (LAPA, 2008 p.30).

Destaca-se, ainda, a promulgação da Lei das Contravenções Penais, por meio do Decreto Lei Nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, que, em seu Capítulo VII, discorre sobre as Contravenções relativas à polícia de costumes. O artigo 59 desta lei previa a prisão de quinze a três meses a quem, apto para o trabalho, se entregasse habitualmente à ociosidade, sem ter renda que lhe garantisse a subsistência ou se ocupasse de meios ilícitos para subsistência. Ademais, o artigo 60 desta lei previa a mesma punição aos que mendigavam<sup>22</sup>.

Percebe-se, então, que a postura de repressão e controle do Estado em relação aos vadios, entre os quais estavam as pessoas em situação de rua, remonta ao período colonial e persistiu durante o século XX. Teixeira, Salla e Marinho (2016) abordam o modo como eram realizadas as práticas policiais e destacam sua constância até a década de 1980:

As detenções correcionais consistiram em práticas policiais arbitrárias que vigoraram no sistema de controle social e repressão criminal brasileiro do Império até meados dos anos 80 do século XX. Além de se caracterizarem como instrumento privilegiado, aparentemente voltado para a manutenção da ordem pública pelas forças policiais, as autointituladas práticas correcionais não se voltavam para condutas criminais propriamente ditas, ou mesmo para o cometimento de contravenções. Destinavam-se,

---

<sup>22</sup> Ressalta-se que o artigo 59 desta lei continua vigente e que o artigo 60 foi revogado apenas em 2009, por meio da Lei 11.983, de 16 de julho de 2009.



antes, a determinados tipos sociais e eram operacionalizadas à margem dos termos legais e à revelia de uma acusação formal, sem a formação do devido processo (TEIXEIRA, 2012 apud TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016 p.388).

Outro aspecto importante a se destacar é a ausência do Estado no que se refere à oferta de serviços de assistência social neste período. Esses eram realizados por instituições privadas, se resumiam a ações caritativas e, quase sempre, estavam ligados à Igreja Católica. Lapa (2008) aborda o tema:

Assim, órfãos e/ou menores abandonados, enfermos e loucos adultos, mães solteiras e velhos inválidos, delinquentes e mendigos povoam esse universo, reclamando da sociedade, portanto, o aparato capaz de contê-los, confiná-los e mantê-los, discipliná-los enfim. É um esforço geral, mobilizador de vontades e recursos, de espaços e benfeitorias, de planejamento e estratégias, de palavras e atos, no qual mais uma vez a iniciativa privada tomava a dianteira do Estado em termos de assistência social. O último quartel do século XIX e o primeiro do século XX assistem, assim, à multiplicação das iniciativas destinadas a administrar a pobreza em suas manifestações ou inércia, tidas de qualquer maneira como deletérias por aquela sociedade, mas também, financiadas e legitimadas por um amplo sentimento de caridade e solidariedade humanas, capazes de redimir e abrir caminho para a salvação (LAPA, 2008 p.50).

A população em situação de rua permaneceu à margem da agenda do poder público no que se refere a políticas públicas de inclusão social até a década de 1990, quando surgiram as primeiras iniciativas por parte de algumas prefeituras municipais. Antes desse período, as ações estatais destinadas a esse público se resumiam a iniciativas assistencialistas e práticas higienistas e segregadoras que pretendiam controlar essas pessoas. Como citado em artigo publicado na revista “Pensar BH” que se refere à realidade em Belo Horizonte:

Em Belo Horizonte, no início do período sobre o qual este artigo se debruça, não havia nenhuma iniciativa de promoção social da população em situação de rua além das ditas anteriormente, ligadas ao assistencialismo ou a práticas higienistas e segregadoras. O que pode ser visto no depoimento que se segue: “O pessoal da prefeitura já chegava perto de nós tratando a gente como se a gente fosse um bicho mesmo. Já chegava com a polícia, com aquele caminhãozinho, pegando os carrinhos de papelão ou senão jogava nossas cobertas no Rio Arruda” (BRASIL, 2006 apud FIGUEIREDO ET AL, 2011 p.26).

Entre as iniciativas municipais que surgiram destaca-se a criação do Consultório de Rua na cidade de Salvador, na Bahia em 1999. A proposta foi desenvolvida pelo Centro de

Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e tinha como objetivo atender pessoas que viviam nas ruas e sob o uso problemático de drogas. A partir de 2004, outros municípios passaram a replicar essa iniciativa, até que o governo federal criou o programa Consultório na Rua em 2011. Outra iniciativa que se destaca consiste na criação do Centro de Referência da População em Situação de Rua, em 1996, no município de Belo Horizonte. Este Centro oferece espaço para que essas pessoas possam tomar banho, lavar suas roupas, guardar seus pertences, receber orientações para tirar documentos e se cadastrar em listas de buscas de empregos (RODRIGUES, 2014). A metodologia adotada nesse Centro se consolidou e, posteriormente, inspirou a criação do Centro Pop<sup>23</sup>.

Essas iniciativas surgem em um contexto em que a questão população em situação de rua ganha destaque. Oliveira (2016) é um dos autores que ressaltam o crescimento do debate sobre o tema no Brasil a partir da década de 1990 e avalia que a temática ganhou relevo principalmente nas metrópoles brasileiras, tendo, posteriormente, alcançado as cidades médias. O autor conclui que, apesar da questão não ter entrado na agenda política nacional até o início dos anos 2000, já havia diversas experiências de atendimento à essa população sendo realizadas nos municípios. Essas experiências se baseavam em critérios locais, já que o governo federal se ausentava em relação ao tema.

Esse segmento permaneceu na invisibilidade perante o governo federal até meados dos anos 2000, quando foram formuladas as primeiras políticas públicas nacionais para esse público com a perspectiva de inclusão social. É importante destacar que essas iniciativas surgem no contexto das transformações no sistema brasileiro de proteção social e, de maneira mais ampla, no bojo das mudanças promovidas pela Constituição Federal de 1988. Artigo publicado na revista “Pensar BH” aborda o tema:

A partir da Constituição Federal de 1988, que considerou os direitos sociais como direitos fundamentais de todo cidadão, e com a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição, reconhecendo-a como política pública, o panorama político e o tratamento desse fenômeno pelo Estado começaram a se alterar. O Poder Público passou a ter a responsabilidade de manter serviços e programas de atenção voltados para esse segmento populacional, garantindo padrões éticos de dignidade e não violência na consolidação de "mínimos sociais" e de direitos de cidadania. No bojo dessa agenda política, em dezembro de 2009 foi publicado o Decreto Federal 7.053, instituindo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (AIEXE ET AL, 2011 p.10).

---

<sup>23</sup> Estes programas serão detalhados no próximo capítulo.

Pereira (2016) também enfatiza a relevância das transformações ocorridas na assistência social a partir da Constituição Federal de 1988 e da formulação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993. O autor conclui que, nesse contexto, instaurou-se um campo de seguridade pautado em direitos sociais que alterou os arranjos que eram descentralizados e controlados localmente. O objetivo era combater práticas assistencialistas que vigoravam até aquele momento, em que os municípios criavam e administravam seus programas. O autor considera, ainda, que:

Nos anos 2000, como continuação desse processo, foram restabelecidas diretrizes, principalmente pelas modificações propostas na PNAS de 2004 e no SUAS de 2005, que abarcariam principalmente aqueles setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas: população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, indígenas, quilombolas, idosos, pessoas com deficiência. É a partir disso que a população em situação de rua passa a ser incluída em serviços e programas de atendimento (PEREIRA, 2016 p.91).

Portanto, pode-se afirmar que houve uma transformação no modo como o Estado se relaciona com a população em situação de rua. Se antes as ações do poder público destinadas a esse público eram marcadas pelo controle e repressão, pela ausência de diretrizes nacionais e pelo assistencialismo, a partir de meados dos anos 2000, o governo federal passa a dialogar com esse segmento, criar espaços de participação e controle social e formular políticas nacionais com o intuito de incluí-la socialmente. Nesse sentido, cumpre citar Oliveira (2016 p.68) que afirma: “A partir dos anos 2000, com as reorientações nas políticas sociais, especificamente na política de assistência social, a questão da rua passa a ser debatida na ótica da exclusão e da vulnerabilidade”.

Nesse contexto, destaca-se a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em dezembro de 2009, que consiste no marco mais significativo no processo de reconhecimento dos direitos dessas pessoas pelo poder público. Esta Política deverá ser implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos e tem como um de seus objetivos “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” (BRASIL, 2009b). Ou seja, o governo federal compreendeu a importância da atuação articulada dos entes para implementação da Política e a necessidade de assegurar o acesso dessa população às políticas públicas de diversas áreas.

Além da Política Nacional para a População em Situação de Rua, cumpre citar algumas iniciativas que a precederam, tais como: a instituição da Política Nacional de Assistência Social, aprovada pelo CNAS por meio da Resolução Nº 145, de 15 de outubro de 2004, que assegurou a cobertura da assistência social para a população em situação de rua; a promulgação da Lei 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que alterou a Lei Orgânica da Assistência Social ao estabelecer a obrigatoriedade de criação de programas direcionados à população em situação de rua; e a realização da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, em 2008 pelo MDS. Esta foi a única pesquisa nacional sobre essa população e foi importante por oferecer subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a esse público.

O quadro a seguir resume esses fatos e traz outros acontecimentos que também contribuíram nesse processo:

**Quadro 1: Iniciativas do governo federal para a População em Situação de Rua.**

2003 – Natal com o Presidente. A partir de 2003, o presidente Lula decide passar o natal com os catadores de material reciclável e com pessoas em situação de rua. Esta prática foi realizada até 2014. O MNPR aproveita para apresentar propostas e cobrar iniciativas do governo federal.
2004 – Instituição da Política Nacional de Assistência Social – assegura a cobertura da Assistência Social para a População em Situação de Rua.
2005 – Realização do I Encontro Nacional sobre População de Rua em Situação de Rua.
2005 – Promulgação da Lei 11.258 de 30 de dezembro de 2005 – Altera a LOAS e estabelece a obrigatoriedade de criação de programas direcionados à população em situação de rua.
2006 – Governo federal cria o Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, com a finalidade de elaborar estudos e propor políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua.
2007/2008 – Realização da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.
2009 – Realização do II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua.
2009 - Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009 - instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.
2010 - Instrução Operacional conjunta SNAS e SENARC nº 07 – traz orientações aos municípios e ao Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal.

2010 - Portaria n° 843 de 28 de dezembro de 2010 – Dispõe sobre o cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais ofertados pelos CREAS e pelos Centros Pop.
2012 – Resolução n° 3 de março de 2012 – Trata do cofinanciamento federal do PFMC para oferta pelo Centro Pop do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e da quantidade máxima de Centro Pop recebendo incentivo financeira em cada município.
2011 - Portaria 122 de 25 de janeiro de 2011. Definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
2011 - Programa Crack, é possível vencer! Lançado em dezembro de 2011, previa a estruturação da rede de cuidados e a implantação de diversos serviços destinados ao atendimento da população em situação de rua.
2012 - Portaria 123 de 25 de janeiro de 2012. Definiu os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município.
2015 – III Encontro Nacional da População em Situação de Rua. Realizado em outubro de 2015 em Brasília.

O quadro apresentado evidencia que as primeiras políticas públicas organizadas nacionalmente, destinadas às pessoas em situação de rua, remontam a meados dos anos 2000. Entre as iniciativas, destacam-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua e as políticas públicas formuladas especificamente para esse público, a saber: o Consultório na Rua e o Centro Pop. Estas duas políticas públicas foram formuladas tendo a Política Nacional como referência e serão detalhadas no próximo capítulo.

É importante destacar que, apesar da mudança de postura do Estado em relação à população em situação de rua, o poder público não deixou de praticar ações com a perspectiva de controle e repressão. Assim, atualmente convivem ações estatais divergentes e até conflitantes e tornou-se comum o conflito entre Políticas Sociais e Políticas de Segurança Pública ou Políticas Urbanas. Ou seja, ao mesmo tempo em que o Estado permanece praticando atos higienistas e de segregação contra as pessoas em situação de rua, ele passou a criar políticas públicas que objetivam seu cuidado e inclusão na sociedade. Aiexe (2011) é uma das autoras que aborda o tema e discorre sobre o conflito entre Políticas Urbanas e Políticas Sociais, contradição que foi objeto de discussão no Fórum da População de Rua de Belo Horizonte:

A primeira questão posta ao debate no Comitê pelos movimentos sociais teve como pano de fundo a relação entre Política Urbana e Políticas Sociais. Como entender o conflito entre ações de assistência, que procuram assegurar um mínimo existencial, e as de fiscalização, que se destinam a preservar os bens e espaços públicos? Enquanto uma opera sob a ótica jurídico-normativa do Sistema Único de Assistência Social

(SUAS), a outra funciona com base em um Código de Posturas e Instruções Normativas de âmbito interno, na esfera local. Enquanto uma proporciona abordagem social, documentação, encaminhamentos para equipamentos, a outra se ocupava de retirar objetos e pertences (os mesmos documentos, além de medicamentos, etc.) de forma compulsória, quando não os expulsava dos espaços de uso comum do povo: praças, viadutos, marquises ou áreas ociosas. De um lado, atestam a cidadania; de outro, comprovavam sua exclusão (AIEXE, 2011 p.7).

Por fim, conclui-se este capítulo reafirmando que o processo de reconhecimento da população em situação de rua como cidadãos só se deu devido à sua mobilização (que culminou no surgimento do MNPR) somada ao apoio de atores da sociedade civil e do Estado. Pode-se afirmar, portanto, que houve uma convergência de interesse desses atores que, em um processo ainda em construção, cooperaram com o objetivo de dar visibilidade a essa população. Sobre esse processo, vale a pena citar trecho de documento publicado pelo MDS:

A trajetória nos últimos anos retirou definitivamente a população em situação de rua da invisibilidade, reconhecendo que se trata de um compromisso de Estado garantir a estes brasileiros seus direitos. Os desafios ainda são muitos e requerem o engajamento das diversas políticas, em um esforço coletivo envolvendo poder público e a sociedade civil organizada, com a participação fundamental dos representantes desse segmento (BRASIL, 2011a p.4).

## **Capítulo 3: Políticas públicas voltadas para a População em Situação de Rua.**

Conforme abordado no capítulo anterior, em meados dos anos 2000, fruto de um contexto de transformações na assistência social, da emergência de um governo que afirmava compromisso em combater a exclusão social e a pobreza e de uma mudança na percepção sobre a população em situação de rua, surgiram as primeiras iniciativas do governo federal destinadas especificamente a esse segmento com a perspectiva de que se trata de um público socialmente vulnerável e que precisa de políticas específicas, inclusive para acessar a rede de serviços públicos. Essas iniciativas foram inspiradas em experiências municipais anteriores e evidenciam que esse público passou a ganhar espaço na agenda do poder público.

Este capítulo abordará sobre duas políticas públicas que surgiram neste contexto e que são objeto de estudo deste trabalho: o Consultório na Rua e o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua – Centro Pop. Essas políticas públicas foram formuladas no mesmo período e já possuem mais de cinco anos de implementação, são destinadas especificamente ao atendimento da população em situação de rua, e, pode-se afirmar, são políticas consolidadas - presentes nas cinco regiões do país e em mais de 90 municípios. Apesar de terem sido formuladas pelo governo federal, elas dependem da adesão das prefeituras municipais para serem implementadas. Ou seja, a coordenação interfederativa é essencial para o seu sucesso.

Portanto, este capítulo está dividido em três partes: o item 3.1 irá apresentar o contexto em que essas políticas públicas foram criadas, como ocorreram os primeiros processos de articulação e pactuação entre os entes federativos em torno delas e como elas se situam dentro de uma oferta ampliada de serviços. Os itens 3.2 e 3.3 irão abordar especificamente sobre cada política.

### **3.1 Contexto do surgimento do Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua.**

Os serviços Centro Pop e Consultório na Rua foram criados pelo governo federal no início da década de 2010. O Centro Pop passou a ser apoiado pelo MDS em 2010 e as equipes de Consultório na Rua foram definidas como uma das equipes da Atenção Básica em 2011, por

meio da Política Nacional da Atenção Básica, instituída por meio da Portaria nº 2.488, de outubro daquele ano. Apesar de representarem uma novidade em termos de políticas nacionais destinadas à população em situação de rua, essas iniciativas foram formuladas com base em experiências municipais anteriores. Ambas também concretizaram a mudança de perspectiva do governo federal em relação às políticas públicas destinadas a esse público, mudança expressa com a adoção da Política Nacional para a População em Situação de Rua em dezembro de 2009.

Outros fatores, já abordados neste trabalho, também foram determinantes para a criação desses serviços, entre eles se destacam: o processo de consolidação da Política de assistência social no país; a expansão e consolidação do SUS; a mudança na perspectiva do Estado sobre a população em situação de rua – este passou a enxergá-la pela ótica da exclusão social e a partir da vulnerabilidade que a vida na rua impõe; o crescimento da quantidade de debates e pesquisas sobre o tema; e, por fim, o fortalecimento do MNPR e das entidades que militam nesta causa. Nesse sentido, cumpre ressaltar que essas políticas são constantemente debatidas no CIAMP-Rua e objeto de controle social por parte do MNPR e outras entidades.

Uma relevante semelhança entre esses serviços consiste no fato de ambos comporem sistemas nacionais de políticas públicas, o Consultório na Rua faz parte do SUS e o Centro Pop do SUAS. Esse fato se revela importante, pois os dois dependem, para serem implementados, de um arranjo institucional que possa operar integrando os níveis de governo tendo em vista as suas diferentes responsabilidades e os objetivos comuns fixados setorialmente. Conforme abordado no primeiro capítulo, sistemas nacionais de políticas tendem a facilitar a coordenação entre os entes federativos por meio de diferentes mecanismos e pressupõe, para cada nova estratégia, um processo de adesão das prefeituras municipais às iniciativas propostas pelo governo federal.

Esta constatação está presente no trabalho de Arretche (2004) que aborda sobre a concentração da autoridade política entre os Estados Federativos. Ao estudar especificamente o caso brasileiro, a autora pondera que o modo como ocorrem as relações governamentais em cada área específica de política se revela um aspecto determinante na coordenação das políticas sociais. A autora atribui os exitosos resultados do Ministério da Saúde em induzir as decisões dos municípios à estrutura institucional da área e conclui que “as instituições políticas nacionais tendem a dotar o governo federal de capacidade de coordenação das políticas sociais” (ARRETCHE, 2004 p.17).



Destaca-se, ainda, que ambos os serviços pertencem a um conjunto de iniciativas em suas áreas e fazem parte de uma ampla rede de serviços. O Consultório na Rua pertence à Rede de Atenção Psicossocial que abrange diversos serviços de saúde e tem como um de seus objetivos específicos “promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)”<sup>24</sup>. Além disso, compõe a Atenção Básica que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, consiste em:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Desse modo, as equipes de Consultório na Rua devem articular e desenvolver ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território. A cooperação com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições que compõem o SUAS, entre outras instituições públicas e da sociedade civil também são importantes no cuidado à saúde dessa população.

Já o Centro Pop pertence à Proteção Social Especial (PSE) de Média complexidade que, de acordo com Política Nacional de Assistência Social (PNAS), abrange os serviços:

(...) que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, de acompanhamento sistemático e monitorado (BRASIL, 2004 p.32).

Em relação às pessoas em situação de rua, a oferta da atenção especializada na PSE tem como finalidade propiciar a construção de novos projetos de vida, com a perspectiva de estimular o processo de saída das ruas e o alcance da referência como sujeitos de direitos (BRASIL, 2011a). Além da necessidade de articulação dentro da rede de assistência social estabelecida no território, o MDS reconhece a importância da integração do Centro Pop com ações de outras áreas:

---

<sup>24</sup> De acordo com o inciso I do artigo 4º da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Esta portaria instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

As ações desenvolvidas pelo Centro POP e pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem integrar-se às demais ações da política de assistência social, dos órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas - saúde, educação, previdência social, trabalho e renda, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional - de modo a compor um conjunto de ações públicas de promoção de direitos, que possam conduzir a impactos mais efetivos no fortalecimento da autonomia e potencialidades dessa população, visando à construção de novas trajetórias de vida (BRASIL, 2011a p.10).

Ressalta-se, portanto, a importância da intersetorialidade no atendimento à população em situação de rua. A Política Nacional para a População em Situação de Rua reconheceu essa necessidade e tem como um de seus objetivos “criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços”<sup>25</sup> Nesse sentido, cumpre, ainda, citar trecho de documento do MDS:

É importante reconhecer a incompletude da ação institucional e a interdependência entre as políticas para se assegurar o atendimento integral das pessoas em situação de rua, para além das garantias da assistência social. Desse modo, aponta-se a necessidade do trabalho em rede que pressupõe uma atuação integrada, por meio de ofertas que, articuladas, poderão conduzir a respostas mais efetivas, tendo em vista a complexidade das situações de riscos e violações de direitos vivenciadas pela população em situação de rua (BRASIL, 2011a p.10).

Outras semelhanças entre esses serviços advêm do fato de a assistência social ter embasado seu sistema nacional de política pública, o SUAS, na experiência do SUS. Ambos os sistemas distribuíram as responsabilidades específicas dos entes federativos com os serviços por meio de pactuações interfederativas, contam com espaços de articulação entre os gestores dos três níveis federativos e com mecanismos de participação social. Esses fatores são essenciais para a compreensão do Centro Pop e do Consultório na Rua.

Sobre a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, também nota-se uma grande semelhança entre o Centro Pop e o Consultório na Rua. Cabe ao governo federal, por meio do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social, dispor sobre as orientações gerais desses serviços, suas normas e metas. Já às gestões municipais cabe a implementação dessas equipes em seus territórios, o que demanda diversas ações, como a contratação de profissionais, a aquisição de veículo automotivo (no caso do Consultório na Rua) e do imóvel (no caso do Centro Pop), além da coordenação do serviço no território, entre outras.

---

<sup>25</sup> Artigo 7 da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

E, à esfera estadual, é atribuído o monitoramento e acompanhamento da implementação e execução desses serviços. Nos dois casos, o serviço foi organizado a partir de uma pactuação interfederativa sobre os objetivos e estratégias de atendimento e passaram a operar com base em um valor de custeio oferecido às prefeituras municipais pelo governo federal como forma de incentivo para implementação.

Os espaços de articulação e pactuação de gestores dos entes federativos constituem importantes ferramentas para coordenação interfederativa e são previstos pelo SUS e pelo SUAS. As Comissões Intergestores foram uma inovação gerencial na política pública da saúde e consistem em “foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais”<sup>26</sup>. Após terem sido criadas na área da saúde, elas também foram incluídas como esferas de deliberação do SUAS. Assim, ambos os sistemas contam com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne os gestores dos três níveis de governo, e com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) como fórum de negociação entre o Estado e os Municípios. Nesse sentido, cumpre destacar que as normativas que tratam sobre o Centro Pop e o Consultório na Rua foram discutidas e pactuadas nas respectivas CIT.

Por fim, com relação aos mecanismos de participação social, nota-se que tanto o SUS quanto o SUAS possuem a participação social como uma de suas diretrizes e operam com o suporte de conselhos em âmbito nacional, estadual e municipal. Nesse sentido, cumpre destacar que tanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) possuem representantes do MNPR em sua composição. A obtenção dessas vagas evidencia a visibilidade que a população em situação de rua obteve nessas áreas de políticas públicas. Além do CNS e do CNAS, o MNPR também participa de diversos conselhos estaduais e municipais de saúde e assistência social. A participação nesses espaços também é relevante por aumentar a capacidade política das áreas.

Resumindo este item, esses serviços foram instituídos por meio de normativas pactuadas nos espaços de negociação entre gestores dos diferentes níveis de governo de cada uma das políticas e dependem da adesão dos gestores municipais para serem implementados. Deste modo, apesar de estarem alicerçados legalmente, a sua implementação nos territórios não

---

<sup>26</sup> Fonte: Portal da Saúde, disponível em <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/11-st-cit/17164-cit> acesso dia 8/1/2018.

é certa. Os itens 3.2 e 3.3 discorrerão sobre esses serviços, como eles foram formulados e como se deu sua implementação nos territórios.

### **3.2 As Equipes de Consultório na Rua.**

As equipes de Consultório na Rua são compostas por profissionais de diferentes formações e procuram ofertar um atendimento integral à saúde das pessoas em situação de rua in loco. Essas equipes devem realizar suas atividades de forma itinerante e desenvolver suas ações de forma compartilhada e integrada às Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012e). A instituição do Consultório na Rua foi prevista na Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a PNAB e foi apresentada como uma resposta à demanda do MNPR pela criação de equipes de Atenção Básica que atendessem as especificidades dessa população, conforme citado na Portaria 122, de 5 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento dessas equipes.

O início da trajetória do Consultório na Rua remonta ao começo da década de 2000 e envolveu diversos atores, desde a própria população em situação de rua, que teve participação importante nesse processo, passando por profissionais de saúde, que ousaram criar uma nova estratégia de atendimento a essa população, até gestores federais e municipais de saúde. Ao iniciar essa narrativa, deve-se dar destaque a duas iniciativas predecessoras que foram essenciais para a criação desta política pública: os Consultórios de Rua e as equipes de Saúde da Família sem domicílio (posteriormente denominadas de Equipes da Saúde da Família para a População em Situação de Rua).

Os Consultórios de Rua surgiram em 1999, na cidade de Salvador, a partir de uma experiência desenvolvida pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia. O projeto foi concebido a partir de uma pesquisa etnográfica sobre meninos e meninas em situação de rua usuários de substâncias psicoativas em Salvador que constatou que essas pessoas raramente chegavam ao CETAD e, entre as que chegavam, poucas davam continuidade ao tratamento. Assim, como alternativa para ofertar cuidado a esse público, propôs-se a criação de um novo tipo de serviço que o alcançasse diretamente (JORGE e CORRADI-WEBSTER, 2012). Nesse sentido, cumpre citar Oliveira (2009) que aborda sobre a finalidade desse dispositivo:

Assim, o Consultório de Rua foi desenvolvido como um dispositivo para atender aos meninos e meninas em situação de rua, usuários de drogas, que se encontram em risco pessoal e social, cujo atendimento se dá fora dos muros institucionais. Sua metodologia de trabalho envolve o desenvolvimento de ações através de equipes multidisciplinares que se dirigem ao encontro do público-alvo em seus locais de permanência, em pontos distintos da cidade, com o apoio de veículo adaptado para essa finalidade e realiza atendimentos, *in loco*, visando a prevenção e a redução de danos decorrentes do consumo de drogas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS (OLIVEIRA, 2009 p.65).

Em 2009, a partir da avaliação de que o Consultório de Rua se revelou uma alternativa adequada para abordagem e atendimento a pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas, o MS passou a propô-lo como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010). Em 2010, o Consultório de Rua foi incluído, também, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde e aprimorar o atendimento ofertado pelo SUS aos usuários de substâncias psicoativas. Assim, a experiência do Consultório de Rua em Salvador serviu como referência para novos projetos e consolidou seu lugar na rede de atenção para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010b).

Para estimular a expansão dessas equipes, realizaram-se as Chamadas para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos em 2009 e 2010. Por meio dessas chamadas, o MS passou a financiar diversas equipes de Consultório de Rua que já funcionavam e estimulou a criação de outras equipes. Foram realizadas três chamadas: a primeira ocorreu em novembro de 2009 e selecionou catorze projetos entre os trinta e dois inscritos; a segunda chamada ocorreu em 2010 e selecionou vinte projetos entre os cinquenta inscritos; e a terceira chamada foi realizada no final de 2010 e selecionou trinta e cinco projetos.<sup>27</sup>

Já as Equipes de Saúde da Família sem Domicílio foram iniciativas municipais com o objetivo de propor atendimento à saúde das pessoas em situação de rua de forma itinerante. Essas equipes foram implantadas em diversos municípios, como Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba (BRASIL, 2012e).

A proposta surgiu em Belo Horizonte como resposta à constatação de que, devido à característica migratória da população em situação de rua, o processo de trabalho das equipes

---

<sup>27</sup> Fonte: MS, 2010 e III Chamada para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos (PCR III).

de Saúde da Família não permitia o seu alcance, o que causava a sua exclusão da rede assistencial. Assim, com o objetivo de preencher essa lacuna, a Secretaria Municipal de Saúde do município implantou a primeira equipe de Saúde da Família específica e exclusiva para o atendimento a essa população em 2002. Essa equipe não tinha uma área geográfica fixa de atuação e deveria matriciar as demais equipes de saúde da família na sensibilização do cuidado a esta população específica (BRASIL 2012).<sup>28</sup>

Após alguns anos, o município de São Paulo, por meio do Programa A Gente na Rua (PAR), implantou suas primeiras equipes de Saúde da Família para a população em situação de rua (BRASIL 2012 apud CANONICO et al., 2007). De acordo com Roy (2016), a criação do PAR é fruto de uma perspectiva que, no contexto de crescentes mobilizações em torno da população em situação de rua a partir dos anos 1990, afirma essa população “como cidadãos lesados no acesso aos seus direitos fundamentais”. O autor aborda o surgimento do PAR e sobre o trabalho desempenhado pelas equipes:

Dentre as reivindicações feitas pelos diferentes atores coletivos, que nessa época se organizaram em torno da defesa e do reconhecimento das “pessoas em situação de rua”, em São Paulo, como em outras cidades brasileiras, a questão de um acesso não discriminatório aos serviços de saúde pública ocupou um lugar de destaque, e é preciso ter isso em mente para compreender o surgimento do PAR.

(...) essas equipes são responsáveis por abordar as “pessoas em situação de rua” nos lugares onde vivem para desenvolver junto a elas um trabalho dito de “atenção básica à saúde”.

(...) as equipes conduzem atividades de informação e orientação, de acompanhamento, de prevenção e de cuidados de primeira necessidade junto aos seus “pacientes”, e cujas atividades se estendem eventualmente nas Unidades Básicas de Saúde, onde são oferecidas propostas para acolhimento, consultas de enfermagem e consultas médicas. Com isso, as equipes propõem cuidados à saúde e vínculos (ROY, 2016 p.116 e 117).

Essas duas experiências foram fundamentais para a criação do Consultório na Rua. Como bem descrito no “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua” (BRASIL, 2012e p.11), foi a “junção das duas experiências anteriores que culminaram com a atual proposta da atenção básica no que se refere ao cuidado integral de saúde dessa população”. Nesse contexto, destaca-se a publicação da PNAB que revisou as diretrizes e

---

<sup>28</sup> Ressalta-se que essa constatação se deu no contexto da realização do Censo sobre População em Situação de Rua de Belo Horizonte proposto pelo Fórum da População em Situação de Rua do município (BRASIL 2012 p.17).

normas da organização da Atenção Básica e definiu as equipes de Consultório na Rua como uma das equipes da atenção básica para populações específicas. De acordo com a PNAB:

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2011b p.15).

Essas equipes integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seguem os fundamentos e diretrizes definidos na PNAB. Elas atuam frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde das pessoas em situação de rua, inclusive na busca ativa e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012e). De acordo com Antônio Sérgio Gonçalves, gerente do CAPS AD III Centro em São Paulo, a adoção dos consultórios não significa que essa população deva ser atendida apenas na rua, significa que a saúde estica suas ações para garantir que mesmo quem não chega ao serviço seja assistido e que se consiga garantir cobertura de saúde para um segmento que, muitas vezes, é quem mais precisa de cuidados.<sup>29</sup>

O Consultório na Rua foi a forma que o MS encontrou para contemplar diversos olhares sobre a saúde da população em situação de rua, não se restringindo aos cuidados relativos ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Esta alteração atendeu os anseios do MNPR que defendia a importância de olhar as diferentes necessidades de saúde das pessoas em situação de rua, conforme comentado por Maria Lúcia Pereira, coordenadora do movimento:

Consultório na Rua para a gente é muito importante porque ele vem ver a saúde da população de rua como um todo, não apenas fazendo esse link só de população de rua e dependência química. Não são todos os moradores em situação de rua que fazem uso de substâncias psicoativas. (..) Quando você vê que o morador em situação de rua é um ser humano, que ele tem diabete, tem problemas de HIV, tem problemas de tuberculose, tem diversos outros problemas, porque só linkar ele com a dependência química?<sup>30</sup>

Antes de citar a Portaria que definiu as diretrizes das equipes de Consultório na Rua, cumpre destacar a publicação da Portaria nº 3.305/GM/MS, de 24 de dezembro de 2009,

---

<sup>29</sup> Fonte: vídeo produzido pelo DAB/MS “Consultório na Rua – a rua não é um mundo fora do nosso mundo”.

<sup>30</sup> Idem.

que instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População de Rua. Este Comitê pretendia ser um espaço de participação social, bem como de elaboração e acompanhamento das ações de saúde para a população em situação de rua. O MNPR e outras organizações da sociedade civil que trabalham com este tema participam deste Comitê e a criação das equipes de Consultório na Rua foi uma das ações debatidas neste espaço.

Em 2012, o MS, por meio da Portaria nº 122, de 25 de janeiro, definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Assim, foram estabelecidas as três modalidades destas equipes, sendo que apenas a terceira é composta por profissional médico. A primeira modalidade de equipe é formada, minimamente, por quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois de nível médio; a segunda é formada por, pelo menos, seis profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio; e a terceira tem a mesma composição da segunda modalidade acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2012a).

Esta Portaria também dispôs sobre o incentivo financeiro mensal de custeio ofertado pelo MS às prefeituras que implantassem essas equipes em seus territórios. Deste modo, estabeleceu-se o MS repassaria o valor de R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) por mês a cada equipe da modalidade I implantada; R\$ 13.000,00 (treze mil reais) a cada equipe da modalidade II; e R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) a cada equipe da modalidade III. Como requisitos para o repasse, eram exigidos a demonstração do cadastramento da equipe no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e a alimentação de dados no Sistema de Informação vigente. Estabeleceu-se, ainda, que a avaliação e o monitoramento do funcionamento dessas equipes ficariam a cargo do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e das Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2012a).

Além disso, a Portaria dispôs sobre o cálculo da quantidade máxima de equipes de Consultório na Rua que poderiam ser financiadas pelo Ministério da Saúde e determinou que os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua fossem utilizados como base. Estipulou, ainda, que o parâmetro a ser adotado fosse de uma equipe a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua. Dispôs, também, que as 92 equipes de Consultório de Rua contempladas com financiamento proveniente das Chamadas para seleção de projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos poderiam ser cadastradas como equipe de Consultório na Rua a fim de receberem incentivo financeiro, desde que se adequassem a alguma das modalidades previstas (BRASIL, 2012a).



Também em 25 de janeiro de 2012, o MS editou a Portaria nº 123 que definiu com mais nitidez os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município, que poderiam receber ajuda financeira de custeio do MS (BRASIL, 2012b). Conforme previsto na Portaria, o MS publicou, ainda em 2012, uma tabela<sup>31</sup> informando o número máximo de equipes de Consultório na Rua admitido por município. Resumidamente, esta tabela traz as seguintes informações: no total, estava previsto a implantação de 307 equipes de Consultório na Rua; entre os 286 municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes, 263 municípios poderiam implantar essas equipes e receber ajuda financeira de custeio; 247 municípios têm como teto máximo a implantação de apenas uma equipe; 129 dos 263 municípios que poderiam implantar equipes de Consultório na Rua e receber ajuda financeira do MS estão no Sudeste, sendo que 75 são municípios do estado de São Paulo (BRASIL, 2012b).

Outras normativas e iniciativas do governo federal contribuíram para a implementação dessas equipes e para o fortalecimento dessa estratégia. Nesse sentido, cumpre destacar o “Programa Crack é possível vencer!” cujo lançamento ocorreu em dezembro de 2011. Este programa previa a estruturação da rede de cuidados e tinha como um de seus objetivos a criação de 308 equipes de Consultório na Rua<sup>32</sup>.

Também merece destaque a Nota Técnica Conjunta/2012 – Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS) que trata sobre a adequação dos Consultórios de Rua existentes e a implantação de novas equipes de Consultório na Rua. Esta Nota Técnica elucida que a estratégia do MS para atenção da saúde da população em situação de rua é a implantação das equipes de Consultório na Rua:

A proposta do Consultório de Rua, até então ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passa a ser denominada de Consultório na Rua, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica. Esta mudança firma o interesse compartilhado entre as áreas envolvidas, qual seja, de que estas equipes abordem os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo aquelas pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e

---

<sup>31</sup> Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo\\_equipe\\_consultorios\\_na\\_Rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo_equipe_consultorios_na_Rua.pdf) Consultado em 8/4/2017.

<sup>32</sup> Fonte: sítio do Programa Crack é possível vencer!, disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas> Consultado em 8/4/2017.

outras drogas bem como a prática da Redução de Danos em sua abordagem (BRASIL, 2012d).

Em entrevista à ENSP, Alexandre Trino, apoiador institucional do DAB/MS, discorreu sobre a mudança:

A troca de departamento foi gradual. Sua motivação nasceu de movimentos sociais, que nos mostraram as muitas outras necessidades da população em situação de rua, além da redução de danos e da atenção à dependência química de álcool e outras drogas. E o Ministério absorveu essa motivação. Com isso, abriu-se uma nova perspectiva, pois já conhecíamos as experiências exitosas tanto de Consultórios de Rua da saúde mental como da Estratégia de Saúde da Família para essa população que já ocorriam em Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro.<sup>33</sup>

A publicação do Plano Operativo de Saúde da População em Situação de Rua, por meio da Resolução CIT nº 2 de 27 de fevereiro de 2013, foi outra iniciativa que dispôs sobre a implantação dessas equipes. Esta resolução definiu as diretrizes e estratégias para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito no SUS. Uma das ações previstas consiste na implantação das equipes de Consultórios na Rua (BRASIL, 2013a).

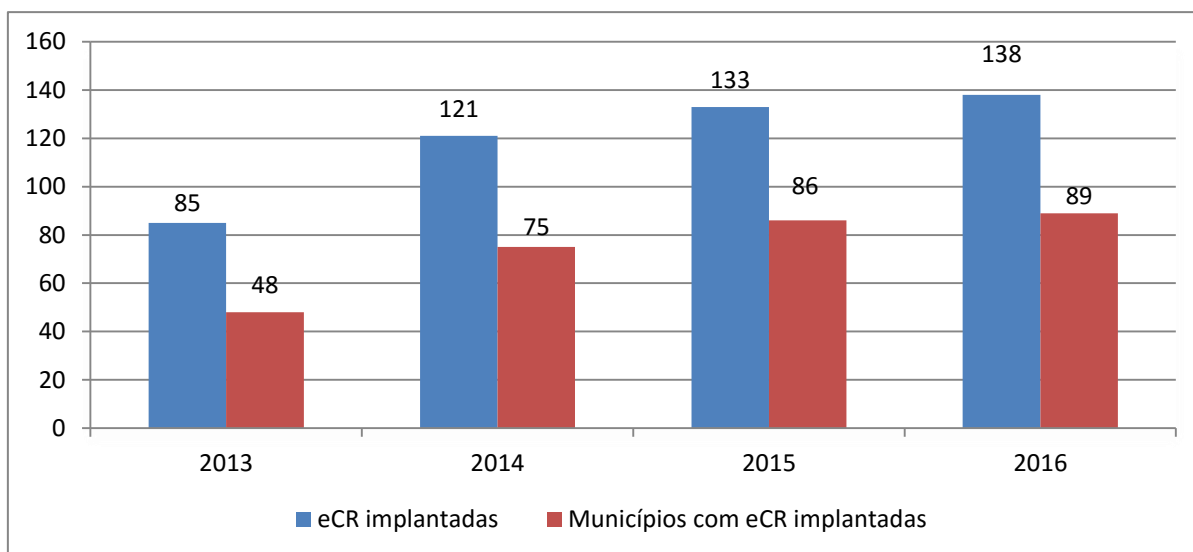
Por fim, destaca-se a publicação da Portaria Nº 1.238, de 6 de junho de 2014, que fixou novos valores do incentivo de custeio referentes às equipes de Consultório na Rua. O valor repassado às equipes da modalidade I passou a ser de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais); R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) às equipes da Modalidade II; e R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) às equipes da Modalidade III (BRASIL, 2014a).

Após revisar essas normativas, cumpre expor os resultados sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua nos municípios, conforme mostrado no gráfico abaixo.

---

<sup>33</sup> Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991> Acesso em 4/01/2018.

**Gráfico 1: Implementação das equipes de Consultório na Rua entre 2013 e 2016<sup>34</sup>.**



Fonte: CNES. Elaboração do autor.

Ao analisar o gráfico, constata-se que a implementação dessas equipes nos municípios não se deu de forma imediata às normativas do MS, o que exigiu que o governo federal adotasse outras formas de estimular a adesão dos municípios. Percebe-se, também, que o ritmo de implementação dessas equipes foi maior nos primeiros anos, o que é compreensível, tendo em vista que com o lançamento do programa pelo MS aquelas prefeituras que já tinham equipes de Consultório de Rua ou Equipes de Saúde da Família que atendiam a população em situação de rua adaptaram suas equipes para equipes de Consultório na Rua. Medeiros (2016), ao analisar a evolução da implantação dessas equipes, ressalta que duas iniciativas foram importantes no aumento de adesão das prefeituras à iniciativa: o “Programa Crack é possível vencer” que desenvolveu atividades de monitoramento da implementação dessas equipes e a publicação da Portaria 1.238/2014 que aumentou os valores de incentivo financeiro de custeio.

Por fim, resume-se os dados sobre implementação das equipes de Consultório na Rua: entre os 307 municípios contemplados, apenas 87 haviam implementado essas equipes em seus territórios até 2016. Observa-se, ainda, que alguns municípios tiveram equipes de Consultório na Rua por certo período, mas depois interromperam esse serviço ou deixaram de cadastrá-las no CNES. Percebe-se, ainda, que dois municípios implementaram essas equipes, apesar de não constarem na lista citada. Observa-se, também, uma elevada concentração dessas equipes na região sudeste (52,9%).

<sup>34</sup> Os dados apresentados referem-se a dezembro de cada ano.

O quadro abaixo apresenta as normativas citadas e permite uma visualização resumida da trajetória do Consultório na rua:

## **Quadro 2: Trajetória do Consultório na Rua**

1999 - Projeto piloto de Consultório de Rua desenvolvido pelo CETAD da UFBA.
2004 - Programa Saúde da Família sem domicílio - posteriormente chamadas de Equipes de Saúde da Família para a População em Situação de Rua.
Portaria Nº 1.190, de 4 de junho de 2009, instituiu PEAD 2009 - 2010. Um de seus objetivos era "fomentar ações de prevenção do consumo de álcool e outras drogas e HIV/AIDS para a População de Rua".
Chamadas para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos em 2009 e 2010. Por meio destas, o MS selecionou projetos de equipes de Consultório de Rua que receberiam apoio financeiro.
Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.
Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 – instituiu a PNAB – previu que a Atenção Básica seria composta pelas equipes de Consultório na Rua.
Programa Crack, é possível vencer! Lançado em dezembro de 2011, previa a estruturação da rede de cuidados e tinha como um de seus objetivos criar 308 equipes de Consultório na Rua.
Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012, definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua.
Portaria Nº 123, de 25 de janeiro de 2012, definiu os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município.
2012 - Nota Técnica Conjunta/2012 DAPES/SAS/MS e DAB/SAS/MS – dispôs sobre a adequação dos Consultórios de Rua e implantação de novas equipes de Consultório na Rua.
2013 - Resolução CIT Nº 2 de fevereiro de 2013 – Plano Operativo de Saúde da População em Situação de Rua.
2014 - Portaria 1.238 de 6 de junho de 2014 - Alterou os valores do incentivo de custeio referentes às equipes de Consultório na Rua.

Ao rever a trajetória do Consultório na Rua destaca-se a participação de diversos atores e as frequentes pactuações em torno de sua implementação. Nesse sentido, ressaltam-se as pactuações entre os gestores dos diferentes níveis de governo e a dependência da adesão das prefeituras municipais. Destaca-se, ainda, a participação da sociedade civil na formulação deste programa e no exercício de seu monitoramento, seja por meio do Comitê Técnico de Saúde da

População de Rua, seja por meio do Conselho Nacional de Saúde. Sobre isso, cumpre citar outro trecho da entrevista de Alexandre Trino ao informe ENSP:

Acredito que o maior destaque, desde a formulação e implantação dos Consultórios até a construção da política em si, é que todo esse processo foi feito de maneira compartilhada com os movimentos sociais. Esses movimentos tiveram um papel fundamental e, além deles, trabalhadores da saúde, militantes que já atuavam com população em situação de rua, a própria cogestão no processo de construção compartilhada com a coordenação de saúde mental incorporando os princípios de Consultórios de Rua para o Consultório na Rua e ampliando esse processo de Consultório na Rua para a atenção integral à saúde é o grande diferencial. Todo nosso trabalho é voltado para que a população em situação de rua seja inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) pela sua principal porta de entrada, que é uma unidade básica de saúde.<sup>35</sup>

Por fim, conclui-se esse item, destacando a importância dessas equipes para o acesso das pessoas em situação de rua à saúde e as possibilidades que essas equipes trazem para o SUS. Assim, cumpre citar as falas de Iacã Macerata, psicólogo e ex-gerente de equipes de Consultório na Rua, presentes no vídeo produzido pelo DAB/MS “Consultório na Rua – a rua não é um mundo fora do nosso mundo”:

O Consultório na Rua ele é uma possibilidade para o SUS, no sentido de atender uma população que o SUS não acessa e que o SUS tem muito pouco conhecimento de como tratar. E ele é uma possibilidade de qualificação do próprio SUS, porque o atendimento da população de rua exige que os princípios sejam levados ao limite, sejam radicalizados. (...) É uma possibilidade do SUS se rever, rever a maneira como está se organizando, a maneira como pensa território, a maneira como pensa os padrões de vida saudáveis. (...) A rua tem um poder de evidenciar coisas, ela não é um mundo fora do nosso mundo. E a rua vai exigir que a gente tenha, por exemplo, um entendimento integral, onde saúde física e saúde mental não se separe, a rua vai exigir que o SUS funcione em rede, a rua vai exigir que uma equipe funcione como uma equipe, construa seu trabalho coletivamente, a rua vai exigir que a gente entenda o território de uma outra forma, acho que é isso.

### **3.3 O Centro Pop.**

---

<sup>35</sup> Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991> Acesso dia 4/01/2018.

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) consiste em uma unidade de referência da PSE de Média Complexidade destinado ao atendimento da população em situação de rua. Ele deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e pode, também, ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social. A implantação do Centro Pop está prevista na Política Nacional para a População em Situação de Rua<sup>36</sup> e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e, de acordo com documento publicado pelo MDS, “marca, no país, a emergência de um novo paradigma em relação ao atendimento às pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2011a p.31).

O Centro Pop deve atuar no sentido de contribuir para a redução das violações dos direitos socioassistenciais e dos danos causados por violações de direitos, para a construção de novos projetos de vida e para garantir proteção social às famílias e indivíduos. Segundo as normativas do Ministério, as unidades devem estar abertas ao público por, no mínimo, cinco dias úteis por semana e o horário de funcionamento deve ser, pelo menos, de oito horas diárias (BRASIL, 2013b).

De acordo com o Censo SUAS de 2016<sup>37</sup>, 30.434 pessoas em situação de rua foram atendidas nas 230 unidades do Centro Pop implantadas no país no mês de referência (agosto de 2016), o que representa uma média de 132 pessoas atendidas por unidade. Entre os atendidos, percebe-se a predominância de homens adultos (aproximadamente 80% eram homens com idade entre 18 e 59 anos). Apenas 0,85% dos atendidos tinham menos de 18 anos e 5% tinham mais de 60 anos. Somente 13,6% eram mulheres. Segundo este censo, entre as 230 unidades de Centro Pop, 220 facilitam o acesso ou oferecem diretamente algum tipo de alimentação aos usuários.

O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, disponibilizado nas unidades de Centro Pop, “tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida” (BRASIL, 2013b p.40). Assim, o Centro Pop deve oferecer orientação individual e grupal e trabalho técnico para análise das demandas dos usuários, disponibilizar espaços para guarda de pertences, higiene pessoal, alimentação e provisão de documentação civil, e promover

---

<sup>36</sup> O artigo 7 desta Política dispõe que um de seus objetivos é “implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social” (BRASIL, 2009). Este objetivo foi efetivado por meio da implementação do Centro Pop.

<sup>37</sup> Os dados do Censo SUAS podem ser acessados em [https://aplicacoes4.mds.gov.br/sagicenso/censosuas\\_2016/auth/index.php](https://aplicacoes4.mds.gov.br/sagicenso/censosuas_2016/auth/index.php)

encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais ou a outros serviços que contribuam para a autonomia, inserção social e proteção às situações de violência (BRASIL, 2013).

Além disso, deve, ainda, proporcionar endereço institucional para ser usado como referência pelo usuário e preencher o sistema de registro dos dados de pessoas em situação de rua, possibilitando, assim, a localização da/pela família e pessoas de referência, assim como um melhor acompanhamento do trabalho social. Os objetivos deste serviço são possibilitar condições de acolhida na rede socioassistencial, contribuir para a construção de novos projetos de vida, contribuir para restaurar e preservar a integridade e autonomia das pessoas em situação de rua e promover ações para a reinserção familiar e/ou comunitária (BRASIL, 2013b).

De acordo com dados do Censo SUAS de 2016, 168 unidades do Centro Pop disponibilizavam o Serviço Especializado em Abordagem Social, o que representa 73% das unidades implantadas. Este serviço é ofertado com equipe exclusiva para abordagem por 99 unidades (43%) e sem equipe exclusiva para abordagem por 69 unidades (30%). Segundo a Tipificação, este serviço tem “a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras.” Ele “deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos” (BRASIL, 2013b).

Após apresentar o Centro Pop e os serviços que ele oferta, cumpre destacar a trajetória que culminou na sua criação e implantação. O seu início remete às conquistas obtidas pela população em situação de rua e ao processo de consolidação da área de assistência social que, conforme já abordado, ocorreram ao longo da década de 1990 e 2000. Neste período, o tema população em situação de rua ganhou espaço na agenda governamental e a assistência social foi, certamente, a área que mais investiu para inclusão social deste público. Esse movimento pode ser observado nas normativas desta área que passaram a incluir esse segmento. Dentre elas, destaca-se a PNAS, aprovada pelo CNAS por meio da Resolução N° 145, de 15 de outubro de 2004, que assegurou a cobertura da assistência para a população em situação de rua.

Ressalta-se, também, a Lei N° 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que alterou a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) acrescentando a obrigação de criar programas de amparo às pessoas em situação de rua na organização dos serviços da assistência social (BRASIL, 2005). Texto publicado pelo MDS (BRASIL, 2011a) destaca a importância desta lei

e conclui que ela reafirmou o dever do Estado com a proteção social às pessoas em situação de rua:

O Estado brasileiro, ao reconhecer e garantir à pessoa em situação de rua todos os direitos devidos à pessoa humana, com base nos princípios de igualdade e equidade, reconheceu que esses direitos ainda não lhes foram totalmente garantidos. Nesse contexto, representou um importante avanço, no campo da legislação brasileira, a aprovação da Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005 que alterou o art. 23 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, incorporando à LOAS a criação de programas de proteção social às pessoas em situação de rua no campo da Assistência Social, o que reafirmou o dever do Estado com a proteção social aos cidadãos brasileiros que se encontram em situação de rua no Brasil (BRASIL, 2011a p.31 e 32).

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, aprovada pela Resolução CNAS N° 109 de 11 de novembro de 2009, também foi importante nesse processo, pois normatizou o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua como um dos serviços da PSE de Média Complexidade e previu o Centro Pop como espaço para sua oferta. Assim, ela representou “um avanço significativo para a concretização da oferta de ações às pessoas em situação de rua no SUAS” (BRASIL, 2011a p.37). Além disso, estabeleceu os seguintes serviços da PSE cuja oferta de atenção especializada é destinada às pessoas em situação de rua: o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, o Serviço Especializado em Abordagem Social, o Serviço de Acolhimento Institucional (para indivíduos e famílias em situação de rua) e o Serviço de Acolhimento em República (para pessoas em processo de saída das ruas) (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, cumpre destacar, ainda, que ao possibilitar a padronização dos serviços de proteção social básica e especial em todo território nacional, estabelecer os seus conteúdos, público, objetivos e resultados esperados, a Tipificação impactou diretamente diversos serviços destinados às pessoas em situação de rua realizados nos municípios e que seguiam critérios próprios, que variavam conforme a perspectiva de cada gestor municipal. Como exemplo, pode-se citar o Centro Pop de São Carlos, implantado em 2008, período em que não havia normativas referentes a serviços de acolhimento diurnos para essa população. Inicialmente chamado de Casa Dia, este dispositivo funcionava de acordo com normas estabelecidas pelos gestores municipais da assistência social e teve que se adaptar após a tipificação do Centro Pop.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> O processo de implantação desse serviço é abordado em Oliveira (2016).



Destaca-se, ainda, a Instrução Operacional Conjunta SENARC/SNAS/MDS Nº 7, de 22 de novembro de 2010, que orienta sobre a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal (CadÚnico). Ela dispõe que “o cadastramento de pessoas em situação de rua deverá ser realizado por meio de trabalho articulado entre as áreas gestoras do Cadastro Único e a proteção social especial do SUAS na localidade” (BRASIL, 2010c). Deste modo, os serviços socioassistenciais de PSE destinados às pessoas em situação de rua também se tornam responsáveis por identificar estas pessoas e tomar as providências necessárias para viabilizar sua inclusão no CadÚnico.

A inclusão neste cadastro é importante para essas pessoas, pois potencializa o seu acesso a diversos programas e à rede de serviços socioassistenciais, além de produzir informações que contribuem para o aprimoramento das políticas públicas destinadas a esse público. Nesse sentido, destaca-se que, seguindo o disposto na Portaria GM Nº 376, de 16 de outubro de 2008, a Instrução determina que deve ser utilizado o endereço da unidade de assistência social acessado pela pessoa em situação de rua ou o endereço da instituição de acolhimento indicada pelo entrevistado para facilitar sua inclusão no CadÚnico (BRASIL, 2010c).

Outras normativas merecem destaque por tratarem do incentivo financeiro de custeio do MDS aos municípios que implantarem as unidades de Centro Pop e, assim, ofertarem o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Nesse sentido destacam-se: a Portaria Nº 843 de 28 de dezembro de 2010, a Portaria Nº 139 de 28 de junho de 2012 e a Resolução Nº 6, de abril de 2012.

A Portaria Nº 843, de 28 de dezembro de 2010, dispôs sobre o cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais ofertados pelos CREAS e pelos Centros Pop e estabeleceu que os recursos do Piso Fixo de Média Complexidade (PFMC) serão usados para o cofinanciamento dos serviços socioassistenciais de PSE, dentre eles o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Assim, determinou que o cofinanciamento federal do PFMC para a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que seria iniciado em dezembro de 2010, teria como referência o valor de R\$ 13.000 (treze mil reais) por unidade de Centro Pop. Estabeleceu, ainda, que as unidades de Centro Pop deveriam ter capacidade mínima de atendimento a oitenta famílias/indivíduos (BRASIL, 2010d).

Pouco tempo depois, em junho de 2012, foi publicada a Portaria Nº 139 que alterou a Portaria Nº 843 e estabeleceu novos valores para os repasses para a oferta do Serviço

Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Assim, estabeleceu que os valores a serem repassados deveriam variar de acordo com a capacidade de atendimento mensal da unidade do Centro Pop: as unidades com capacidade para atender cem pessoas/famílias por mês receberiam o valor de R\$ 13.000 (treze mil reais) e as unidades com capacidade de atendimento mensal de duzentas pessoas/famílias receberiam o valor de R\$ 23.000 (vinte e três mil reais) (BRASIL, 2012f).

Já a Resolução N° 6, de abril de 2012, merece destaque por ter pactuado critérios de partilha de recursos para a construção de unidades do CRAS, CREAS ou Centro Pop. De acordo com esta normativa, os municípios habilitados em Gestão Básica ou Plena do SUAS que ofertam Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua poderiam apresentar propostas para o financiamento da construção de unidades de Centro Pop, desde que não tivessem Centro Pop instalado em imóvel próprio e recebessem o cofinanciamento federal por meio do PFMC para apoio à oferta deste serviço (BRASIL, 2012c).

Por fim, cumpre destacar as Resoluções da CIT que promoveram as Expansões Qualificadas dos Serviços Socioassistenciais, quais sejam: a Resolução CIT N° 07/2010, a Resolução CIT N° 03/2012 e a Resolução CIT N° 06/2013. Por meio destas, o MDS estabeleceu os parâmetros para cofinanciamento de apoio à oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua nas unidades do Centro Pop e, assim, promoveu a implantação dessas unidades.

A Resolução CIT N° 7, de 7 de junho de 2010, dispôs que os municípios com população entre 250.000 (duzentos e cinquenta mil) a 900.000 (novecentos mil) habitantes poderiam ser contemplados com cofinanciamento federal para oferta deste serviço em uma unidade de Centro Pop; enquanto que os municípios com população acima de 900.000 (novecentos mil) habitantes e o Distrito Federal poderiam ser contemplados com cofinanciamento federal para oferta do Serviço em até duas unidades de Centro Pop. Como requisito, impôs-se a habilitação nos níveis de gestão básica ou plena do SUAS na data de início do repasse do cofinanciamento federal e estabeleceu um prazo certo para manifestação do aceite pelos municípios (BRASIL, 2010a). A partir desta Resolução, o governo federal ofertou o financiamento de custeio de 116 Serviços Especializados para Pessoas em Situação de Rua para 99 municípios.

A Resolução CIT N° 3, de 1° de março de 2012, promoveu nova expansão dos serviços socioassistenciais e estabeleceu que os municípios com população superior a 200.000

(duzentos mil) habitantes e o Distrito Federal poderiam ser contemplados com cofinanciamento federal para apoio à oferta deste serviço pelo Centro Pop. Estabeleceu, ainda, os seguintes critérios: os municípios com menos de cento e cinquenta pessoas em situação de rua poderiam ser contemplados com cofinanciamento federal mensal para oferta do Serviço em uma unidade de Centro Pop com capacidade de atendimento de cem pessoas/famílias por mês; e os municípios e o Distrito Federal com mais de cento e cinquenta pessoas em situação de rua poderiam ser contemplados com cofinanciamento federal mensal da oferta do Serviço em unidade(s) com capacidade de atendimento a duzentos pessoas/famílias por mês, observada a proporção de um Centro POP para cada quinhentas pessoas em situação de rua e limitada a cinco novas Unidades (BRASIL, 2012g). Como resultado, foi ofertado o financiamento de custeio de 93 Serviços Especializados para Pessoas em Situação de Rua para 71 municípios.

A terceira rodada de expansão ocorreu por meio da Resolução CIT Nº 6, de 12 de abril de 2013, que estabeleceu que poderiam ser contemplados com cofinanciamento federal para apoio à oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua os municípios de médio e de grande porte ainda sem cofinanciamento para esse serviço e metrópoles, Distrito Federal e municípios de grande porte que já recebem cofinanciamento para a oferta desse serviço e que estejam com todas as unidades implantadas. Determinou, ainda, as seguintes condições para os municípios: ter CREAS em processo de implantação ou implantado e identificado por meio do CadSUAS (BRASIL, 2013c).

A Resolução estabeleceu, ainda, que o cofinanciamento federal para apoio à oferta deste serviço se daria da seguinte forma: cofinanciamento federal mensal para oferta do serviço em cada unidade de Centro Pop com capacidade de atendimento de cem casos por mês aos municípios com quantitativo inferior ou igual a cento e cinquenta pessoas em situação de rua; e cofinanciamento federal mensal da oferta do serviço em unidade(s) com capacidade de atendimento a duzentos casos por mês, observada a proporção de um Centro Pop para cada quinhentas pessoas em situação de rua, limitada a duas novas unidades aos municípios e ao Distrito Federal com mais de 150 pessoas em situação de rua.<sup>39</sup> Como resultado, ofertou-se o financiamento de 249 serviços em 242 municípios.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> De acordo com a Resolução CIT Nº 03/2012 e com a Resolução CIT Nº 06/2013, a definição do quantitativo de pessoas em situação de rua deveria se basear nos dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua e nos dados do Censo SUAS de 2011.

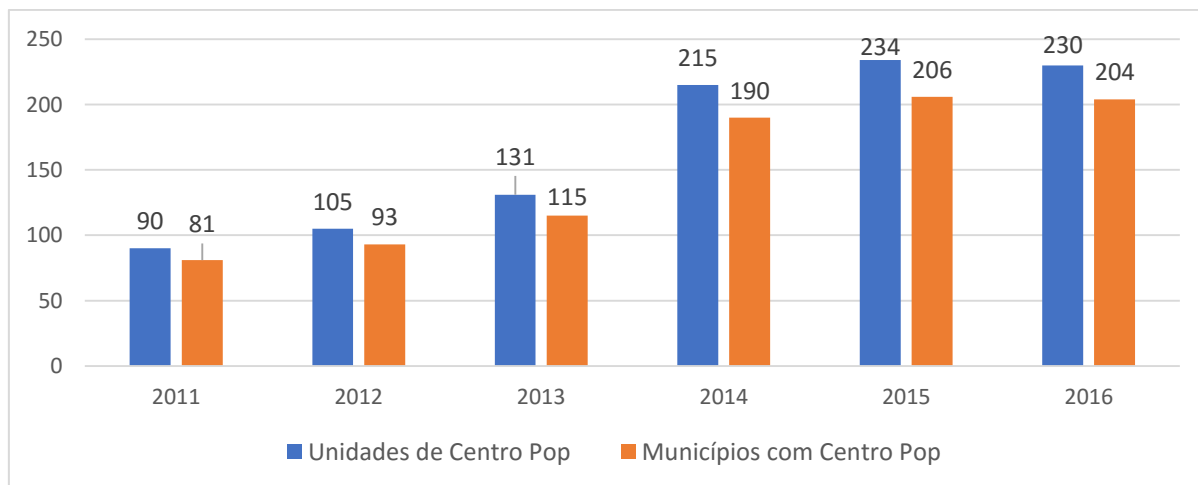
<sup>40</sup> A segunda e a terceira rodada de expansão ofertaram o Serviço Especializado para a População em Situação de Rua aos municípios que já haviam sido contemplados na rodada anterior, mas não haviam implementado.

Cumpram-se destacar que as três resoluções citadas determinaram que o Conselho de Assistência Social do município ou do Distrito Federal deveria se manifestar, aprovando, ou não, o aceite realizado pelo gestor, que passará a integrar o Plano de Ação, do município ou DF. Estipularam, ainda, um prazo para a demonstração da efetiva implementação e prestação dos serviços pelos municípios por meio do preenchimento do CadSUAS e estabeleceram que os estados deveriam monitorar e acompanhar a implementação e execução dos serviços e realizar os devidos registros. No caso do Distrito Federal, o monitoramento e o acompanhamento seriam realizados pelo MDS.

Destaca-se, ainda, que de acordo com a Resolução CIT nº 05/2011 os municípios e Distrito Federal que realizarem o aceite da expansão de cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais deveriam demonstrar a implantação dos equipamentos públicos e a prestação dos serviços no prazo de um ano a contar do início do cofinanciamento, podendo ser prorrogado por igual período mediante apresentação de justificativa válida ao MDS.

Após expor as normativas que trataram das expansões desse serviço, cumpre expor os dados sobre a sua implementação nos municípios:

**Gráfico 2: Implementação do Centro Pop entre 2011 e 2016.**



Fonte: Censo SUAS – elaboração própria.

Como resultado das três rodadas, foi ofertado o financiamento de custeio desse Serviço em 346 municípios. Entre esses municípios, 202 haviam implementado esse Serviço até 2016. Ao comparar esses dados com os referentes à implementação das equipes de Consultório na Rua, percebe-se que este programa se expandiu de forma mais rápida e abrangeu mais municípios, o que era esperado já que a oferta desse Serviço foi maior. Sobre a implementação dessas unidades, cumpre destacar que diversos municípios já dispunham de

equipamentos com atribuições semelhantes ao Centro Pop, antes mesmo do governo federal adotar essa política pública. Assim, em 2010 e 2011 muitos desses municípios passaram a adequar seus equipamentos e cadastrá-los como Centro Pop. Verifica-se, ainda, que após 2013 houve uma redução no ritmo de adesões, até que em 2016 houve uma retração na quantidade de unidades de Centro Pop implementados.

O quadro abaixo apresenta os principais marcos citados e permite uma visualização resumida da trajetória do Centro Pop:

**Quadro 3: Trajetória do Centro Pop.**

Resolução N° 145, de 15 de outubro de 2004, que aprovou a Política Nacional de Assistência Social, que assegura a cobertura da assistência social para a População em Situação de Rua.
Lei 11.258, de 30 de dezembro de 2005, alterou a LOAS e determinou a criação de programas direcionados à população em situação de rua em situação de rua no âmbito dos serviços de assistência social.
Resolução CNAS n° 109, de novembro de 2009, aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.
Decreto n° 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.
Resolução CIT N° 7, de 7 de junho de 2010, dispôs sobre a Expansão Qualificada dos Serviços Socioassistenciais.
Instrução Operacional conjunta SNAS e SENARC n° 07, de 22 de novembro de 2010, orientou os municípios e o DF para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal.
Portaria n° 843, de 28 de dezembro de 2010, dispôs sobre o cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais ofertados pelos CREAS e pelos Centros Pop.
Resolução CIT n° 3, de março de 2012, dispôs sobre a Expansão Qualificada dos Serviços Socioassistenciais.
Resolução n° 6, de abril de 2012, pactuou critérios de partilha de recursos para a construção de CRAS, CREAS ou Centro Pop.
Portaria n° 139, de 28 de junho de 2012, alterou a Portaria 843 e dispôs sobre o PFMC dos serviços CREAS e Centro Pop.
Resolução CIT N° 6, de 12 de abril de 2013, dispôs sobre a Expansão Qualificada dos Serviços Socioassistenciais.

Este capítulo teve o objetivo de descrever as duas políticas públicas destinadas exclusivamente ao atendimento da população em situação de rua que são objeto deste trabalho, quais sejam: o Consultório na Rua e o Centro Pop. Buscou-se evidenciar que elas foram lançadas a partir de normativas do governo federal em um processo que envolveu a participação de diversos atores, como os gestores dos diferentes níveis de governo, por meio das Comissões Intergestores Tripartite, e a sociedade civil, a partir de seus representantes nos Conselhos Nacionais da Saúde e da Assistência Social.

Entretanto, apesar de estarem alicerçadas legalmente e terem sido pactuadas por gestores dos três níveis de governo, observa-se, após mais de cinco de anos de sua formulação, que sua implementação nos territórios não ocorreu no ritmo previsto pelo governo federal. Em relação ao Consultório na Rua, havia a previsão de implementação de 307 equipes, porém ao final de 2016 haviam apenas 138 equipes implementadas. O mesmo ocorreu com o Centro Pop, a expectativa do governo federal era implementar essas unidades em 346 municípios, porém, ao final de 2016, apenas 204 municípios haviam as implementado. Apoiado nesses dados, o capítulo 4 abordará quais foram os fatores determinantes para a implementação desses serviços pelas prefeituras municipais.

## **Capítulo 4: Implementação das políticas públicas para a população em situação de rua: o caso das equipes de Consultório na Rua e do Centro Pop.**

Conforme abordado anteriormente, as políticas públicas destinadas à população em situação de rua, objeto de estudo desse trabalho, foram formuladas pelo governo federal e implementadas pelas prefeituras municipais. Assim, sua implementação nos territórios exigiu um amplo processo de coordenação interfederativa entre esses entes. Passados mais de cinco anos desde a sua formulação, constata-se que a sua implementação não seguiu o ritmo proposto pelo governo federal, e que muitos municípios optaram por não as implementar. Este capítulo irá investigar os fatores determinantes para a implementação dessas políticas públicas pelas prefeituras municipais. Para isso, optou-se por examinar mais detalhadamente a implementação do Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua por meio do teste de algumas hipóteses.

As hipóteses foram construídas a partir da literatura sobre implementação de políticas públicas e, principalmente, sobre Capacidades Estatais. Utilizou-se, ainda, as conclusões do trabalho de Medeiros (2016) que, por meio de análise documental e entrevistas com gestores municipais e trabalhadores do MS, investigou as razões da ausência de implementação das equipes de Consultório na Rua pela maioria dos municípios elegíveis. Neste trabalho, a autora fez a seguinte pergunta, em questionário respondido pelos gestores dos municípios que não implementaram as equipes de Consultório na Rua: “Qual seria a principal razão para o seu município ainda não ter implantado a (s) equipes de Consultório na Rua?” As quatro razões mais alegadas foram: “Financiamento pelo Governo Federal inadequado ao financiamento do programa” (63%); “alto ônus à estrutura organizacional do município para a implementação do programa” (45%); “indisponibilidade dos profissionais de saúde em comporem as equipes de Consultório na Rua” (38%); e “inexistência de uma rede de cuidado à população em situação de rua no município” (32%). Ou seja, as três razões mais alegadas estão relacionadas com capacidades estatais dos municípios, seja em sua dimensão administrativa e financeira, enquanto a quarta diz respeito a uma ausência da rede de cuidados à essa população. Portanto, com base nas conclusões deste trabalho e utilizando o conceito de Capacidades Estatais adotado neste trabalho, decidiu-se testar as seguintes hipóteses de pesquisa:

- a) As capacidades estatais setoriais do município, no que se refere aos recursos humanos e orçamentários, são determinantes para sua adesão às políticas públicas destinadas à população em situação de rua.

- b) A implementação do Centro Pop favorece a implementação das equipes de Consultório na Rua e vice-versa.
- c) A consolidação do Sistema Único de Saúde no município é determinante para a implementação das equipes de Consultório na Rua e, do mesmo modo, a consolidação do Sistema Único de Assistência Social é determinante para a implementação do Centro Pop.

Além dessas hipóteses, será testada a correlação entre a implementação desses serviços e alguns fatores sociodemográficos, com o objetivo de avaliar a influência de fatores externos às capacidades estatais. Sobre as hipóteses, cabem duas ponderações: a primeira é que não há uma fórmula exata para medir as capacidades estatais e se optou por focar os aspectos orçamentários e administrativos por serem as razões mais alegadas, conforme o trabalho de Medeiros (2016); e a segunda é que apesar de as hipóteses e os fatores utilizados para averiguar a sua validade estarem relacionados ao conceito de capacidades estatais, preferiu-se avaliá-los separadamente, a fim de realizar uma análise correlacional, univariada e exploratória.

Este capítulo discorrerá sobre os resultados encontrados ao averiguar a veracidade dessas hipóteses e foi dividido em seis seções: a primeira aborda os procedimentos metodológicos adotados; em seguida, quatro seções são dedicadas a examinar a correlação entre a implementação desses serviços e os seguintes fatores: sociodemográficos, capacidades estatais setoriais, implementação de um dos serviços, e consolidação do sistema de política pública. Por fim, a sexta seção refletirá sobre os resultados encontrados.

#### **4.1 Procedimentos metodológicos.**

Após ampla verificação dos dados disponibilizados pelas prefeituras municipais e, principalmente, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Desenvolvimento Social, selecionaram-se os fatores que poderiam aferir a validade das hipóteses. Em seguida, por meio de análises quantitativas, avaliou-se a correlação entre esses fatores e a implementação dessas políticas públicas pelos municípios.

Portanto, as análises foram realizadas a partir da coleta e fichamento de dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e pelas prefeituras municipais. Destaca-se, nesse sentido, a maior facilidade para



encontrar os dados referentes à Política de Assistência Social disponíveis nos Censos SUAS. Esses Censos são realizados anualmente pelo MDS com o apoio dos estados e municípios e permite a coleta de diversos dados sobre os serviços daquela política e sua gestão por municípios e estados. Por outro lado, encontrou-se grande dificuldade para localizar os dados relativos à área da saúde, já que eles são coletados por diferentes instrumentos e estão acessíveis de modo disperso em diversos endereços eletrônicos. Outras dificuldades foram encontradas no processo de sistematização de dados, já que diversas fontes de informações da área da saúde tiveram que ser consultadas para cada município, o que exigiu grande esforço para seu fichamento.

Os dados foram coletados e fichados pelo autor que é o responsável pela fidelidade/veracidade no processo de captura dos dados e das informações selecionadas. Alimentou-se assim um extensivo banco de dados para esta pesquisa, constituindo-se numa base de registros. Os dados relativos à área da Saúde foram obtidos nos seguintes bancos de dados: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS, Relatórios Anuais de Gestão – disponíveis no SargSUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

As informações relativas à cobertura da Atenção Básica e à cobertura das equipes de Saúde da Família foram obtidas na SAGE que tem como objetivo subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento, além de contribuir para a transparência das ações desenvolvidas na área da saúde<sup>41</sup>. A SAGE disponibiliza informações sobre a situação de saúde nos municípios, as Redes e Programas do SUS – dentre elas a “Mais perto de Você” da Atenção Básica, e sobre gestão e financiamento.

Nos Relatórios Anuais de Gestão de 2016 dos municípios foram obtidos os seguintes dados: quantidade de pessoas empregadas na Saúde; quantidade de trabalhadores da saúde com vínculo estatutário; despesa total com Saúde, por habitante, sob a responsabilidade do município; e percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a Lei Complementar 141/2012. O Relatório Anual de Gestão está previsto na Lei Nº 8.142/90 e na Lei Complementar citada e é a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde nos municípios, estados, Distrito Federal e União. Ele é utilizado para a comprovação da execução do Plano de Saúde em cada esfera de gestão e da aplicação dos recursos da União repassados a estados e municípios e tem como um de seus objetivos apresentar os resultados obtidos na execução da Programação Anual de Saúde. Os Relatórios Anuais de Gestão de 2016 dos municípios

---

<sup>41</sup> Fonte: <http://sage.saude.gov.br/#modalLogin> Acesso em 25/01/2018.

selecionados foram coletadas por meio do SargSUS que é a ferramenta eletrônica desenvolvida pelo MS com o objetivo de apoiar os gestores municipais no preenchimento e envio ao Conselho de Saúde.<sup>42</sup>

Os dados sobre implementação das equipes de Consultório na Rua foram obtidos por meio do CNES que consiste no cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde que realizam qualquer tipo de serviço de atenção à Saúde no âmbito do território nacional. Este cadastro é uma importante fonte de informações, pois propicia o conhecimento da rede assistencial e de sua capacidade instalada<sup>43</sup>.

Os dados relativos à Assistência Social foram extraídos do Censo SUAS de 2016. Este Censo é realizado anualmente desde 2007 e em 2016 coletou informações sobre infraestrutura, recursos humanos, serviços, benefícios, gestão (estadual e municipal) e participação social no âmbito da assistência social<sup>44</sup>. As informações sobre a população dos municípios foram extraídas do Censo 2010 realizado pelo IBGE<sup>45</sup> e as informações sobre a dimensão Renda do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM Renda) foram obtidas no “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil” que é uma plataforma de consulta ao IDHM dos municípios brasileiros<sup>46</sup>.

A análise incluiu todos os duzentos e sessenta municípios<sup>47</sup> que receberam oferta para implementar tanto as equipes de Consultório na Rua quanto as unidades de Centro Pop em seus territórios. Para determinar quais são esses municípios, tomou-se como referência a lista “Cálculo do número máximo de novas equipes de consultório na rua que poderão ser financiadas pelo MS” publicada pelo DAB/SAS/MS em 2012<sup>48</sup> e as Resoluções da CIT N° 07/2010, N° 03/2012 e N° 06/2013 que dispuseram sobre as expansões qualificadas dos serviços socioassistenciais. Ressalta-se que algumas análises não incluíram todos os municípios, já que algumas informações não foram encontradas para todos os municípios.

---

<sup>42</sup> Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus> Acesso em 25/01/2018.

<sup>43</sup> Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp> Acesso em 25/01/2018.

<sup>44</sup> Fonte:

[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao\\_eletronica/muse/Censo2015/apresenta%C3%A7%C3%A3o.html](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao_eletronica/muse/Censo2015/apresenta%C3%A7%C3%A3o.html) Acesso em 25/01/2018.

<sup>45</sup> Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em 23/01/2018.

<sup>46</sup> O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil é desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro. Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br> Acesso em 25/01/2018.

<sup>47</sup> A lista com esses municípios consta no Anexo I.

<sup>48</sup> Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo\\_equipe\\_consultorios\\_na\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo_equipe_consultorios_na_rua.pdf) Acesso em 25/01/2018

O cálculo realizado tem como variável dependente a “Taxa de Adesão” dos municípios a essas políticas públicas. Essa taxa foi calculada utilizando como numerador o número de adesões (i.e. quantas unidades foram implantadas) e como denominador o número de ofertas (i.e. quantas unidades foram ofertadas pelo governo federal). Cabe ressaltar que, diferente da oferta realizada pelo MS, o MDS realizou três rodadas de expansão e oferta deste serviço. Assim houve mais de uma oferta de Centros Pop e municípios que recusaram a primeira oferta receberam novas oportunidades de adesão nas ofertas seguintes.

Avaliou-se, assim, a correlação entre a “Taxa de Adesão” e os fatores elencados. De acordo com Field (2009 p.125) a correlação é uma medida do relacionamento linear entre variáveis. Essas variáveis podem estar positivamente relacionadas, podem não estar relacionadas de forma alguma, ou podem estar negativamente relacionadas. Para medir a força da correlação entre as variáveis, calculou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson que consiste na seguinte fórmula:

$$r = \frac{1}{n-1} \sum \left( \frac{x_i - \bar{X}}{S_x} \right) \left( \frac{y_i - \bar{Y}}{S_y} \right)$$

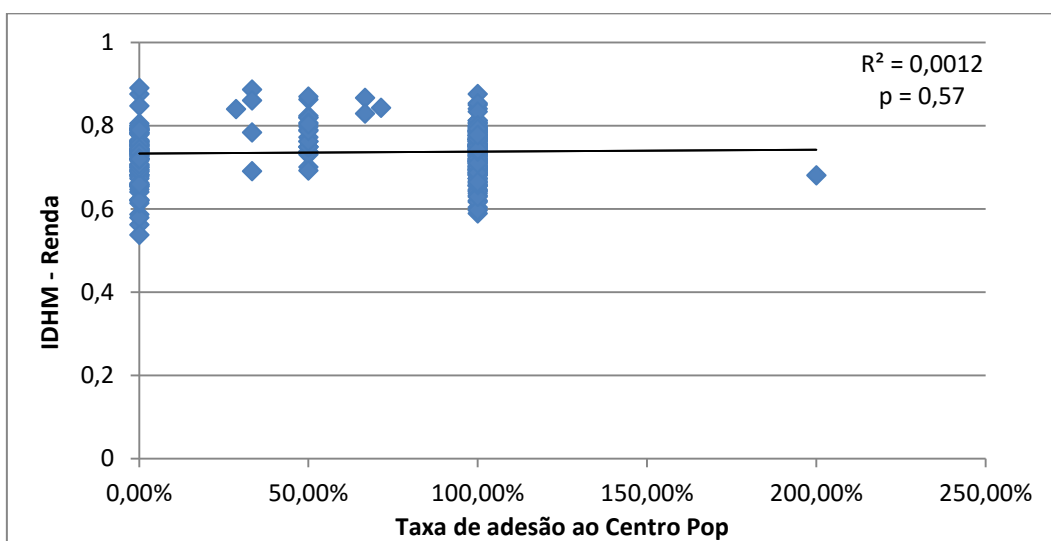
O Coeficiente de Correlação de Pearson é uma medida da força do relacionamento entre duas variáveis e consiste também em uma medida muito versátil da força de um efeito experimental. O tamanho de efeito é uma medida de magnitude padronizada do efeito observado e fornece uma medida objetiva da importância de um efeito. De acordo com Cohen (1988 apud FIELD, 2009) quando o Coeficiente de Correlação de Pearson (r) assume valores entre 0,10 e 0,29 tem-se um efeito pequeno; entre 0,30 e 0,49 um efeito médio; e entre 0,50 e 1 um efeito grande (FIELD, 2009 p.57).

## **4.2 Fatores Sociodemográficos.**

Neste item analisa-se a relevância de fatores sociodemográficos sobre a implementação dos serviços destinados à população em situação de rua. Esses fatores indicam a influência de fatores externos às capacidades estatais e permitem um contraponto com os fatores usados para aferi-las. Optou-se por avaliar três fatores: IDHM - Renda; população municipal; e quantidade de pessoas em situação de rua.

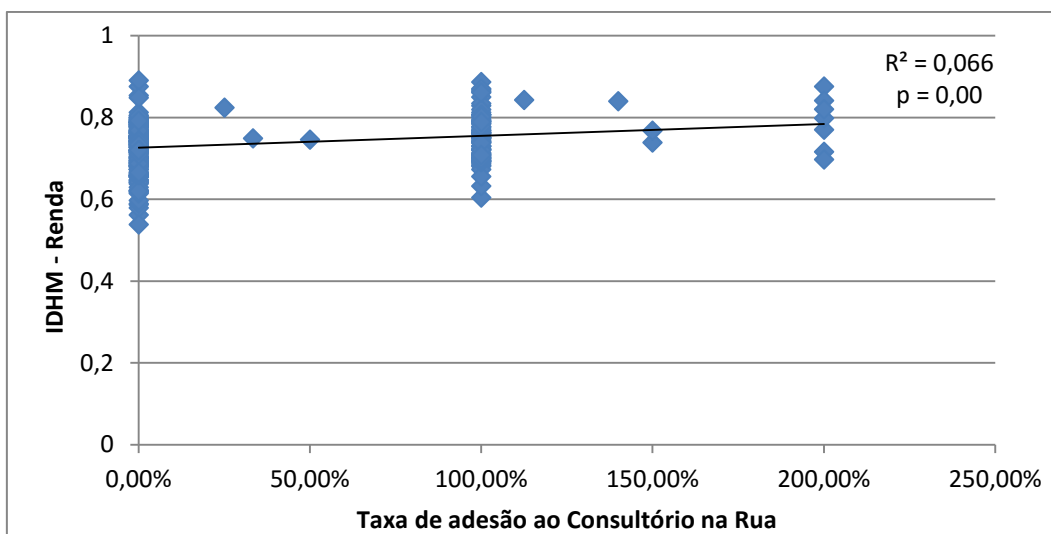
O primeiro fator examinado foi o IDHM – Renda que considera a renda *per capita* da população, ou seja, a renda média mensal dos indivíduos residentes no município, expressa em reais de 1º de agosto de 2010. A análise da correlação entre esse fator e a implementação desses serviços chegou ao Coeficiente de Pearson de 0,035 no caso do Centro Pop, e de 0,257 no caso das equipes de Consultório na Rua. Ou seja, não se encontrou relação estatisticamente significativa entre a magnitude da renda per capita do município e a implementação do Centro Pop. E constatou-se um efeito pequeno do IDHM – Renda sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua. Os gráficos 3 e 4 mostram esses resultados:

**Gráfico 3: Coeficiente de Pearson entre IDHM-Renda e implementação do Centro Pop.**



Fonte: Censo SUAS 2016 e Atlas IDHM. Elaboração própria.

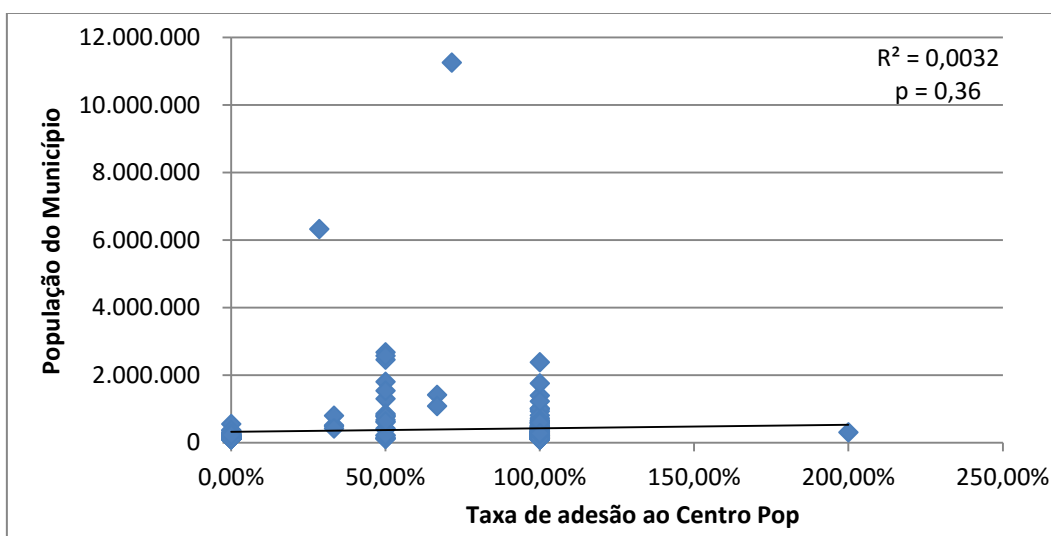
**Gráfico 4: Coeficiente de Pearson entre IDHM-Renda e implementação das equipes de Consultório na Rua.**



Fonte: CNES e Atlas IDHM. Elaboração própria.

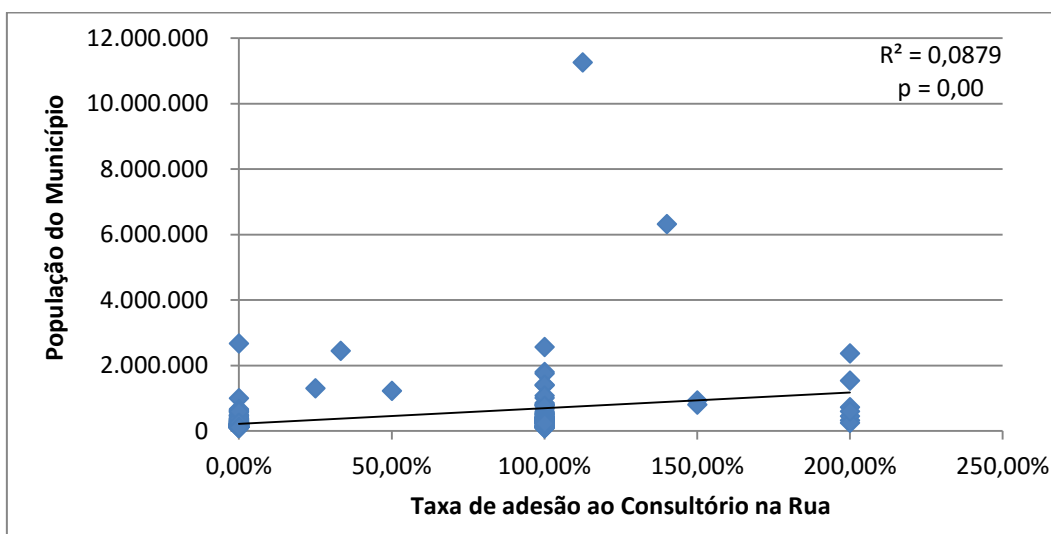
O tamanho da população do município foi o segundo fator examinado e apresentou resultados distintos para cada serviço. Os cálculos do Coeficiente de Pearson indicaram uma ausência de relação significativa estatisticamente entre esse fator e a implementação do Centro Pop, apresentando o valor de 0,056, conforme observado no gráfico 5. Ademais, observou-se que o tamanho da população tem efeito pequeno sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua, apresentado o valor de 0,296 para o Coeficiente de Pearson, tal como mostrado no gráfico 6.

**Gráfico 5: Coeficiente de Pearson entre População municipal e implementação do Centro Pop.**



Fonte: Censo SUAS 2016 e IBGE (2010). Elaboração própria.

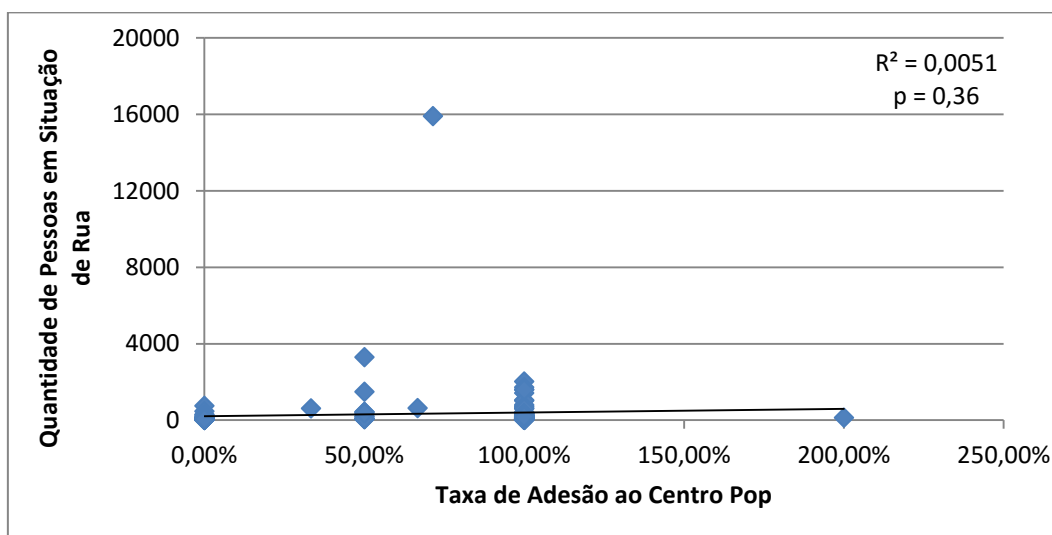
**Gráfico 6: Coeficiente de Pearson entre População municipal e implementação das equipes de Consultório na Rua.**



Fonte: CNES e IBGE (2010). Elaboração própria.

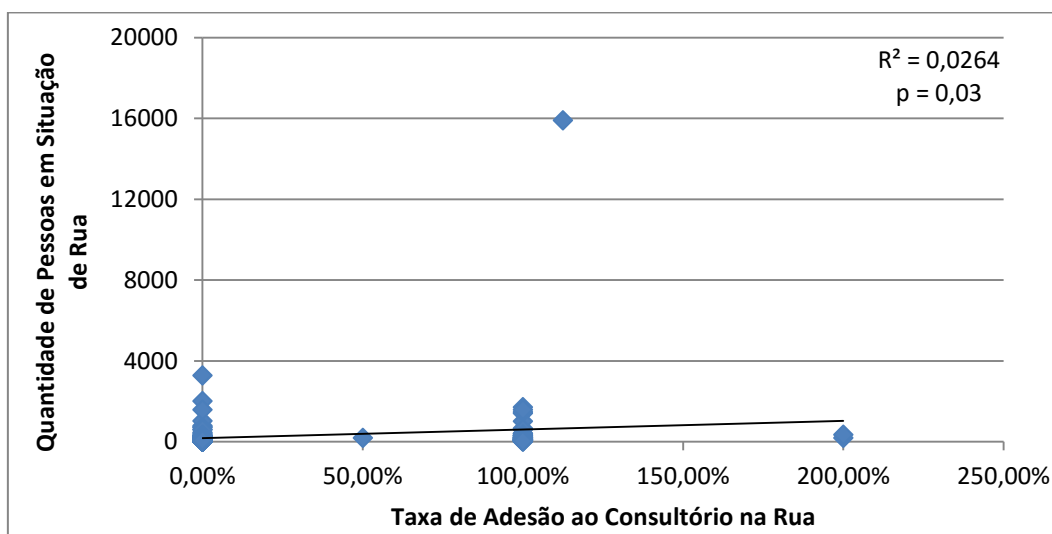
Por fim, examinou-se o terceiro fator sociodemográfico, que consiste na quantidade de pessoas em situação de rua no município. Nesta análise foram considerados apenas os municípios que informaram a quantidade de pessoas em situação de rua no Censo SUAS de 2016, assim tomou-se como referência os dados de 164 municípios. Observou-se que não há relação estatisticamente significativa entre esse fator e a implementação do Centro Pop, o valor encontrado para o Coeficiente de Pearson foi de 0,071. O valor encontrado em relação à implementação das equipes de Consultório na Rua foi de 0,162, ou seja, o tamanho da população em situação de rua levantada pelo município tem efeito pequeno sobre a adesão ao Consultório na Rua. Os gráficos 7 e 8 expressam tais correlações.

**Gráfico 7: Coeficiente de Pearson entre quantidade de pessoas em situação de rua no município e implementação do Centro Pop.**



Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

**Gráfico 8: Coeficiente de Pearson entre quantidade de pessoas em situação de rua no município e implementação das equipes de Consultório na Rua.**



Fonte: Censo SUAS 2016 e CNES. Elaboração própria.

Em relação a este último fator, cabe refletir sobre a validade dos dados apontados por algumas gestões municipais. Há casos de municípios com população elevada e que implementaram esses serviços, mas que apontaram uma quantidade pequena de pessoas em situação de rua, como é o caso do município de Cuiabá que implementou uma equipe de Consultório na Rua e informou haver apenas 9 pessoas em situação de rua em seu território. Destaca-se, também, que entre os dezoito municípios que apontaram ter mais de 500 (quinhentas) pessoas em situação de rua em seus territórios, metade não implementou equipes de Consultório na Rua. Conclui-se, assim, que há necessidade de uma averiguação futura das justificativas apontadas por esses municípios que reconhecem haver uma quantidade grande de pessoas em situação de rua e, entretanto, optam por não ofertar esse serviço.

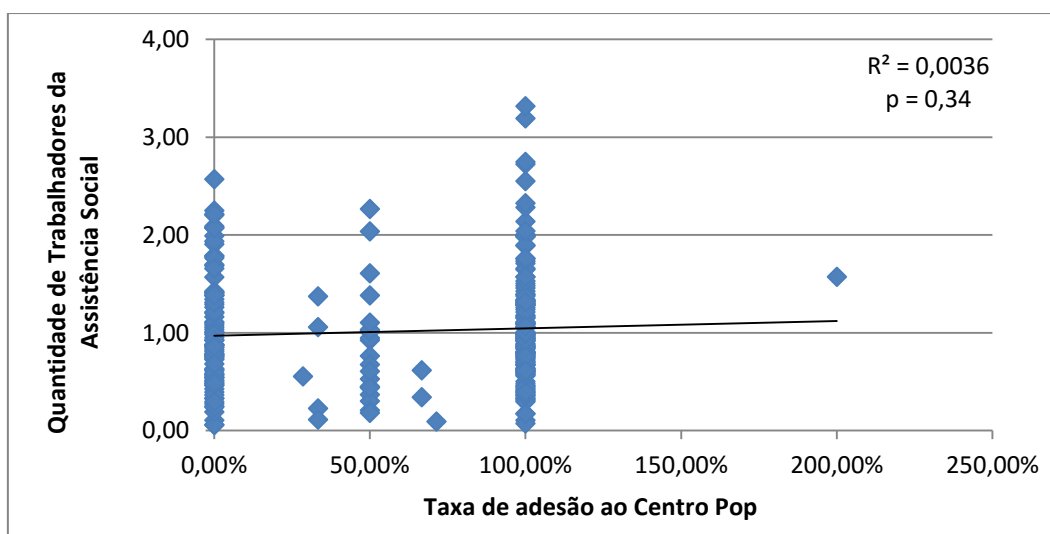
### 4.3 Capacidades Estatais Setoriais.

Para investigar se as capacidades estatais setoriais dos municípios são determinantes para a implementação dessas políticas foram coletados e analisados dados orçamentários e administrativos referentes às áreas da saúde e da assistência social dos municípios selecionados. Escolheu-se usar estes fatores, ambos relacionados à dimensão administrativa, pelos seguintes motivos: é a dimensão mais utilizada pela literatura ao analisar os resultados das políticas públicas (SOUSA, 2016), foi a razão mais citada para a não

implementação das equipes de Consultório na Rua pelos gestores municipais (MEDEIROS, 2016) e observa-se dificuldade de se encontrar dados que pudessem aferir outras dimensões.

Como foram usados dados de diversos municípios relativos a essas áreas, foi necessário adequar os critérios às informações disponíveis. Elencaram-se os seguintes critérios para aferir a dimensão Recursos Humanos dos municípios selecionados em relação à assistência social: quantidade de trabalhadores na Assistência Social<sup>49</sup> (por 1.000 habitantes); percentual de trabalhadores da Assistência Social com nível superior; e percentual de trabalhadores da Assistência Social com vínculo estatutário. Essas informações foram coletadas a partir do Censo SUAS Gestão Municipal de 2016. Como resultado, observou-se que os três fatores não apresentaram relação estatisticamente significativa com a implementação do Centro Pop e apresentaram os seguintes valores ao calcular o Coeficiente de Pearson: 0,059, 0,012 e -0,003 respectivamente. Os gráficos 9, 10 e 11 mostram esses resultados.

**Gráfico 9: Coeficiente de Pearson entre quantidade de trabalhadores na Assistência Social (por 1.000 habitantes) e implementação do Centro Pop.**

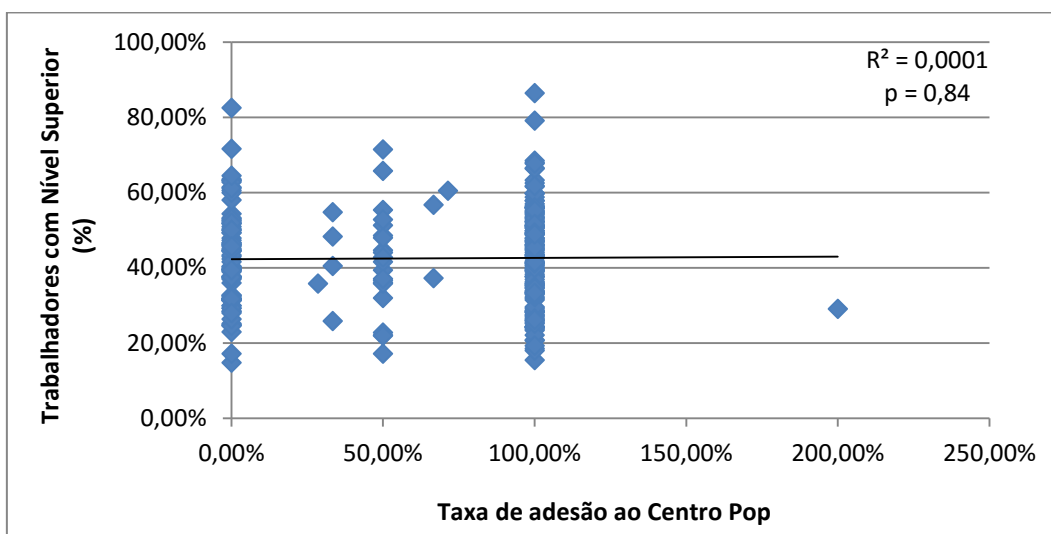


Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

<sup>49</sup> O Manual de preenchimento do questionário do Censo SUAS 2016 Gestão Municipal orienta que essa informação se refere à quantidade de trabalhadores que exercem exclusivamente funções/atividades ligadas à Assistência Social e trabalhadores cujas funções/atividades estão ligadas tanto à assistência social como a outras políticas geridas pela Secretaria. Não são incluídos os trabalhadores que exercem funções/atividades ligadas exclusivamente a outras políticas públicas geridas pela Secretaria, nem trabalhadores que exercem suas atividades em instituições de internação de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em meio fechado (BRASIL, 2016).

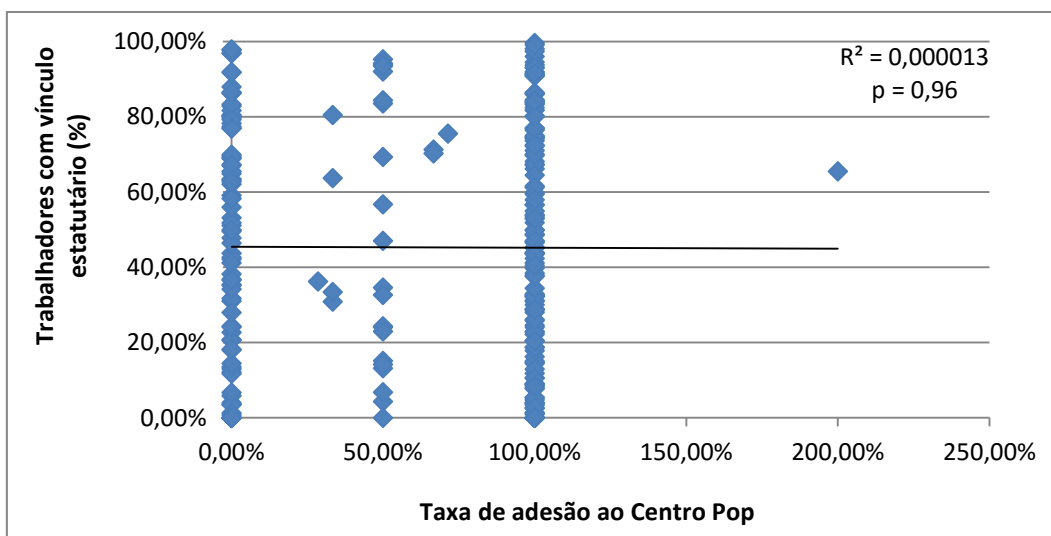


**Gráfico 10: Coeficiente de Pearson entre percentual de trabalhadores da Assistência Social com nível superior e implementação do Centro Pop.**



Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

**Gráfico 11: Coeficiente de Pearson entre percentual de trabalhadores da Assistência Social com vínculo estatutário e implementação do Centro Pop.**

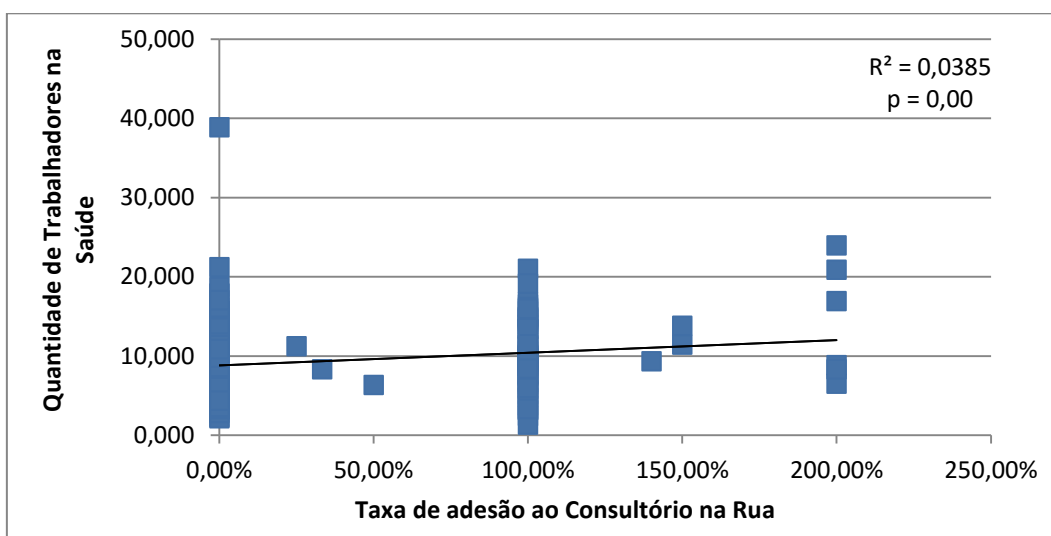


Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

Com relação à área da saúde, utilizou-se os seguintes fatores: quantidade de pessoas empregadas na Saúde (por 1.000 habitantes) e percentual de trabalhadores da saúde com vínculo estatutário. Esses dados foram coletados nos Relatórios Anuais de Gestão de 2016 das prefeituras municipais e, como não foram encontradas essas informações de todas as prefeituras municipais, os cálculos foram realizados com dados de 233 e 227 municípios, respectivamente. O resultado do primeiro fator foi um Coeficiente de Pearson de 0,196, ou seja, indicou um efeito pequeno da quantidade de pessoas empregadas na área da saúde sobre a implementação das

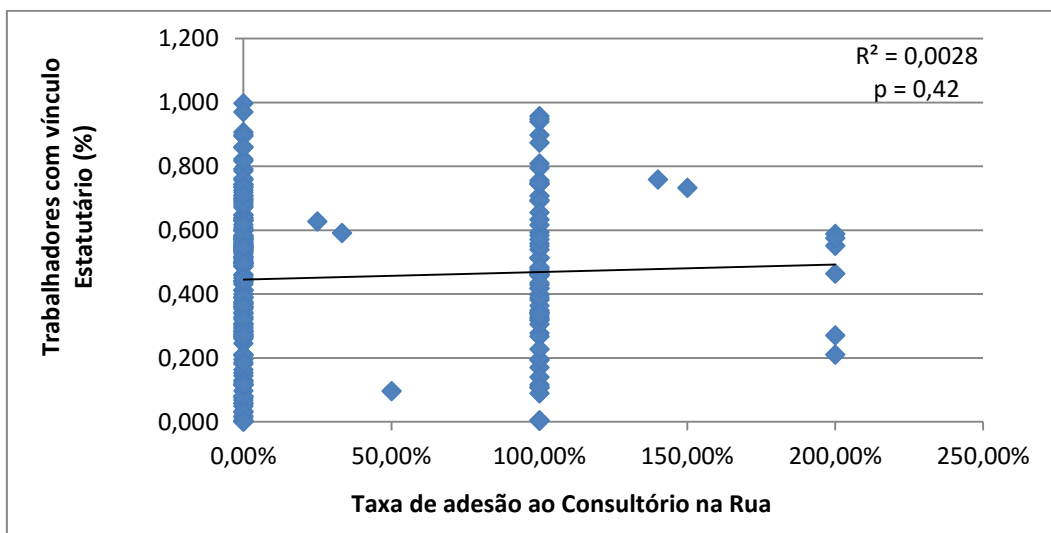
equipes de Consultório na Rua. Já o segundo fator apresentou o valor de 0,052 para o Coeficiente de Pearson, o que indica ausência de relação significativa estatisticamente entre o percentual de trabalhadores estáveis e a adesão para implementação daquelas equipes. Os gráficos 12 e 13 mostram esses resultados.

**Gráfico 12: Coeficiente de Pearson entre quantidade de trabalhadores na saúde (por 1.000 habitantes) e implementação das equipes de Consultório na Rua.**



Fonte: CNES e Relatório Anual de Gestão. Elaboração própria.

**Gráfico 13: Coeficiente de Pearson entre percentual de trabalhadores da saúde com vínculo estatutário e implementação das equipes de Consultório na Rua.**

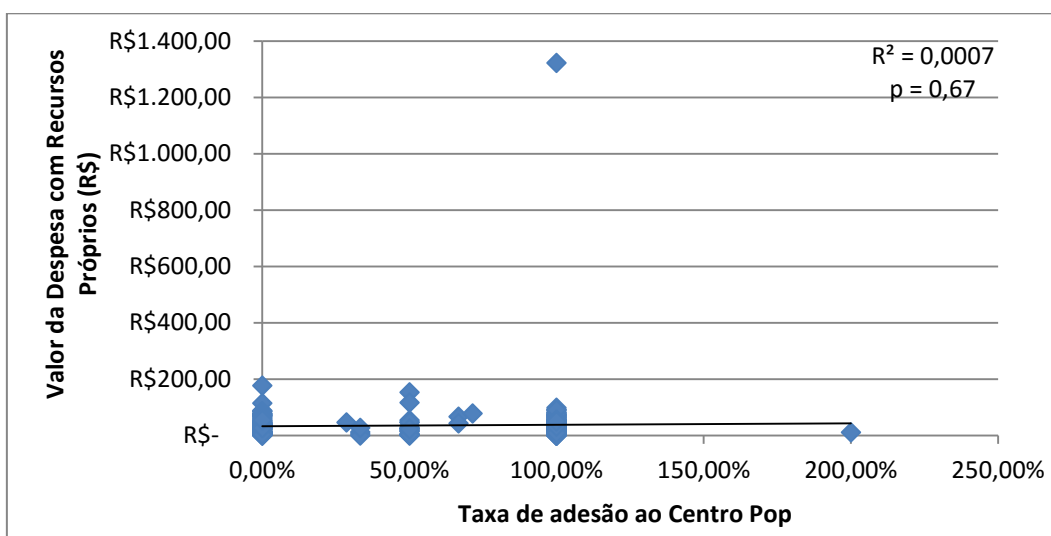


Fonte: CNES e Relatório Anual de Gestão. Elaboração própria.

Com relação a dimensão orçamentária, utilizou-se os seguintes fatores para a política da assistência social: valor da despesa com recursos próprios do município por habitante aplicada na política em 2015; e valor da despesa com recursos repassados pelo

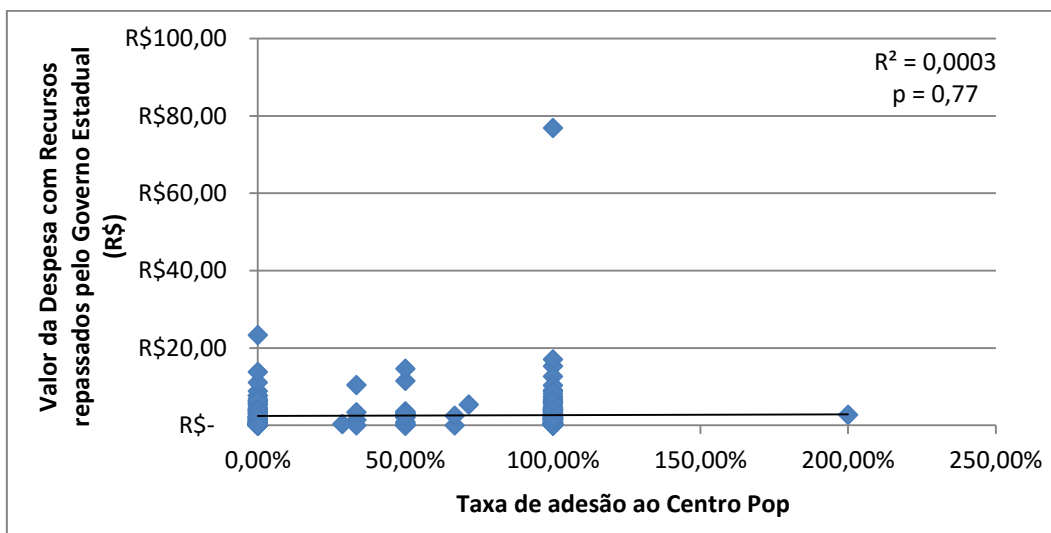
Governo Estadual para a política por habitante em 2015. Esses fatores não apresentaram relação estatisticamente significativa com a implementação do Centro Pop. Os cálculos chegaram aos seguintes valores para o Coeficiente de Pearson: 0,026 e 0,017, respectivamente expressos nos gráficos 14 e 15.

**Gráfico 14: Coeficiente de Pearson entre valor da despesa com recursos próprios do município e implementação do Centro Pop.**



Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

**Gráfico 15: Coeficiente de Pearson entre valor da despesa com recursos do Governo Estadual e implementação do Centro Pop.**

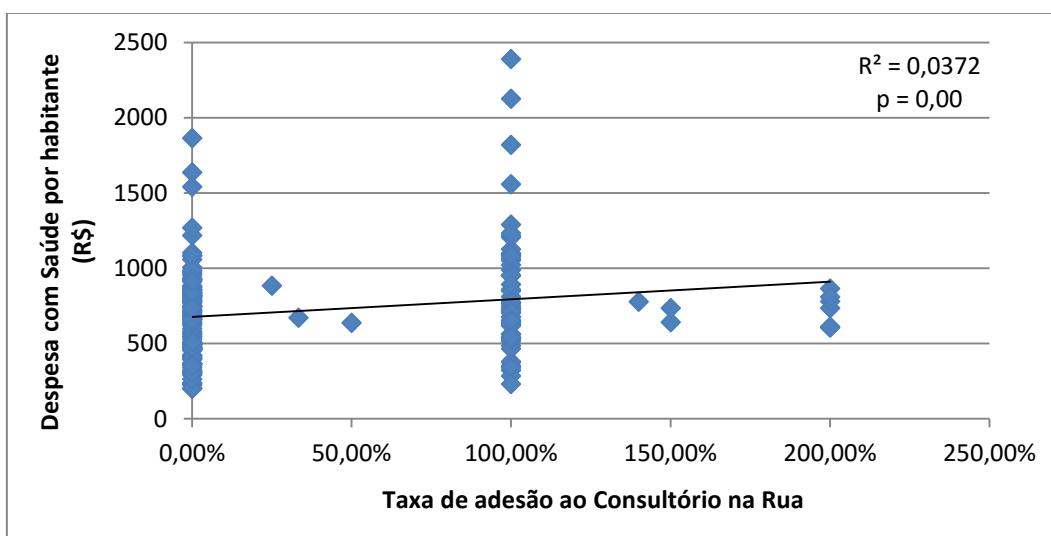


Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

Com relação à área da saúde, optou-se por utilizar os seguintes fatores: despesa total com saúde sob a responsabilidade do município por habitante em 2016 e percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a Lei Complementar 141/2012 em 2016. Para

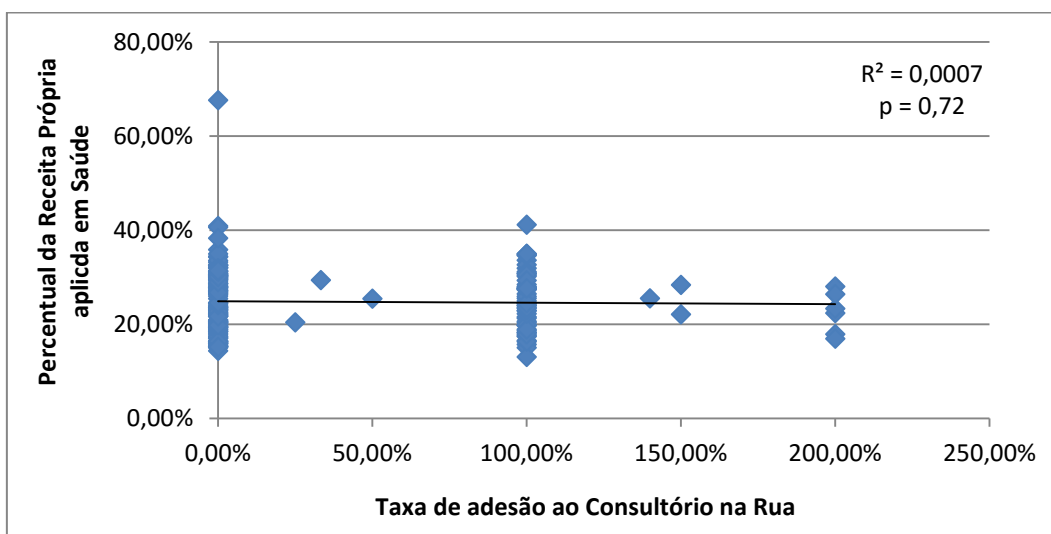
calcular a correlação entre esses fatores e a implementação das equipes de Consultório na Rua, utilizou-se dados de 188 municípios encontrados nos Relatórios de Gestão Anual de 2016 dos municípios. O primeiro fator mostrou uma correlação fraca com a implementação desse serviço, o valor do Coeficiente de Pearson foi de 0,192. O cálculo da correlação do segundo fator, qual seja, o percentual da receita própria aplicada em saúde, indicou não haver relação estatisticamente significativa com a implementação dessas equipes, o valor do Coeficiente de Pearson encontrado foi de -0,026. Ver a respeito nos gráficos 16 e 17.

**Gráfico 16: Coeficiente de Pearson entre despesa total com Saúde, por habitante, sob a responsabilidade do município e implementação do Consultório na Rua.**



Fonte: CNES e Relatório Anual de Gestão. Elaboração própria.

**Gráfico 17: Coeficiente de Pearson entre percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 e implementação do Consultório na Rua.**



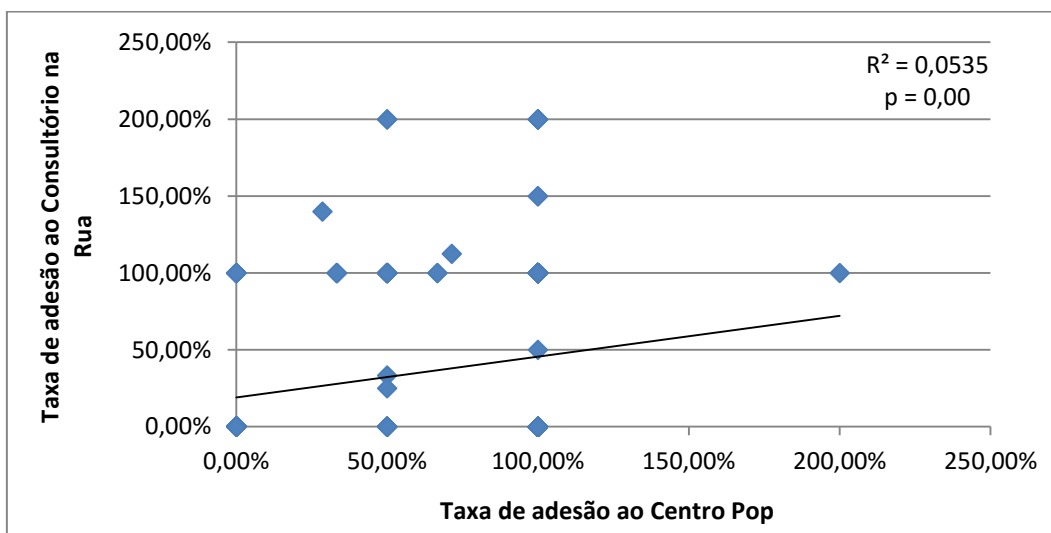
Fonte: CNES e Relatório Anual de Gestão. Elaboração própria.

Os resultados indicam não haver relação entre capacidades estatais setoriais dos municípios e a implementação dos serviços para a população em situação de rua pelas políticas de saúde e de assistência social. Entretanto, admite-se que os fatores selecionados não contemplaram outros aspectos importantes que compõe as capacidades estatais setoriais dos municípios, como o grau de institucionalização dessas áreas (dizem respeito à legislação e instrumentos das áreas), a presença e atuação dos Conselhos Municipais e a existência de parcerias e convênios da prefeitura com organizações não governamentais.

#### 4.4 Relevância da implementação de um serviço para a implementação do outro serviço.

Este item trata da segunda hipótese deste trabalho, qual seja: se a implementação do Consultório na Rua é fator relevante para a implementação do Centro Pop e vice-versa. Avaliou-se, portanto, se há correlação entre a implementação desses serviços. O resultado encontrado, expresso no gráfico 18, revelou um Coeficiente de Pearson de 0,231. Ou seja, revelou uma correlação fraca entre a implementação desses serviços.

**Gráfico 18: Coeficiente de Pearson entre implementação dos serviços.**



Fonte: Censo SUAS 2016 e CNES. Elaboração própria.

Devido à falta de informações sobre a data exata da implementação desses serviços e a variação temporal da oferta do MDS para implementação do Centro Pop optou-se por desconsiderar o aspecto temporal e calcular apenas a correlação entre a implementação desses

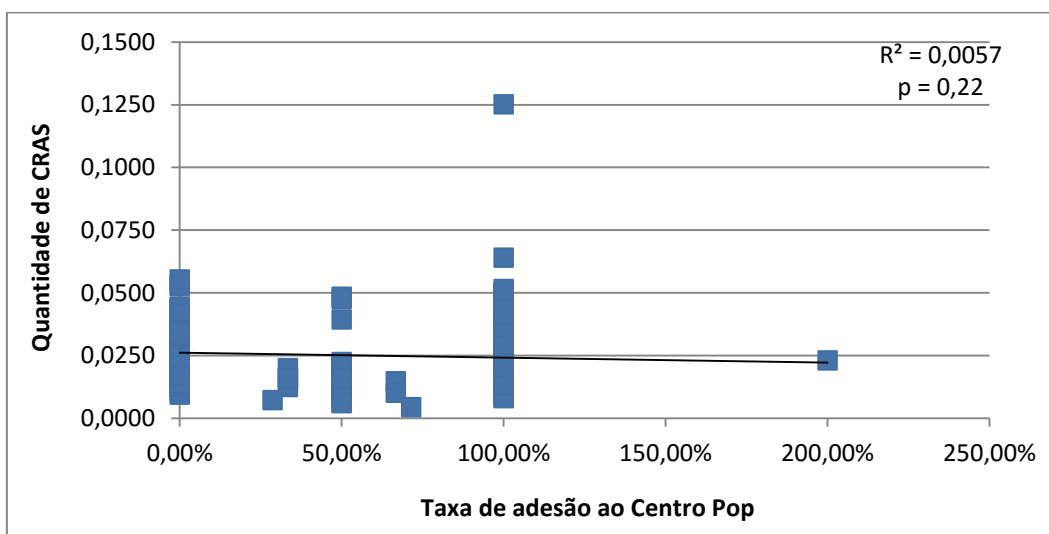
serviços. Deste modo, sugere-se uma apuração mais detalhada sobre essa relação, já que pode revelar aprendizados importantes para essas áreas.

#### **4.5 Consolidação do sistema de política pública e implementação dos serviços destinados à população em situação de rua.**

Este item discorre sobre a terceira hipótese deste trabalho: a de que o fato da política setorial contar com uma base institucional mais consolidada no município favorece a adesão a um novo equipamento, voltado ao atendimento à população em situação de rua. Assim a consolidação do SUS no município seria relevante para a implementação das equipes de Consultório na Rua e, do mesmo modo, a consolidação do SUAS no município para a implementação do Centro Pop. Os fatores usados para averiguar a correlação entre consolidação do SUAS no município e implementação do Centro Pop foram: quantidade de CRAS no município (a cada 1.000 habitantes) e quantidade de CREAS no município (a cada 1.000 habitantes). Para averiguar a correlação entre consolidação do SUS no município e implementação das equipes de Consultório na Rua foram usados os fatores: percentual de cobertura das equipes de Saúde da Família (ESF) no município e percentual de cobertura da Atenção Básica no município.

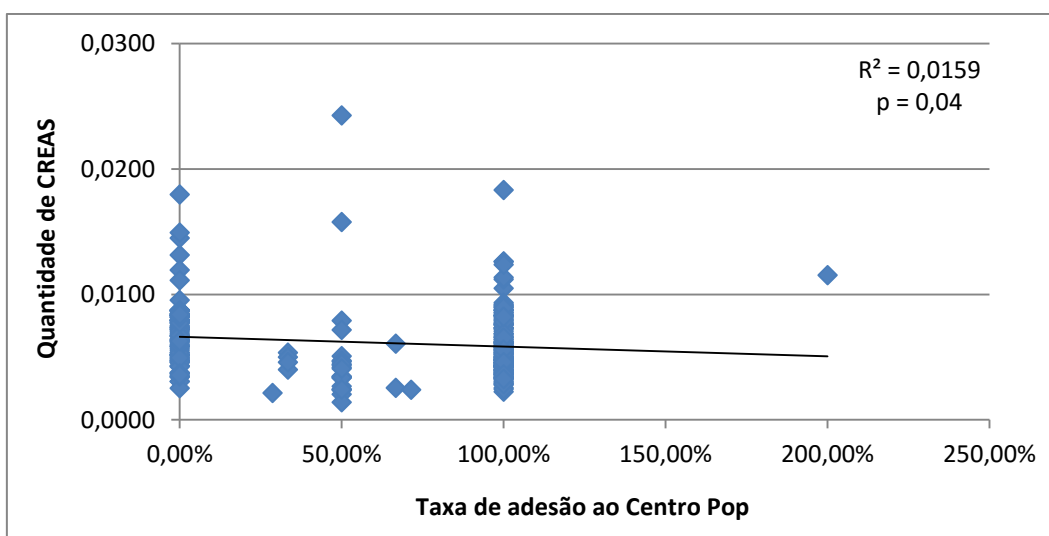
Os dois fatores elencados para aferir a consolidação do SUAS apresentaram resultados distintos. O primeiro fator não apresentou relação estatisticamente significativa com a adesão ao Centro Pop, o resultado do Coeficiente de Pearson foi - 0,075, como expresso no gráfico 19. O Coeficiente de Pearson do segundo fator apresentou o valor de -0,126, o que indica um efeito negativo pequeno sobre a adesão ao Centro Pop, como pode ser visto no gráfico 20.

**Gráfico 19: Coeficiente de Pearson entre quantidade de CRAS no município (a cada 1.000 habitantes) e implementação do Centro Pop.**



Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

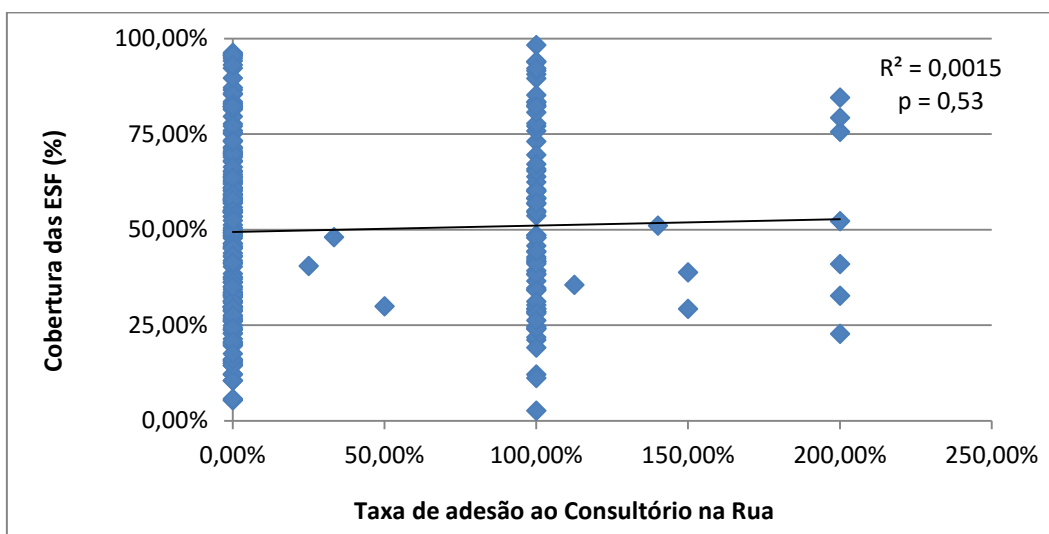
**Gráfico 20: Coeficiente de Pearson entre quantidade de CREAS no município (a cada 1.000 habitantes) e implementação do Centro Pop.**



Fonte: Censo SUAS 2016. Elaboração própria.

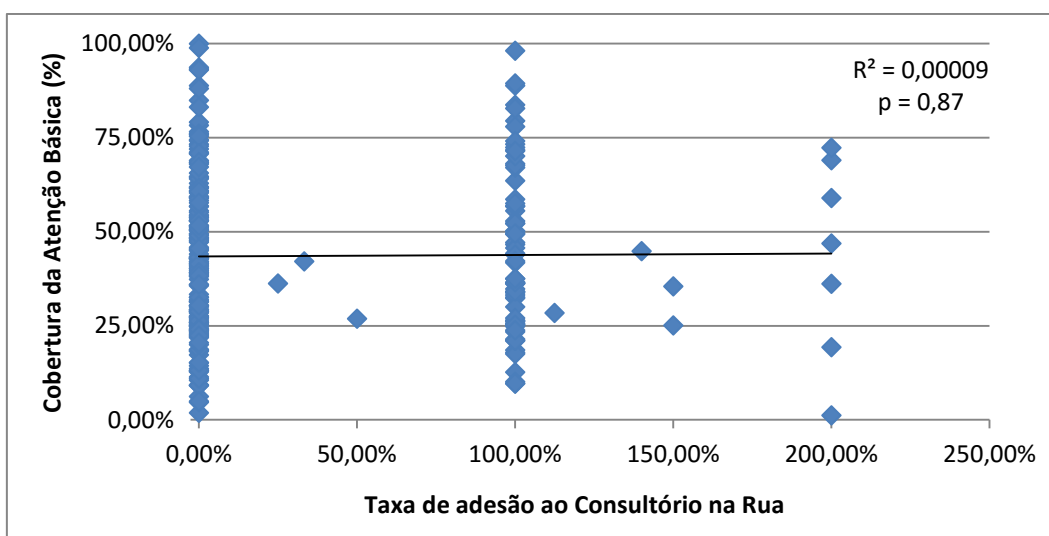
Foram encontradas informações de 256 municípios sobre a cobertura das equipes de Saúde da Família e de 258 municípios sobre a cobertura da Atenção Básica, assim as análises foram realizadas a partir dos dados desses municípios e não envolveram a totalidade dos 260 municípios selecionados nesta pesquisa. Os fatores elencados para aferir a consolidação do SUS mostraram não haver relação estatisticamente significativa em relação à implementação das equipes de Consultório na Rua. Os cálculos chegaram aos seguintes valores para o Coeficiente de Pearson: 0,038 e 0,009, como pode ser observado nos gráficos 21 e 22.

**Gráfico 21: Coeficiente de Pearson entre percentual de cobertura das equipes de Saúde da Família e implementação do Consultório na Rua.**



Fonte: CNES e SAGE. Elaboração própria.

**Gráfico 22: Coeficiente de Pearson entre percentual de cobertura da Atenção Básica e implementação do Consultório na Rua.**



Fonte: CNES e SAGE. Elaboração própria.

Os resultados encontrados indicam não haver relação entre a consolidação da área de política pública e a implementação desses serviços. Cabe ponderar, entretanto, a importância da presença desses serviços para a qualidade do serviço prestado pelos Centros Pop e pelas equipes de Consultório na Rua nos territórios. Conforme abordado no capítulo anterior, cada um desses serviços deve atuar de maneira integrada aos demais serviços que atendem a população em situação de rua e dependem da articulação intra e inter setorial para desempenhar bem suas funções.



## 4.6 Reflexões sobre os resultados.

Resumindo o exercício realizado neste capítulo, cabe lembrar que antes de averiguar a validade das hipóteses, avaliou-se a relevância de fatores sociodemográficos na implementação do Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua. Esses fatores foram incluídos por não possuírem relação com o conceito de capacidades estatais, o que possibilitaria um contraponto com os demais resultados. Os três fatores sociodemográficos utilizados foram: IDHM Renda, população municipal e quantidade de pessoas em situação de rua. Os resultados obtidos apontaram que esses fatores não possuem relação linear estatisticamente significativa com a implementação do Centro Pop e têm um efeito pequeno sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua.

Era esperado que a população municipal consistisse em um fator relevante para a implementação dessas políticas públicas por dois motivos: o primeiro é que a população em situação de rua é proporcionalmente mais numerosa nas cidades mais populosas; e o segundo consiste no fato de os municípios mais populosos contarem com maior representatividade do MNPR. Também havia a expectativa de encontrar uma forte correlação entre a quantidade de pessoas em situação de rua informada pela prefeitura e a implementação desses serviços. Os resultados frustraram essas expectativas e indicam a necessidade de repensar o modo como esses serviços são ofertados, já que muitos municípios com elevada quantidade de pessoas em situação de rua optaram por não os implementar.

Em seguida avaliou-se a relação entre as capacidades estatais setoriais dos municípios e a implementação desses serviços. Optou-se por examinar os recursos humanos e orçamentários das áreas da saúde e da assistência social. Os resultados apontaram não haver relação estatisticamente significativa entre aquelas dimensões das capacidades estatais municipais em assistência social e a implementação do Centro Pop. Em relação à saúde, encontrou-se resultados distintos entre os fatores, enquanto o percentual de trabalhadores com vínculo estatutário e o percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a LC 141/2012 não apresentaram relação estatisticamente significativa com a implementação das equipes de Consultório na Rua, a quantidade de pessoas empregadas na saúde e a despesa total com saúde sob a responsabilidade do município por habitante em 2016 apresentaram correlação positiva, mas pequena, com a implementação dessas equipes.

É importante ressaltar que, devido à limitação de dados acessíveis, optou-se por limitar a análise a apenas dois aspectos que compõem as capacidades estatais dos municípios. Além disso, a análise não incluiu a dimensão política deste conceito, já que não foram encontrados dados que pudessem aferi-la. Sugere-se, portanto, estudos complementares para aferir essa relação e avaliar a relevância das capacidades estatais para a qualidade desses serviços.

A hipótese de que a implementação do Centro Pop é um fator relevante para a implementação do Consultório na Rua e vice-versa foi averiguada no item 4.4 deste capítulo. O resultado encontrado revelou uma correlação fraca entre a implementação de um serviço e a implementação do outro serviço, o que contrariou as expectativas do autor. Analisando os dados, percebe-se que entre os 260 municípios selecionados, 108 (41,5%) implementaram apenas um dos serviços. Constata-se, portanto, que, de modo geral, os municípios não estão preocupados em compor uma rede de serviços de atendimento às pessoas em situação de rua.

Por fim, o item 4.5 avaliou a terceira hipótese de pesquisa, qual seja, se a consolidação do sistema de política pública é determinante para a implementação dos serviços destinados à população em situação de rua. Os resultados não confirmaram esta hipótese e indicaram não haver relação entre a consolidação do SUAS e implementação do Centro Pop, nem entre a consolidação do SUS e implementação das equipes de Consultório na Rua. A partir desse resultado, reforça-se a percepção de que a implementação das unidades de Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua não está relacionada com a presença de outros serviços que também são essenciais para a população em situação de rua. Um resultado que merece destaque consiste no efeito negativo pequeno que a presença de CREAS tem sobre a adesão ao Centro Pop, sugere-se uma apuração mais detalhada sobre esse resultado.

Ressalta-se que a pesquisa de Medeiros (2016), utilizada como referência para construção das hipóteses deste trabalho, captou a percepção dos gestores que não implementaram essas equipes, enquanto que este trabalho avançou no tema e averiguou a validade desses fatores comparando os dados entre os municípios. Deste modo, considera-se que essas pesquisas se complementam e que seus resultados não são contraditórios. Compreende-se que os resultados descritos neste capítulo indicam que as percepções dos gestores a respeito das razões para a não implementação das equipes de Consultório na Rua não se sustentam perante a comparação dos dados entre os municípios.

Conclui-se que os resultados encontrados não validaram as hipóteses elencadas, ou seja, constatou-se que as capacidades estatais municipais não guardam relação com a implementação do Centro Pop e tem efeito fraco sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua. Percebeu-se, também, que a consolidação do sistema de política pública não influencia a implementação desses serviços e que a presença de um dos serviços tem um efeito fraco sobre a implementação do outro serviço.

## Capítulo 5: Considerações Finais.

Esta dissertação tem como objetivos: descrever e analisar o histórico da relação entre Estado e população em situação de rua no Brasil, dando ênfase à trajetória de construção das políticas públicas destinadas a essa população desenvolvidas nas últimas décadas; e explorar possíveis fatores determinantes para a adesão ou não adesão, por parte das gestões municipais, a essas novas políticas públicas propostas pelo governo federal.

Utilizou-se a metodologia compreensiva para interpretar a relação histórica entre Estado e população em situação de rua a partir da consulta de fontes históricas secundárias e outras fontes documentais. Deste modo, apresentou-se, inicialmente, o perfil dessa população e refletiu-se sobre as dificuldades que ela encontra ao acessar os serviços públicos, o que justifica a elaboração de políticas públicas específicas. Em seguida, discorreu-se sobre os processos de mobilização e organização destas pessoas, pois se compreende que a produção de políticas públicas destinadas à população em situação de rua foi fruto do reconhecimento de suas carências por parte do Estado e que a mobilização dessa população foi peça chave nesse processo. Sobre o tema, cumpre citar Ferro (2011):

As conquistas no âmbito da política institucional no Brasil não ocorreram sem a reivindicação organizada da sociedade civil. Inicialmente, foram as Organizações da Sociedade Civil que articularam e reivindicaram o papel ativo do poder público, bem como seu papel preponderante em lidar com o problema das pessoas que vivem na rua. No entanto, progressivamente, a reivindicação foi fortalecida através do protagonismo e organização política da população em questão (FERRO, 2011 p.72).

A trajetória de mobilização e organização da população em situação de rua consistiu em uma longa caminhada até que se formassem as condições que possibilitaram a organização do movimento e que o tema fosse incluído nas agendas do poder público. Ao discorrer sobre os seus primeiros passos, é frequente mencionar os trabalhos realizados por grupos da Igreja Católica, durante a década de 1970, nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte, com destaque para a Organização do Auxílio Fraternal (OAF) e para a Pastoral do Povo da Rua.

Durante a década de 1980 ocorreram alguns avanços na mobilização desta população, porém foi na década de 1990 que as iniciativas em torno da população em situação de rua ganharam relevância e as atividades se tornaram mais intensas. Nesse momento, a mobilização era marcada pelo protagonismo de entidades de apoio e defesa dessa população. Duas experiências se destacam nesse contexto: a criação do Fórum Coordenador dos Trabalhos

com a População em Situação de Rua em São Paulo e a criação do “Programa População de Rua” e do Fórum da População de Rua em Belo Horizonte (MELO, 2016).

No início dos anos 2000 surgiram os primeiros movimentos organizados e articulados tendo pessoas em situação de rua como protagonistas, o que representou uma grande virada na trajetória de organização desta população. A partir deste momento, as lideranças desses movimentos passam a ganhar reconhecimento e a participar de espaços de controle social, como o Conselho de Monitoramento da Política de Atendimento à População de Rua em São Paulo, o Fórum de São Paulo (MELO, 2016) e o Conselho Municipal de Assistência Social de Porto Alegre. (SCHUCH et al, 2012).

Em 2004 o processo de organização desta população foi adensado com o surgimento do MNPR. Ele foi motivado pelo episódio conhecido como “Massacre da Praça da Sé”, que consistiu no ataque a um grupo de pessoas em situação de rua. Esse episódio ocorreu em um momento em que representantes da população de rua já estavam ganhando reconhecimento e se tornou um marco fundamental da fundação e identidade do MNPR (MELO, 2016). O lançamento oficial do movimento ocorreu em setembro de 2005, em Belo Horizonte. Ressalta-se que, neste momento o movimento já havia se expandido e contava com representantes em diversos municípios além de Belo Horizonte e São Paulo, como Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre, Curitiba, Fortaleza e Juiz de Fora<sup>50</sup>.

Por fim, resgatou-se a trajetória da relação do Estado com esse segmento e constatou-se que ela é historicamente marcada pela repressão e controle, sendo comum a prática de atos higienistas e de segregação. Desde o período colonial tem-se a edição de normativas impondo repressão aos vadios, o que se repeliu diversas vezes durante o século XX. Teixeira, Salla e Marinho (2016, p.383) abordam o controle e a repressão da vadiagem em São Paulo e concluem que “a repressão aos vadios no Brasil tem uma longa história”. Os autores narram que, desde o período colonial, as Ordenações do Reino já determinavam que os vadios, ou seja, os que não tinham senhores nem meios para se sustentar, fossem presos e açoitados. O mesmo ocorreu no Império, quando se impunha o termo de bem viver a essas pessoas e obrigava-se que vivessem ‘decentemente’.

Com a abolição da escravatura e a posterior proclamação da República, a repressão aos “vadios” recrudescer e houve “intensa mobilização das elites com o objetivo de criar dispositivos para intensificar a perseguição e a repressão à vadiagem” (TEIXEIRA, SALLA E

---

<sup>50</sup> Fonte: <http://movpoprua.wixsite.com/movpopruasalvador/o-movimento>

MARINHO 2016 p.385). Como resposta, promulga-se, por meio do Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890, o Código Penal que estabelece a vadiagem como contravenção. Este Código dispôs que os indivíduos que não exercessem uma ocupação honesta, não tivessem meios de subsistência e domicílio certo fossem presos por quinze a trinta dias (SILVA, 2009b p.4). A nova lei tornou mais rigoroso o controle e a repressão à vadiagem (TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016). Ao abordar o tema, Silva (2009b) conclui que havia a percepção de que as classes mais pobres representavam perigo para o conjunto da sociedade e que a pobreza gerava os malfeitores e viciados.

Essa postura do Estado permaneceu durante a República Velha quando foram editadas novas normativas sobre o tema e durante a Era Vargas, quando a perseguição aos vadios foi intensificada (TEIXEIRA, SALLA e MARINHO, 2016). Destaca-se, ainda, a promulgação da Lei das Contravenções Penais, por meio do Decreto Lei Nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, que, em seu artigo 59 previa a prisão de quinze a três meses a quem, apto para o trabalho, se entregasse habitualmente à ociosidade, sem ter renda que lhe garantisse a subsistência ou se ocupasse de meios ilícitos para subsistência. Ademais, o artigo 60 desta lei previa a mesma punição aos que mendigavam<sup>51</sup>.

Percebe-se, então, que a postura de repressão e controle do Estado em relação aos vadios, entre os quais estavam as pessoas em situação de rua, remonta ao período colonial e persistiu durante o século XX. Essas pessoas permaneceram à margem da agenda do poder público no que se refere a políticas públicas de inclusão social até a década de 1990, quando surgiram iniciativas de algumas prefeituras municipais visando incluí-las socialmente e criando espaços de interlocução entre os governos e a sociedade civil para debater as ações do poder público para esse público.

As primeiras iniciativas do governo federal nesse sentido só ocorreram em meados dos anos 2000, quando foram formuladas as primeiras políticas públicas nacionais para esse público com a perspectiva de inclusão social. Essas iniciativas surgem no contexto das transformações no sistema brasileiro de proteção social e, de maneira mais ampla, no bojo das mudanças promovidas pela Constituição Federal de 1988. Destaca-se que, nesse contexto, instaurou-se um campo de seguridade pautado em direitos sociais que alterou os arranjos que

---

<sup>51</sup> Ressalta-se que o artigo 59 desta lei continua vigente e que o artigo 60 só foi revogado em 2009, por meio da Lei 11.983, de 16 de julho de 2009.

eram descentralizados e controlados localmente com o objetivo de combater práticas assistencialistas que vigoravam até aquele momento (PEREIRA, 2016).

A partir desse resgate histórico, tem-se a primeira conclusão dessa dissertação: em meados dos anos 2000, houve uma ruptura no modo como o Estado se relaciona com a população em situação de rua. Se antes as ações do poder público destinadas a esse segmento eram marcadas pelo controle e repressão, pela ausência de diretrizes nacionais e pelo assistencialismo, a partir deste período, o governo federal passa a dialogar com esse segmento, reconhecer seus direitos, criar espaços de controle social e formular políticas nacionais com o intuito de incluí-lo socialmente. O marco mais significativo neste processo foi a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em dezembro de 2009. Esta Política reafirmou os direitos dessa população e tem como um de seus objetivos garantir seu acesso aos serviços e programas que integram as políticas públicas de diversas áreas, como saúde e assistência social. Entretanto, apesar dessa mudança, o poder público permanece praticando ações de controle e repressão, de modo que ações estatais divergentes e conflitantes convivem no mesmo território e são comuns os conflitos entre Políticas Sociais e Políticas de Segurança Pública ou Políticas Urbanas.

Durante a década de 2010, o governo federal formulou duas políticas públicas destinadas especificamente ao atendimento dessa população: o Consultório na Rua e o Centro Pop. Esses serviços foram criados tendo a Política Nacional para a População em Situação de Rua como referência, foram inspirados em experiências municipais anteriores e evidenciam que esse público passou a ganhar espaço na agenda do poder público. Apesar de terem sido formulados pelo governo federal, eles dependem da adesão das prefeituras municipais para serem implementados, o que exigiu um amplo processo de coordenação interfederativa.

Passados mais de cinco anos desde a sua formulação, constata-se que a implementação desses serviços não seguiu o ritmo proposto pelo governo federal, e que muitos municípios não os implementaram. A partir dessa realidade, tem-se o segundo objetivo dessa dissertação: averiguar os motivos determinantes para a implementação dessas políticas públicas por parte das prefeituras municipais. Para isso, utilizou-se o método hipotético-dedutivo a partir da análise exploratória de fatores potencialmente explicativos da adesão dos municípios.

As hipóteses foram elaboradas a partir do trabalho de Medeiros (2016), que investigou as razões da ausência de implementação das equipes de Consultório na Rua pela

maioria dos municípios elegíveis, e da literatura sobre implementação de políticas públicas e, principalmente, sobre capacidades estatais. Chegou-se, então, às seguintes hipóteses:

- a) As capacidades estatais setoriais do município, no que se refere aos recursos humanos e orçamentários, são determinantes para sua adesão às políticas públicas destinadas à população em situação de rua.
- b) A implementação do Centro Pop favorece a implementação das equipes de Consultório na Rua e vice-versa.
- c) A consolidação do Sistema Único de Saúde no município é determinante para a implementação das equipes de Consultório na Rua e, do mesmo modo, a consolidação do Sistema Único de Assistência Social é determinante para a implementação do Centro Pop.

Os resultados encontrados não validaram as hipóteses elencadas, ou seja, constatou-se que as capacidades estatais municipais, no que se refere aos recursos humanos e orçamentários, não guardam relação linear estatisticamente significativa com a implementação do Centro Pop e tem efeito fraco sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua. Percebeu-se, também, a ausência de relação linear estatisticamente significativa entre a consolidação do sistema de política pública e a implementação desses serviços e que a presença de um dos serviços tem efeito fraco sobre a implementação do outro serviço. Além dessas hipóteses, avaliou-se a relevância de fatores sociodemográficos na implementação do Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua e os resultados obtidos apontaram que esses fatores também não possuem relação linear estatisticamente significativa com a implementação do Centro Pop e têm um efeito fraco sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua.

A partir desses resultados, conclui-se que, de modo geral, os municípios não estão preocupados em compor uma rede de serviços de atendimento às pessoas em situação de rua e que a implementação das unidades de Centro Pop e das equipes de Consultório na Rua não está relacionada com a presença de outros serviços que também são essenciais para a população em situação de rua.

Suspeita-se, ainda, que a resistência de algumas prefeituras municipais em implementar esses serviços seja um reflexo da perspectiva de controle e repressão que permeou a atuação do Estado em relação a esse público por muito tempo. Assim, supõe-se que muitos gestores municipais ainda compartilham com essa perspectiva, o que os desestimula a implementar esses serviços que impõe uma nova postura do poder público em que se objetiva a inclusão social dessas pessoas e a reafirmação de seus direitos.



Esta dissertação evidenciou o esforço que o governo federal tem despendido para estimular a adesão dos municípios a esses serviços, como o aumento do valor de incentivo de custeio, a edição de novas normativas e o monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Porém os resultados indicam a necessidade de repensar as estratégias usadas, já que muitos municípios com elevada quantidade de pessoas em situação de rua optaram por não os implementar. Deste modo, a partir dos resultados encontrados nesta dissertação, recomenda-se:

- Baseado na constatação de que a implementação de um serviço tem pouco incide sobre a implementação do outro serviço, que o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social coordenem seus esforços no sentido de estimular a implementação conjunta dos dois serviços, elucidando a importância da intersectorialidade para o bom funcionamento dos serviços e a necessidade de dispor de uma rede de serviços que atendem essa população.
- O aperfeiçoamento do monitoramento realizado pelo MS sobre as equipes de Consultório na Rua como forma de legitimar ainda mais esse serviço e permitir o seu controle social. Um acompanhamento mais eficaz da quantidade de atendimentos realizados pelas equipes, horários de atendimento, locais visitados e principais agravos tratados irá fortalecer a consolidação desse serviço. Nesse sentido, ressalta-se o eficaz monitoramento realizado pelo MDS, em parceria com as gestões estaduais e municipais, por meio do Censo SUAS sobre os serviços que compõe o SUAS.
- Que o governo federal, por meio do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social, desenvolva ações de sensibilização dos gestores municipais e da sociedade como um todo, haja vista a necessidade de consolidar a percepção de que o poder público deve atuar para efetivar os direitos das pessoas em situação de rua e garantir seu acesso aos serviços públicos.
- A realização de novos estudos sobre a relevância das capacidades estatais dos municípios para a qualidade desses serviços. Além de pesquisas que analisem outros fatores que possam contribuir para a compressão deste problema, tais como a ideologia política dos gestores municipais e seu alinhamento partidário com o governo federal.

## **Bibliografia**

ABRUCIO, L. F. **A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula.** Revista Sociologia Política, 24, p. 41-67, Curitiba, 2005.

ABRUCIO, L. F. **Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios.** Em Estado, instituições e democracia: república / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2010.

ABRUCIO, L.F. e FRANZESE, C. **Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil.** 2007

AIEXE, E. M. A. **População em situação de rua e o direito à Cidade.** Em Pensar BH/Política Social. Belo Horizonte, 2011.

AIEXE, E. M. A.; et al. **Reflexões sobre a política municipal para a população em situação de rua de Belo Horizonte.** Em Pensar BH/Política Social. Belo Horizonte, 2011.

ARRETCHE, M.T.S. **Federalismo e políticas sociais no Brasil – problemas de coordenação e autonomia.** São Paulo em Perspectiva, 18 (2), pp. 17-26. 2004.

ARRETCHE, M.T.S. **Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos?** DADOS – *Revista de Ciências Sociais*, vol. 53, Nº 3, 2010, pp. 587 a 620. Rio de Janeiro, 2010.

BICHIR, R. **Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais: o caso do Programa Bolsa Família.** Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

BICHIR, R. **Capacidades estatais para a implementação de programas de transferência de renda: os casos de Brasil, Argentina e África do Sul.** Texto para discussão 2032. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 2015. ISSN 1415-4765

BRASIL. **Decreto Nº 847, de 11 de Outubro de 1890.** Promulga o Código Penal.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 3.688, de 3 de Outubro de 1941.** Leis das Contravenções Penais. Rio de Janeiro, 1941.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução Nº 145 de 15 de outubro de 2004.** Política Nacional da Assistência Social. Brasília, 2004.

BRASIL. **Lei Nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005.** Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório.** Brasília, 2006a.

BRASIL. **Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006.** Constitui Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasília, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de promoção, proteção e defesa do direito da criança e adolescentes à convivência familiar e comunitária.** Brasília, dez. 2006c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.190, de 4 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde SUS (PEAD 20092010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, 2009a.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009.** Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, 2009c.

BRASIL. CIT. **Resolução CIT Nº 7 de 07/06/2010.** Pactua critérios de expansão qualificada do cofinanciamento federal para Serviços Socioassistenciais em 2010. Publicado no Diário Oficial em 14 de junho de 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS.** Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Instrução Operacional Conjunta Senarc/SNAS/MDS Nº 07 de 22 de novembro de 2010.** Orientações aos municípios e ao Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único. Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria Nº 843, de 28 de dezembro de 2010.** Dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade - PFMC, dos serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e dá outras providências. Brasília, 2010d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop.** SUAS e População em Situação de Rua. Volume 3. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção 1, nº 204, p. 48-55. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2012.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012. Seção 1, nº 19, p. 46-7. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 123 de 25 de janeiro de 2012.** Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012. Seção 1, nº 19, p. 48. Brasília, 2012b.

BRASIL. CIT Resolução CIT Nº 3, de 1º de março de 2012. Dispõe sobre a Expansão Qualificada e o Reordenamento de Serviços Socioassistenciais de Proteção Social Especial. Brasília, 2012g.

BRASIL. CIT. **Resolução CIT N° 6, de 12 de abril de 2012.** Pactua critérios de partilha de recursos para a construção de Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS ou Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - CENTRO POP. Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica Conjunta N° 12.** Adequação dos Consultórios de Rua e Implantação de novas Equipes de Consultório na Rua frente às diretrizes de funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, estabelecidas pelas Portarias 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012. Brasília, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília, 2012e.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria N° 139, de 28 de junho de 2012.** Altera a Portaria N° 843, de 28 de dezembro de 2010, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, que dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade - PFMC, dos serviços ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e que passa a dispor também sobre o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, em situação de dependência, e suas famílias, ofertado nos Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência. Brasília, 2012f.

BRASIL. CIT. **Resolução N° 2, de 27 de Fevereiro de 2013.** Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília, 2013b.

BRASIL. CIT. **Resolução N° 6, de 12 de abril de 2013.** Dispõe sobre critérios de elegibilidade e partilha dos recursos do cofinanciamento federal para a expansão qualificada do ano de 2013 dos Serviços Socioassistenciais de Proteção Social Especial, para o Serviço Especializado em Abordagem Social, Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; para o

Reordenamento dos Serviços de Acolhimento Institucional e para os Serviços de Acolhimento em República para Pessoas em Situação de Rua. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.238, de 6 de junho de 2014. **Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades.** Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** / Ministério da Saúde. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **Censo SUAS 2016.** Brasília, 2016. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php> Acesso dia 05/01/2018.

BRUNI, F.M. **Evolução da capacidade administrativa da política de assistência social em municípios brasileiros no período de 2005 a 2014.** Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação da Universidade de Brasília – UnB. Brasília, 2015.

CINGOLANI, L. **The state of State capacity: a review of concepts, evidence and measures.** Maastricht: UNO-MERIT, 2013. (Working Paper n. 53).

CRR, Centro Regional de Referência em Drogas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal. **Terceiro Censo de População em situação de Rua e Migrantes de Belo Horizonte.** Belo Horizonte, 2014.

DE LUCCA, D. **A Rua Em Movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre. São Paulo, 2007.

FERRO, M. C. T. **Desafíos de la Participación Social: Alcances y Límites de la construcción de la Política Nacional para la Población en Situación de Calle en Brasil.** Tesis presentada para cumplir con los requisitos finales para la obtención del título de Máster en Ciencia Política y Sociología. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Sede Academica Argentina - Área Estudios Políticos. Maestría En Ciencia Política Y Sociología. Buenos Aires, diciembre de 2011.

FIELD, A. **Descobriendo a estatística usando SPSS.** Tradução Lorí Viali – 2. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEIREDO, G. A.; ET AL. **Belo Horizonte em diálogo com a população em situação de rua: uma tarefa histórica.** Em Pensar BH/Política Social. Belo Horizonte, 2011.

FIPE, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas; SÃO PAULO, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal. **Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e Relatório Temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo.** São Paulo, 2015.

FRANZESE, C. e ABRUCIO, L.F. **A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação.** Em Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais. Brasília: ENAP, 2009.

FROTA, H. C. BRASIL, F. P. D. **Fórum de População de Rua de Belo Horizonte – a Criação de uma Política Pública de Forma Participativa e Deliberativa.** XXXVII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 2013.

GOMES, S. **Políticas Nacionais e Implementação Subnacional: Uma Revisão da Descentralização Pós-Fundef.** DADOS – *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 52, no 3, 2009, pp. 659 a 690.

GOMIDE, A. **Capacidades estatais para políticas públicas em países emergentes: (des)vantagens comparativas do Brasil.** Em Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada / Editores Alexandre de Ávila Gomide, Renato Raul Boschi. - Rio de Janeiro : Ipea, 2016.

GOMIDE, A.; PIRES, R. C. **Capacidades estatais para o desenvolvimento no século XXI.** Boletim de análise político-institucional. Brasília, n. 2, 2012.

GOMIDE, A.; PIRES, R. C. **Governança e Capacidades Estatais: uma análise comparativa de programas federais.** *Revista de Sociologia e Política* 2016.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas uma abordagem integral.** Tradução técnica Francisco G. Heidemann.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IPEA. **Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: dinâmicas, impasses e consensos atuais (revelados por gestores públicos estaduais).** Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília, 2017

JACCOUD, L.; BICHIR, R.; MESQUITA, A.C. **O SUAS na proteção social brasileira: Transformações recentes e perspectivas**. Novos estudos. CEBRAP, São Paulo. V36.02. pp.37-53. 2017.

JORGE, J.S. e CORRADI-WEBSTER, C.M. **Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção**. Saúde & Transformação Social. ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.

LAPA, J. R. A. **Os excluídos: contribuição à história da pobreza no Brasil (1850 – 1930)**. Editora da Unicamp, Campinas, SP, 2008.

LOPES, M. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno População em Situação de Rua no Brasil - 1995 a 2005**. Brasília, 2006.

MELO, T. **“Da Rua pra Rua”**: novas configurações políticas a partir do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Em RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (Org). *Novas faces da vida nas ruas*. São Carlos: EDUFScar, 2016.

MEDEIROS, C. R. S. **Análise sobre a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua**. Orientador: Pedro Luiz Costa Cavalcante. Dissertação de Mestrado – Mestrado Profissional em Administração – Universidade de Brasília, Brasília 2016.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. **Conhecer para lutar**. Cartilha de formação do Movimento Nacional da População de Rua. Outubro de 2010.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Texto para Discussão nº 2246. Brasília. IPEA, 2016.

OLIVEIRA, L. F. **A construção das “populações-alvo” nas políticas públicas: o caso dos moradores de rua em São Carlos/SP**. Em RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (Org). *Novas faces da vida nas ruas*. São Carlos: EDUFScar, 2016.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2009.

PEREIRA, L. F. P. **No labirinto da gestão: desdobramentos do processo de institucionalização e transformação de moradores de rua em “usuários” dos serviços de Assistência Social**. Em RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (Org). *Novas faces da vida nas ruas*. São Carlos: EDUFScar, 2016.



REDE RUA DE COMUNICAÇÃO. **Novos Desafios**. Editorial Jornal O trecheiro: Notícias do Povo da Rua. Edição 123 de Agosto de 2004.

RODRIGUES, I. S. **A construção social do morador de rua: o controle simbólico da identidade**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2015.

RODRIGUES, M. F. **Cinepop – Formação para o Patrimônio Audiovisual no Centro de Referência da População em Situação de Rua**. I Simpósio Internacional de Educação em Museus. 19 e 20 de maio de 2014 – Museu de Ciências Naturais PUC Minas.

ROY, D. **Micropolíticas da “População em Situação de Rua”: interações face a face e recorte situacional de um objeto da ação pública**. Em RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (Org). **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos: EDUFScar, 2016.

SCHUCH, P. **A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. Patrice Schuch; Ivaldo Gehlen; Aline Espindola Dornelles; Marta Borba Silva; Emília Estivalet Broide; Jorge Broide; Rejane Margarete Scherolt Pizzato; Julia Obst; Lirene Finkler; Suely Silva Santos; Márcia Nectoux; Simone Machado; Simone Ritta dos Santos; Kevin Krieger - 2012.

SILVA, A. C. F. **Reprimindo a Ociosidade: Legislação e Controle Social no Pós-Abolição**. Monografia apresentada como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba 2009.

SIMÕES, A. **Análise da evolução recente dos recursos humanos da Assistência Social a partir dos dados da ESTADIC, MUNIC e Censo SUAS**. Estudo Técnico Nº 13/2014. Brasília, 2014.

SOUZA, C. **Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina: quando a política faz a diferença**. Em Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada / Editores Alexandre de Ávila Gomide, Renato Raul Boschi. - Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Porto Alegre, 2006.

TEIXEIRA, A.; SALLA, F. A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **Vadiagem e prisões correcionais em São Paulo: Mecanismos de controle no firmamento da República**. Estudos Históricos Rio de Janeiro, vol. 29, no 58, p. 381-400, maio-agosto 2016.

VAZ, A.C.N. **Capacidades Estatais para o desenvolvimento: entre a burocratização e a política como elementos de ação do Estado.** Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2014.

#### **Sites Consultados:**

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp>> Acesso em 25/01/2018.

BRASIL. Escola Nacional de Saúde Pública: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991>> Acesso dia 4/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS/MS. Consultório na Rua: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo\\_equipe\\_consultorios\\_na\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/calculo_equipe_consultorios_na_ua.pdf)> Consultado em 8/4/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS/MS. Consultório na Rua: Vídeo produzido pelo DAB/MS “Consultório na Rua – a rua não é um mundo fora do nosso mundo”. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_ua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: CIT <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/11-st-cit/17164-cit>> acesso dia 8/1/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde: <<http://sage.saude.gov.br/#modalLogin>> Acesso em 25/01/2018.

BRASIL. Presidência da República. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas: Programa Crack é possível vencer!: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>> Consultado em 8/4/2017.

BRASIL. SARGSUS. Sala de Apoio ao Relatório de Gestão: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>> Acesso em 25/01/2018.

BRASIL. Site de apresentação do Censo SUAS 2015: <[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao\\_eletronica/muse/Censo2015/apresenta%C3%A7%C3%A3o.html](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao_eletronica/muse/Censo2015/apresenta%C3%A7%C3%A3o.html)> Acesso em 25/01/2018.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <<http://www.atlasbrasil.org.br>> Acesso em 25/01/2018.

BRASIL. IBGE. Censo 2010. <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em 23/01/2018.

## Anexo I – Lista dos municípios selecionados.

<b>UF</b>	<b>Município</b>
AC	Rio Branco
AL	Arapiraca
AL	Maceió
AM	Manacapuru
AM	Manaus
AP	Macapá
BA	Alagoinhas
BA	Barreiras
BA	Camacari
BA	Eunápolis
BA	Feira De Santana
BA	Ilhéus
BA	Itabuna
BA	Jequié
BA	Juazeiro
BA	Lauro De Freitas
BA	Paulo Afonso
BA	Porto Seguro
BA	Salvador
BA	Simões Filho
BA	Teixeira De Freitas
BA	Vitória da Conquista
CE	Caucaia
CE	Crato
CE	Fortaleza
CE	Itapipoca
CE	Juazeiro Do Norte
CE	Maracanau
CE	Maranguape
CE	Sobral
DF	Brasília
ES	Cachoeiro de Itapemirim
ES	Cariacica
ES	Colatina
ES	Guarapari
ES	Linhares
ES	São Mateus
ES	Serra
ES	Vila Velha
ES	Vitória

GO	Águas Lindas de Goiás
GO	Anápolis
GO	Aparecida de Goiânia
GO	Formosa
GO	Goiânia
GO	Luziânia
GO	Rio Verde
GO	Trindade
GO	Valparaíso de Goiás
MA	Imperatriz
MA	São José de Ribamar
MA	São Luís
MG	Barbacena
MG	Belo Horizonte
MG	Contagem
MG	Divinópolis
MG	Governador Valadares
MG	Ibirite
MG	Ipatinga
MG	Juiz de Fora
MG	Montes Claros
MG	Patos de Minas
MG	Poços de Caldas
MG	Pouso Alegre
MG	Ribeirão das Neves
MG	Santa Luzia
MG	Sete Lagoas
MG	Teófilo Otoni
MG	Uberaba
MG	Uberlândia
MS	Campo Grande
MS	Corumbá
MS	Dourados
MT	Cuiabá
MT	Rondonópolis
MT	Várzea Grande
PA	Abaetetuba
PA	Ananindeua
PA	Belém
PA	Bragança
PA	Cametá
PA	Castanhal
PA	Marabá
PA	Marituba
PA	Parauapebas

PA	Santarém
PB	Campina Grande
PB	João Pessoa
PB	Patos
PB	Santa Rita
PE	Cabo De Santo Agostinho
PE	Camaragibe
PE	Caruaru
PE	Garanhuns
PE	Igarassu
PE	Jaboatão dos Guararapes
PE	Olinda
PE	Paulista
PE	Petrolina
PE	Recife
PE	Sao Lourenco da Mata
PE	Vitória De Santo Antão
PI	Parnaíba
PI	Teresina
PR	Almirante Tamandaré
PR	Apucarana
PR	Arapongas
PR	Araucária
PR	Campo Largo
PR	Cascavel
PR	Colombo
PR	Curitiba
PR	Foz do Iguacu
PR	Guarapuava
PR	Londrina
PR	Maringá
PR	Paranaguá
PR	Pinhais
PR	Ponta Grossa
PR	São José dos Pinhais
PR	Toledo
PR	Umuarama
RJ	Angra dos Reis
RJ	Araruama
RJ	Barra Mansa
RJ	Belford Roxo
RJ	Cabo Frio
RJ	Campos dos Goytacazes
RJ	Duque De Caxias
RJ	Itaboraí

RJ	Itaguaí
RJ	Macaé
RJ	Mage
RJ	Maricá
RJ	Mesquita
RJ	Nilópolis
RJ	Niterói
RJ	Nova Friburgo
RJ	Nova Iguaçu
RJ	Petrópolis
RJ	Queimados
RJ	Resende
RJ	Rio das Ostras
RJ	Rio de Janeiro
RJ	São Gonçalo
RJ	São João De Meriti
RJ	Teresópolis
RJ	Volta Redonda
RN	Mossoró
RN	Natal
RN	Parnamirim
RO	Porto Velho
RR	Boa Vista
RS	Alvorada
RS	Bagé
RS	Bento Gonçalves
RS	Cachoeirinha
RS	Canoas
RS	Caxias do Sul
RS	Gravataí
RS	Novo Hamburgo
RS	Passo Fundo
RS	Pelotas
RS	Porto Alegre
RS	Rio Grande
RS	Santa Cruz do Sul
RS	Santa Maria
RS	São Leopoldo
RS	Sapuçaia Do Sul
RS	Uruguaiana
RS	Viamão
SC	Balneário Camboriú
SC	Blumenau
SC	Brusque
SC	Chapecó

SC	Criciúma
SC	Florianópolis
SC	Itajaí
SC	Jaraguá do Sul
SC	Joinville
SC	Lages
SC	Palhoça
SC	São José
SE	Aracaju
SE	Nossa Senhora do Socorro
SP	Americana
SP	Araçatuba
SP	Araraquara
SP	Araras
SP	Atibaia
SP	Barretos
SP	Barueri
SP	Bauru
SP	Birigui
SP	Botucatu
SP	Bragança Paulista
SP	Campinas
SP	Caraguatatuba
SP	Carapicuíba
SP	Catanduva
SP	Cotia
SP	Cubatão
SP	Diadema
SP	Embu das Artes
SP	Ferraz de Vasconcelos
SP	Franca
SP	Francisco Morato
SP	Franco da Rocha
SP	Guaratinguetá
SP	Guarujá
SP	Guarulhos
SP	Hortolândia
SP	Indaiatuba
SP	Itapecerica da Serra
SP	Itapetininga
SP	Itapevi
SP	Itaquaquecetuba
SP	Itatiba
SP	Itu
SP	Jacarei



SP	Jandira
SP	Jau
SP	Jundiai
SP	Limeira
SP	Marília
SP	Mauá
SP	Mogi das Cruzes
SP	Mogi Guaçu
SP	Osasco
SP	Ourinhos
SP	Pindamonhangaba
SP	Piracicaba
SP	Poa
SP	Praia Grande
SP	Presidente Prudente
SP	Ribeirão Preto
SP	Rio Claro
SP	Salto
SP	Santa Bárbara D' oeste
SP	Santana de Parnaíba
SP	Santo André
SP	Santos
SP	São Bernardo do Campo
SP	São Caetano do Sul
SP	São Carlos
SP	São José do Rio Preto
SP	São José dos Campos
SP	São Paulo
SP	São Vicente
SP	Sertãozinho
SP	Sorocaba
SP	Sumaré
SP	Suzano
SP	Taboão da Serra
SP	Tatui
SP	Taubaté
SP	Valinhos
SP	Várzea Paulista
SP	Votorantim
TO	Palmas