



UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT

CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – ARTIGO
CIENTÍFICO**

**DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE:
DIREITO POSPOSTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

José Joaquim de Oliveira Neto
Professora-Orientadora – Joelma dos Santos Lima

Aracaju
2020

JOSÉ JOAQUIM DE OLIVEIRA NETO

**DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE:
DIREITO POSPOSTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo –
apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Tiradentes – UNIT, como
requisito parcial para obtenção do grau de
bacharel em Direito.

Aprovado(a) em ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

**Joelma dos Santos Lima
Professora Orientadora
Universidade Tiradentes**

**Professor(a) Examinador(a)
Universidade Tiradentes**

**Professor(a) Examinador(a)
Universidade Tiradentes**

**DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE:
DIREITO POSPOSTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

**THE CONSTITUCIONAL RIGHT TO HEALTH:
RIGHT POSTPONED TO HOMELESS PEOPLE**

José Joaquim de Oliveira Neto.¹

RESUMO

A população em situação de rua tem tido um aumento nos últimos anos, por isso, torna-se necessário compreender os cuidados com a saúde para esse grupo social. O presente trabalho tem como objetivo, preliminarmente, uma análise do Direito Constitucional à saúde para com as pessoas em situação de rua, a fim de constatar a inaplicabilidade do direito fundamental à saúde para com esse grupo social. A existência de pessoas que vivem nas ruas, tornando-se à margem da sociedade, sendo esse um reflexo de uma sociedade excludente. Portanto, a efetividade dos direitos fundamentais contidos na CF (1988) para esta população deve ser buscado. A metodologia utilizada para o desenvolvimento do presente artigo é a pesquisa qualitativa com análise da legislação e doutrina.

Palavras-chave: Direito constitucional. Direito posposto. Saúde.

ABSTRACT

The homeless population has increased in recent years, so it is necessary to understand health care for this social group. The present work aims, preliminarily, an analysis of the Constitutional Right to health for people on the street, in order to verify the inapplicability of the fundamental right to health for this social group. The existence of people living on the streets, becoming on the margins of society, which is a reflection of an excluding society. Therefore, the effectiveness of the fundamental rights contained in the FC (1988) for this

¹ Graduando(a) em Direito pela Universidade Tiradentes – UNIT. E-mail: jjo.neto@outlook.com

population must be sought. The methodology used for the development of this article is qualitative research with analysis of legislation and doctrine.

Keywords: Constitutional right. Postponed right. Health.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 fora baseada no preceito fundamental da dignidade da pessoa humana. Tem-se a partir dessa base principiológica tutelada no texto constitucional, os conceitos previamente determinados para a busca da efetivação do Direito à Saúde, prescrito nos artigos 6º, 196 e seguintes na CF (1988).

Desse modo, o direito à saúde das pessoas em situação de rua deve ser tutelado e defendido pelos gestores públicos para que haja a concretização da norma estabelecida. O tema é de enorme relevância, haja vista, a situação em vulnerabilidade social que os mesmos vivenciam diariamente. A vulnerabilidade causada pela falta e/ou restrição de acesso à saúde denota a importância de debater o tema e analisar a situação desse grupo social. A partir dessa necessidade de observar e analisar a questão do direito à saúde para com essas pessoas surgiu a iniciativa do presente trabalho.

Em meio a esse novo formato do acesso à saúde estabelecido a partir de 1988 com a CF e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possibilitou o acesso à saúde gratuito, universal e integralizado para todos os cidadãos.

Neste sentido, vê-se que as partes mais vulneráveis da sociedade tem dificuldade ao buscar o acesso à saúde, principalmente, as pessoas em situação de rua, e, tal fato demonstra a inépcia da efetivação do direito à saúde.

Diante do exposto, indaga-se com a seguinte problemática: Por que a saúde que é um direito constitucional garantido a todos e um dever do Estado não é devidamente concretizado as pessoas em situação de rua?

Portanto, o objetivo desse trabalho é realizar uma análise do Direito Constitucional a Saúde para as pessoas em situação de rua e constatação da inaplicabilidade do direito fundamental à saúde para com esse grupo social, não obstante, a maneira como a situação de vulnerabilidade afeta o acesso à saúde de forma digna.

Desta forma, o tema em questão nos conduz a uma reflexão mais aprofundada sobre a situação do acesso à saúde no país, especialmente, aos mais vulneráveis, nesse caso, as pessoas em situação de rua e, a relação que as políticas públicas têm com os direitos

fundamentais, tendo em vista que, tais políticas devem visar, preliminarmente, serem construídas com os direitos fundamentais como norte.

Através de pesquisas bibliográficas e doutrinárias vê-se que os direitos fundamentais pactuados na CF (1988) buscam proporcionar, de maneira objetiva, o pleno acesso à saúde e, nessa nuance, uma aplicação prática e necessária da compreensão do sistema público de saúde e os princípios que os rege.

Desse modo, a narração envolve análise das pessoas em situação de rua e o Direito Constitucional à saúde.

No Capítulo 2, faz-se necessário a compreensão do Direito à Saúde e o processo evolutivo da saúde até o período atual, quando ocorreu a criação do SUS. E a partir disso, os princípios que regem essa política pública de saúde e, como a situação das pessoas em situação de rua, que estão no grupo dos mais vulneráveis, tem a assistência de saúde no cotidiano e às responsabilidades do Estado como o provedor da saúde.

Adiante, no Capítulo 3, buscou-se tecer acerca do SUS, como a concretização do direito fundamental à saúde, bem como o direito de todos os cidadãos ao acesso à saúde e, exploração dos reflexos que as pessoas em situação de rua tem ao adentrar o subsistema de saúde pública.

Por conseguinte, diante dessa situação, de violação ao direito fundamental à saúde pelas ineficazes políticas públicas do Estado, tem-se a compreensão sobre a vulnerabilidade social e o quão a vulnerabilidade afeta diretamente as pessoas em situação de rua.

Portanto, o papel do SUS é de enorme relevância, tendo em vista que esse sistema preza pelo atendimento gratuito, universal e igualitário.

Isto posto, o cerne da narração visa a melhor aplicabilidade do dispositivo constitucional – art. 196, da CF (1988), que traz o acesso à saúde para todos os cidadãos, como um instrumento de amparo na exigibilidade do modelo de saúde pública para as pessoas em situação de rua, que vivem a margem da sociedade e sem a devida visibilidade por parte do Estado.

Para alcançar o objetivo do presente do trabalho, fora empreendido a técnica de pesquisa qualitativa com análise da legislação e doutrina que compõe o universo das pessoas em situação de rua. Tendo em vista a problemática em questão, buscou-se compreender e analisar à garantia da saúde as pessoas em situação de rua.

2 DIREITO À SAÚDE

2.1 Historicidade do Direito à Saúde no Brasil

O Direito à Saúde no Brasil surgiu de forma concreta, com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, com o advento do novo texto constitucional restou estabelecido que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, dessa maneira promovendo-o acesso à saúde por meio de políticas públicas.

Na CF (1988) vê-se que o Estado tem o compromisso de promover o acesso à saúde para que a demanda da população seja sanada e principalmente dos grupos mais vulneráveis, tais como as pessoas em situação de rua.

O modelo de proteção social ineficaz do Estado para com os cidadãos no âmbito da saúde, desde tempos imemoriáveis fez-se surgir à exclusão social e privilégios na manutenção da vida. A proteção social tem diversas variáveis, sejam por princípios econômicos, políticos ou culturais e, conduzem a um cenário de excluídos no quesito saúde aos olhos do Estado.

No período do Brasil Colonial as ações sanitárias eram restritas a cidade do Rio de Janeiro, tendo à época o maior porto do país, viu crescer o número de modificações no âmbito da saúde com o intuito de preservar a característica de polo exportador de mercadorias.

A posteriori, no longínquo ano de 1829, fora criada a Imperial Academia de Medicina que tinha como função orientar o imperador D. Pedro I, contudo, apesar do desenvolvimento da saúde no Brasil Colonial é sabido que às pessoas mais abastadas buscavam tratamento no exterior, mais especificamente na Europa, e os menos abastados através de curandeiros, tornando o acesso à saúde desigual desde já em sua essência.

Com o advento da República no Brasil imaginava-se mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro – visto que o Estado no Brasil Colônia não eliminou as mazelas existentes no país.

Até o início do século XX, o acesso à saúde era restrito a uma pequena parte da população, mas de maneira gradual fora tendo modificações visando o atendimento do restante da população.

Salienta-se que, por um período de tempo as ações sanitárias e o controle de endemias e epidemias como a varíola, malária e febre amarela. Entretanto, o Estado fora assumindo um papel de garantidor da melhoria da saúde individual e coletiva, prova disso que no começo do século passado o Congresso Nacional aprovaria a Lei nº 1.261/1904, que tornava a vacina obrigatória contra a varíola.

Ao longo do século XX o Brasil teve diversas políticas públicas no campo da saúde, mas a mudança significativa veio com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e com regulamentação no ano de 1990 com as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Assim, a criação do SUS faz o Estado assumir a função de garantir o bem-estar social.

O SUS está continuamente em construção e visa estar disponível para toda a população brasileira. O mesmo tem a sua responsabilidade dividida entre o Governo Federal, Estados e Municípios e tem como base alguns preceitos constitucionais.

2.2 Princípios Constitucionais da Saúde

Conforme o que preceitua a CF (1988), o direito à saúde é um direito fundamental, e a manutenção da vida está inteiramente interligada com o acesso à saúde, sendo que o direito à vida está estabelecido no artigo 5º, *in verbis*:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.

Ou seja, o Estado ao praticar políticas públicas que visem assegurar o acesso à saúde, cumpre o seu papel de promover à saúde para todos, conforme art. 196, da CF (1988), dito isto, o SUS é uma política pública que garante aos cidadãos o acesso universal, gratuito e integral a saúde – sejam quais forem.

Conseqüentemente, ao referirmos ao SUS é salutar visualizar os princípios pela qual é regido esse sistema de saúde, que tem como prioridade prover a saúde para todos. Destarte, a norma deve ter vida no campo prático, e não somente nas convicções. Pois, os efeitos concretos da norma caminham em sinergia com os princípios, e assim, garantem o acesso à saúde eficaz.

O SUS tem como princípios que o norteiam: a universalidade, equidade e a integralidade. A compreensão dos princípios vem com a análise da CF (1988) que traz o direito à vida como um direito fundamental inalienável.

E, inegavelmente na construção e desenvolvimento do SUS são necessários meios pelos quais o alcance e atendimento para a população – principalmente a mais carente. E que tais princípios norteiam todo o sistema de saúde no país com o objetivo de atender às necessidades locais da população.

A partir disso, vislumbra-se o Princípio da Universalidade no SUS, onde representa que o Estado ao fornecer o acesso à saúde não poderá discriminá-lo e restringi-lo para quaisquer cidadãos, leia-se, sobretudo os mais carentes, tais como as pessoas em situação de rua.

Outrossim, o ente da Administração Pública Direta responsável pela organização e execuções do serviço é o Município. O Princípio da Universalidade tem caráter constitucional, devendo o Estado assegurar tal direito para todos. E como alhures, o SUS tem como objetivo atender às necessidades da população e isso vem de encontro com o Princípio da Equidade, visto que, esse princípio nos traz a situação onde é necessário minimizar as desigualdades.

O Princípio da Equidade vem tratar desigualmente os desiguais proporcionando um maior investimento onde a carência é maior. Sendo a política pública do SUS de atender todos os cidadãos independentemente quem quer que seja.

Logo, percebe-se que o SUS ao fornecedor um serviço universal, igualitário também em suas atribuições legais estão presentes às ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, tornando o Princípio da Integralidade conceituado. Esses três procedimentos do SUS visam proporcionar o atendimento completo para a população, desde o nascimento à morte e efetivando um direito constitucional elencado no ramo dos “Direitos Sociais” da CF (1988).

Um sistema público de saúde que ratifica e finca esses princípios têm um olhar sucinto aos que mais necessitam, que pelo contexto social que coabitam são discriminados, e assim, reduz os danos à saúde de todos.

2.3 A Universalização dos Serviços de Saúde

O Direito à Saúde sendo uma garantia constitucional inerente a todos os seres humanos faz com que todo o sistema de saúde do país seja realizado de maneira universal, ou seja, ficando evidente a efetividade do Princípio da Universalidade do sistema de saúde, a exemplo de quando ocorre o período de vacinação para a dengue ou sarampo no país.

A universalidade é um dos princípios do SUS que determina que todos os cidadãos têm direito aos serviços de saúde realizados no país, sem quaisquer discriminações, é uma conquista democrática e evoca a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Um fator importante a ressaltar quanto à universalização do direito à saúde é dificuldade orçamentária – principalmente dos municípios – na efetividade do serviço.

Contudo, mesmo depois de tantos anos da promulgação da CF (1988) e a criação do SUS predomina a convicção de que este é para todos, embora haja problemas no âmbito financeiro, político e administrativo.

Conhecendo os mecanismos e dissídios da saúde, a universalização dos serviços tem o objetivo cristalino da preservação da saúde de todos. E, quando o sistema torna-se universal, os agravos que são causados convertem-se na redução dos riscos, por meio de políticas sociais e econômicas.

Aos Direitos Sociais – quaisquer deles – é necessário à implementação de políticas públicas por parte do Estado e, para tanto, exige desse mesmo Estado orçamento e quando não há o atendimento para a população será ineficaz. O atendimento universal e gratuito são os sustentáculos do SUS.

Portanto, a necessidade de adequação do orçamento do Estado e a do implemento de políticas públicas na saúde devem caminhar juntos, pois o Estado deve minimizar as desigualdades e não causar iniquidades a população.

Ademais, tratando da universalidade do sistema de saúde outro ponto a mencionar é a gratuidade do serviço. É proibido na Lei Orgânica de Saúde, isto é, na Lei nº 8.080/90 a cobrança de quaisquer valores nas ações e serviços de saúde. Portanto, um direito a ser exercido sem empecilhos pela população, sendo as despesas dos serviços pagos através dos tributos pela coletividade.

Nos ditames da CF (1988), em seu artigo 196, restará determinado que as ações do acesso à saúde, sejam realizadas por políticas públicas sociais e também econômicas promovendo o bem comum sempre em observação aos Princípios da Equidade e Universalização do acesso à saúde.

Não há outro caminho para a Administração Pública a não ser o fortalecimento do SUS, gerando aos mais vulneráveis a oportunidade de um melhor atendimento com a efetivação concreta do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, conforme art. 1º, III, CF (1988).

2.4 A Vulnerabilidade Social na Assistência à Saúde no Brasil

Todos os fatores mencionados que constituem o acesso à saúde no Brasil esbarram na vulnerabilidade social, que é um ponto importante e central da presente narrativa. Preliminarmente, é necessário compreender o significado desse conceito, e, a partir disso compreender como o mesmo se faz presente na assistência à saúde.

A vulnerabilidade social é uma condição de grupos de pessoas que estão à margem da sociedade, por exemplo, as pessoas em situação de rua. Este grupo social que diariamente está em processo de exclusão social, principalmente por variáveis econômicas, com consequências no âmbito da saúde.

O estágio de risco social nos traz um aspecto crucial, o fato desse grupo social, isto é, das pessoas em situação de rua, não usufruírem de direitos básicos devido ao desequilíbrio instaurado pela vulnerabilidade social que há no país.

A luz dos direitos das pessoas em situação de rua, sendo tal grupo uma das partes mais vulneráveis da sociedade, o acesso à saúde, consagrado em diversos dispositivos constitucionais têm a dificuldade ou limites para o atendimento, o que não deveria ocorrer, pois é sabido que o acesso é universal e gratuito.

Outrossim, há três categorias sobre como se pode assimilar a situação desse grupo. Primeiro, o ficar na rua, que se apresenta como “circunstancialmente”; segundo, o estar na rua, que é retratado como “recentemente”, e por fim, o ser da rua, caracterizado como “permanente”. Ter o entendimento de tais categorias é consentâneo para se perceber a realidade.

Tornando-se um excluído pela sociedade, ou seja, invisível aos olhos do Estado, cria a impossibilidade de ter o acesso ao mínimo básico existencial, desse modo, não tendo sido efetivado o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, dito isso, presenciando condições precárias de vida a população.

Quando nos referimos à vulnerabilidade social o mesmo não deve ser trazido como sinônimo de pobreza, a questão da vulnerabilidade alcança uma vasta gama de situações. A vulnerabilidade social tem no cerne as desigualdades estruturais pelo Estado que se ratificam com o passar dos anos, e a inércia estatal reflete o atendimento a população no quesito saúde.

A invisibilidade e ausência do Estado na problemática da população que está em situação de rua são visíveis. Cabe inquirir o compromisso dos entes públicos em executar políticas públicas para assegurar a esse segmento de pessoas uma eficácia no acesso à saúde.

Os desafios estão postos diariamente, e, o Estado como provedor maior do acesso à saúde deve fazê-lo ser superado ou amenizado.

Pode-se explicitar – de uma maneira simplista, mas não somente por esse fato – que a ineficiência do Estado, seja essa ineficiência no cerne da desorganização na questão financeira ou administrativa, é incompreensível posto que com tantos recursos o Estado não possa proporcionar aos seus cidadãos um sistema de saúde digno.

Há diversas dificuldades causadas pela vulnerabilidade social que são diariamente enfrentadas para o ingresso/acesso à saúde, e isso torna o sistema de saúde brasileiro um privilégio para determinadas pessoas. Acrescenta-se que, apesar de sua precariedade já constatada, o SUS é determinante para a manutenção da vida e dignidade da pessoa humana no que diz respeito ao acesso à saúde.

Dessa análise a respeito da vulnerabilidade social na assistência à saúde da população, algumas considerações devem ser realizadas, por exemplo, a vulnerabilidade tem relação estreita com as dificuldades ao acesso à saúde e a fragilidade dos grupos sociais – mais especificamente ao caso das pessoas em situação de rua – traz a conclusão que ainda há muito para se realizar na assistência à saúde no país.

2.5 A Responsabilidade do Estado na Prestação do Serviço à Saúde para População em Situação de Rua

Quando temos em uma nação um número elevado de pessoas em situação de rua é perceptível que há um agravamento das questões sociais. O cenário que ocasiona a essas pessoas irem às ruas – em sua maioria – é o consumo e uso abusivo de drogas e álcool; saída do sistema penitenciário; desemprego e conflitos familiares etc.

Há também variáveis que corroboram com esse fato, tais como: migração para os grandes centros; pobreza e desigualdade social.

A situação da saúde no Brasil é dramática. Há diversos fatores que o fazem ter a precariedade em seu sistema de saúde, mas um ponto a se elencar é que mesmo com a enorme carga tributária que o Estado arrecada diariamente, a saúde continua a se deteriorar.

As pessoas em situação de rua por habitarem ambientes insalubres têm uma predisposição a serem contagiadas com mais facilidade por doenças, a submissão a alterações climáticas diariamente com o acréscimo da má alimentação e o nível elevado do stress, causado pelo receio de agressões no período noturno fazem com que necessitem dos serviços públicos de saúde.

E a lógica da sobrevivência dificulta o acesso, tendo em vista que as pessoas em situação de rua preocupam-se mais com o pão de cada dia do que a burocracia dos postos de saúde e hospitais para serem atendidos.

Desse modo, um ponto a se destacar é a ineficiência do Estado e, esse fato acaba por ocasionar desigualdade nesse direito tão salutar como é o direito à saúde. Malgrado, a CF (1988) sustente a saúde como um direito a todos, inclusive estabelecido no rol de cláusulas pétreas – direito e garantias individuais, art. 60, § 4, IV.

A Administração Pública tem o dever de observar toda a população, mas com vislumbre especial aos mais vulneráveis, tendo em vista que, o Estado serve para reduzir as desigualdades sociais.

Sendo assim, os gestores públicos são solidários na responsabilidade de promover e fornecer o serviço de saúde as pessoas em situação de rua.

Sendo a responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) estabelecida nos artigos 23, II, e 196 da CF (1988), quanto à promoção e fornecimento dos serviços de saúde, é necessário visualizar a responsabilidade do Estado quando a prestação do serviço de saúde não ocorre.

O Estado com a omissão constatada nos serviços públicos de saúde tem reconhecido a sua responsabilidade, importante ressaltar que essa responsabilidade é de todos como preceitua a CF (1988), ou seja, todos os entes federados.

Portanto, as pessoas têm o direito subjetivo de requerer ao Estado o acesso à saúde, e o mesmo implementando ações para se concretizar. Ao fazê-lo o Estado converte-se em um agente transformador para essa população.

E em explanação anterior, uma das maneiras de trabalhar em prol das pessoas em situação de rua é através de políticas públicas. Políticas para melhorar o atendimento nos hospitais e postos de saúde, ou mesmo, políticas públicas que ajudam essas pessoas a saírem das ruas.

O Estado sendo-o provedor da saúde tem responsabilidade quando o serviço de saúde não funciona como desejado e esperado. A responsabilidade do Estado baseia-se do dever estatal de garantir a proteção social para a população. As políticas públicas eficazes de assistencialismo para com as pessoas em situação de rua devem estar no foco principal para não restar provado a desídia estatal.

Dessa maneira, vislumbra-se que quaisquer pessoas que integrem o território nacional tem o direito de receber do Estado a assistência integral à saúde. Entretanto, com a população em situação de rua, há uma negligência do Estado.

Assim, todos os entes têm o dever de trabalhar para superar as desigualdades sociais e regionais existentes no país.

Portanto, a Administração Pública não deve ser inerte na prestação do serviço de saúde, o Estado tem de agir de maneira positiva com soluções para que os princípios constitucionais sejam cumpridos e possa amenizar a situação das pessoas em situação de rua.

Ademais, com ações positivas, a vulnerabilidade social, da qual as pessoas em situação de rua fazem parte, terá um caminho para ser eliminada e o Estado cumprirá com a sua responsabilidade como expressa os artigos 23, II, e 196 da CF (1988).

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

3.1 Pactos Norteadores do SUS

Com a promulgação da CF (1988), houve um processo de correção das desigualdades em todos os campos, trazendo o fortalecimento da defesa do indivíduo perante as arbitrariedades do Estado.

Esse registro constitucional dos direitos e garantias fundamentais pactuado com a implementação do SUS visa construir uma sociedade mais justa, ou seja, garantindo o acesso à saúde – principalmente aos mais vulneráveis – a toda sociedade irá coabitar um espaço onde os direitos constitucionais são realmente efetivados.

Visando o aprimoramento do sistema de saúde entre os entes federados na operacionalização do SUS, os pactos que o norteiam surgem no cenário brasileiro como oportunidade aos gestores públicos buscarem o aperfeiçoamento da administração da saúde no Brasil.

Destaca-se o Pacto pela Saúde dividido em três componentes: o Pacto pela Vida (PV), o Pacto em Defesa do SUS (Pdsus) e o Pacto de Gestão (PG).

O Pacto pela Saúde fora um conjunto institucional do SUS estabelecido entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios com a proposta de alcançar maior eficácia e qualidade ao sistema de saúde. Tão logo, estipula as responsabilidades dos gestores quanto às necessidades do sistema de saúde e, buscando equivalência social.

Ao longo do tempo os governos que detiveram a responsabilidade de gerência do serviço público de saúde tentaram de diversas formas aperfeiçoar o sistema e garantir o acesso amplo a todos os usuários, contudo, um país com geografia continental como é o Brasil torna dificultoso esse processo de ampliação do acesso à saúde, por questões socioeconômicas, culturais e as desigualdades em geral que permeiam toda a história do país.

Em tempo, a perspectiva de transpor os obstáculos, fora posto o Pacto pela Saúde, datado de 2006, cujo pacto tem como sustentação os princípios constitucionais do SUS e com relevo no exercício de fortalecimento da prestação do serviço de saúde para a população.

Os avanços trazidos pela CF (1988) no âmbito da saúde quanto a universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade das ações, descentralização político-administrativa etc., também foram incorporados a Lei nº 8.080/1990, e nesse panorama a descentralização da saúde possibilitou políticas públicas com enfoque nacional para que fossem abertos caminhos que tratassem a saúde com responsabilidade social.

O Pacto pela Vida constitui convenções sanitárias a serem cumpridas, definidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com processos geridos por esses entes após estudos sobre a situação da saúde no Estado brasileiro.

O Pacto pela Defesa do SUS abrange condutas realizadas pelos poderes executivos dos entes federados com finalidade de reforçar o sistema como uma verdadeira política de Estado, ultrapassando a mera retórica do discurso político realizado pelas autoridades responsáveis pelo Estado.

Por fim, o Pacto de Gestão introduz as responsabilidades dos entes federados. Trazendo a competência comum, ou seja, a cooperação entre esses entes e contribuir para uma gestão mais altruísta do SUS, tendo a sua governança mais fortalecida.

Sendo o Brasil um país com dimensões continentais e com as desigualdades demonstradas no cotidiano, tem-se que progredir na descentralização do SUS.

3.2 Previdência Social

Quanto ao cerne da discussão em torno da previdência social é necessário compreender que faz parte de um sistema de proteção social que abrange os três programas sociais de maior relevância: saúde, assistência e a mencionada previdência social e, esse três programas fazem parte da seguridade social.

Na seguridade social, vê-se que o formato utilizado pela CF (1988) baseia-a no Princípio da Solidariedade, ou seja, outras questões são pertinentes à discussão, por exemplo, não a limitando ao benefício de aposentadoria. E este será o enfoque para o transcorrer do presente texto, na qual a previdência social está interligada com o sistema de saúde.

A CF (1988) estabeleceu em seu art. 194 o atual sistema da seguridade social, *in verbis*: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”

Segundo Cretella Júnior (1920-2015), “a seguridade social é o conjunto de medidas tomadas pelo poder público e pelos particulares, em conjunto ou separadamente, em prol dos direitos concernentes à saúde, à previdência e à assistência social.”

Retomando ao ponto do Princípio da Solidariedade na seguridade social, este princípio abarca a saúde, assistência e também a previdência social, e pode ser traduzido na contribuição pecuniária de alguns cidadãos em favor de outros, de acordo com a sua capacidade contributiva.

Quanto ao aspecto contributivo, à assistência social e à saúde estão disponíveis para todos os cidadãos, independente de contribuição, diferentemente da previdência social, que está disponível aos que realizam contribuições.

Portanto, o Princípio da Universalidade que se aplica a seguridade social não se aplica em sua integridade.

O SUS tem em si a construção de um sistema universal de saúde, para tanto, investe-se em políticas públicas para abarcar toda a população, e as mencionadas políticas públicas têm como um dos financiadores a previdência social, e a partir desse financiamento as ações de prevenção e promoção de saúde podem ser realizadas.

A seguridade social destina parte do orçamento ao SUS, e tais recursos têm especificidades necessárias com presença dos órgãos da previdência social e da assistência social.

Na questão financeira, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) distribui às receitas correspondentes do orçamento da seguridade social, e esses recursos são atribuídos as atividades que serão executadas no SUS.

No quesito previdência social para as pessoas em situação de rua, há o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que pretende assegurar as pessoas em situação de rua o

acesso amplo e seguro as políticas públicas de saúde, educação, assistência social e também previdência, conforme o art. 7º, I.

O Decreto nº 7.053/2009 institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, e busca proporcionar a esse grupo social os benefícios previdenciários e assistenciais e os programas de transferência de renda, por exemplo, o Bolsa Família.

Portanto, a omissão na prestação dos direitos sociais, que são garantidos na CF (1988), torna e confirma a exclusão social.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua é um marco para a população em situação de rua, as diretrizes contidas em tal decreto garantem os direitos que são inerentes a população, mormente a dignidade da pessoa humana.

Talvez, a norma mais importante do fortalecimento da efetivação dos direitos sociais das pessoas em situação de rua seja esse decreto, cuja política instituída trouxe mais possibilidade para população em situação de rua ter acesso aos serviços assistenciais.

Por fim, esclarece-se que o acesso à previdência garante por parte das pessoas em situação de rua à justiça social, enraizada no art. 170 da CF (1988), que fixa os princípios da Ordem Econômica e Financeira.

Ademais, o financiamento por parte da seguridade social para o SUS vincula as noções de valores humanos e dignidade com a efetivação dos direitos fundamentais.

3.3 Assistência Social

Com a instituição da seguridade social a partir da promulgação da CF (1988), tendo como pilar a saúde, previdência e assistência social, torna a proteção social como um conceito formado para execução do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

Esses três elementos contribuem para a derrubada das iniquidades da sociedade. As ações socioassistenciais trabalham com a finalidade de fazer as políticas assistenciais avançarem com a consolidação da proteção social.

E com base nas desigualdades territoriais, de um país com geografia continental, é necessário promover a equidade do mínimo existencial para a manutenção da vida.

Portanto, o foco principal da assistência social deve abarcar, principalmente, as pessoas em situação de vulnerabilidade social, que para essa parcela da população o Estado – União, Estados, DF e Municípios – precisam estar atentos para cumprirem seu papel

estabelecido pela CF (1988), ou seja, de assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, conforme art. 194.

Por outro lado, o Decreto nº 7.053/2009 assegura o acesso ao SUS e ao Sistema Único de Assistência Social, com a garantia da ampliação de ações socioassistenciais e visando que os serviços de saúde e/ou assistência social para a redução da vulnerabilidade social – por exemplo, no campo da saúde, economia ou educacional.

Aos cidadãos surge a legítima reivindicação para que as ações materiais do Estado surtam efeitos para que sejam cumpridos os seus direitos. Conforme preceitua Canotilho (2008), os direitos sociais “na qualidade de direitos fundamentais, devem regressar ao espaço jurídico-constitucional, e ser considerados como elementos constitucionais essenciais de uma comunidade jurídica bem-ordenada”.

Com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), isto é, a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, assim restou reconhecida a assistência social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, e garantindo-a universalização dos direitos sociais.

Ademais, importante alteração nessa legislação ocorreu em 2005, por meio da Lei nº 11.285, de 30 de dezembro de 2005, para a inclusão da obrigatoriedade da formulação de programas de amparo à população em situação de rua.

Da mesma maneira, as pessoas em situação de rua têm o direito constitucional a serem considerados cidadãos sem quaisquer discriminações, bem como as políticas públicas pensadas para atenderem este segmento, no sentido de ações efetivas de prevenção e resgate social.

Com tais políticas públicas há fortalecimento da gestão de assistência social para as pessoas em situação de rua, e as ações dos entes responsáveis por essas políticas – União, Estados, DF e Municípios – implementam para dirimir a complexidade que esse grupo social tem diariamente e, promovendo-o melhores condições para os direitos sociais serem efetivados.

3.4 Direitos das pessoas ao SUS

No ano de 2018, o SUS completou 30 (trinta) anos de história, nasceu juntamente a CF (1988) e com a incumbência de oferecer o acesso à saúde integral, universal e igualitário para toda a população.

Com efeito, todos são usuários do SUS, desde o nascimento, com acesso a vacinas, medicamentos, cirurgias, até os últimos dias de vida.

Tendo essa máxima presente, de acordo com o art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o direito à saúde é intimamente interligado ao direito à vida, logo, todos os cidadãos têm direito ao acesso à saúde e a promoção do bem-estar.

No Brasil, após a promulgação da CF (1988) e com a Lei nº 8.080/90, o acesso à saúde tornou-se universal com a criação dos SUS.

Especificando-o no tocante ao grupo das pessoas em situação de rua que, diariamente vivem em uma situação catastrófica com a falta de higiene pessoal, medicamentos, exames e prevenção da saúde, o acesso à saúde é dificultoso.

Até o ano de 2018, as pessoas em situação de rua para ingressarem no SUS necessitavam de documentação – comprovante de renda –, contudo, a maior parte dessas pessoas não tem a referida documentação.

Outro ponto a ser destacado, necessariamente, é o fato de ao reterem as pessoas em situação de rua o ingresso ao sistema público de saúde por falta de documentação comprobatória de moradia, demonstra-se a ineficácia do Estado em efetivar o direito à moradia, estabelecido no art. 6º, da CF (1988).

Vê-se que a esse grupo social, isto é, as pessoas em situação de rua, os direitos fundamentais regidos na CF (1988) são inteiramente contraditados.

Com o advento da Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018, proíbe expressamente a recusa do atendimento pelo SUS para com as famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, mesmo que esses indivíduos não possuam o comprovante de residência. A referida lei é um avanço digno ao acesso de todas as pessoas em vulnerabilidade social que habitam as ruas para o ingresso ao SUS.

E nessa esteira, a Portaria do Ministério da Saúde 940, de 28 de abril de 2011, implementou o Cartão Nacional da Saúde (CNS) que contribui para a melhor organização de todo o sistema público de saúde, pois, permite que os profissionais que trabalham no sistema de saúde tenham controle sobre as ações para tratamento e prevenção da população.

Assim, a saúde sendo um bem jurídico inalienável é sabido que o Estado deve tutelá-la, e, nas palavras de Ordacgy (2010) entende que:

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à

Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais.

Portanto, o Estado tem de garantir ao cidadão o acesso ao SUS, tendo como norte os princípios estabelecidos pela CF (1988) em seu art. 196 e seguintes e, pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

3.5 O Subsistema de atenção a indivíduos de rua em situação de vulnerabilidade social à Saúde

A questão da vulnerabilidade social quanto à população em situação de rua somente será reconhecida e reformada no momento na qual o poder público efetivar com concretude o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, conforme art. 1º, III, da CF (1988).

Tal princípio reitera que todos os cidadãos são iguais perante a lei com os mesmos direitos e obrigações.

A igualdade é uma conquista democrática ratificada na CF (1988) garantida pelo art. 5º, caput, eis que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade...”.

Partindo dessa premissa, observa-se que um dos direitos garantidos a todos é o da inviolabilidade à vida que, deve se fazer presente a todo o momento. Que a população em situação de rua ao habitarem esse espaço, há exposição aos diversos fatores de risco e gera ampliação da vulnerabilidade.

Assim, o sistema de saúde deve atender a esse nicho da população, contudo, há um subsistema de saúde para essa população, por inércia do Estado, mas por situações que influenciam nas tomadas de decisões para o ingresso no sistema de saúde.

Ademais, a dificuldade das políticas públicas desenlaça o descaso para com esse grupo. A Administração Pública – União, Estados, DF e Municípios – cabe à execução de políticas públicas que visem o bem-estar social, deflagrado com a manutenção da vida e acesso digno à saúde.

O Princípio da Eficiência, conforme o art. 37, da CF (1988) é outro enfoque quando se refere a um sistema de saúde ineficaz, restando estabelecido as competências dos entes federados para o melhor funcionamento do SUS.

Um dos graves problemas que permeiam as pessoas em situação de rua e gera um agravamento do subsistema de saúde é a invisibilidade, e assim, torna inacessível a efetivação dos direitos trazidos na legislação constitucional e infraconstitucional.

O sistema de saúde universal, gratuito e integral elaborado pela CF (1988) tem o condão de incluir os historicamente excluídos nos serviços de assistência de saúde, com o intuito de dirimir as desigualdades históricas.

Ao considerar que o direito ao acesso à saúde é fundamental, é salutar criar-se uma rede de inclusão dos serviços de saúde para as pessoas em situação de rua, e assim, ampliar a atenção para o primeiro contato com o sistema de saúde pública, a exemplo de exames laboratoriais, diagnósticos e medicamentos.

Todo esse procedimento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, nessas unidades básicas os profissionais de saúde devem ter assistência para melhorar o “traquejo” para com essas pessoas.

Que por vezes, há certo preconceito pelos profissionais de saúde, sendo gerado desgaste com base na agressividade que essas pessoas têm pelo uso em exagero do álcool e/ou entorpecentes, por exemplo.

Por fim, o acolhimento desse grupo social deve ser realizado de maneira diversa, com apoio de assistentes sociais, psicólogos e por vezes, psiquiatras. O Estado como tem o dever de promover a saúde, deve buscar a inclusão social desse grupo de pessoas com medidas que restrinjam as desigualdades e fragilidades históricas no campo da saúde.

Assim sendo, os indivíduos e os grupos em situação de risco e vulnerabilidade requerem projetos para que haja a efetivação dos direitos e garantias fundamentais com direcionamento, hospitalidade, visando a reintegração dessas pessoas para que o Estado possa concretizar políticas públicas, e que a invisibilidade das pessoas em vulnerabilidade social seja dirimida diariamente em todos os campos da sociedade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à saúde cada vez mais se faz necessário. Tendo como base as decisões do Estado para a promoção da saúde o que deve estar justificada nos princípios constitucionais elencados na CF (1988) e nas leis infraconstitucionais que regem o SUS, sendo ferramenta para efetivação do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e, garantindo o Direito Constitucional à saúde.

A resolução a ser tomada deve ser aquela capaz de promover todos os direitos fundamentais as pessoas em situação de rua, e não em detrimentos dessas, de forma a ampliar e favorecer tais pessoas, que vivem em vulnerabilidade social, no momento na qual o Estado não cumpre o dever de prestar saúde à população de rua.

Compreende-se o a partir de toda a explanação, a importância do SUS e o dever jurídico de tutelar os direitos fundamentais que envolvam toda a sua organização, ainda mais quando, as pessoas em situações de rua, injustificadamente, têm os seus direitos restringidos pelo Estado como um todo.

Conclui-se que, o implemento das políticas públicas como instrumento de proteção social aos que estão em vulnerabilidade social materializa os direitos e garantias fundamentais. O objetivo é amparar direitos e não restringi-los. Incontestável que as medidas adotadas pelo Estado devem abranger a tutela da dignidade da pessoa humana.

Com isso, torna-se necessário, de forma motivada, a aplicação dos dispositivos constitucionais de proteção social e acesso à saúde, explicitando que o Estado deve estar atento para as pessoas em situação de rua e o direito à saúde e fazê-lo ser um direito realmente concretizado como preceitua o art. 196 da CF (1988).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de (1988)**. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF: [s. n.], 1988.

_____. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

_____. **Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904**. Torna obrigatória, em toda a Republica, a vacinação e a revacinação contra a varíola. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, 2 nov., 1904.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Regulamento. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set., 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez., 1990.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, Brasília, DF, 7 dez., 1993.

_____. **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. Brasília, DF, 23 dez., 2005.

_____. **Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 ago., 2018.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre Direitos Fundamentais.** 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Comentários à Constituição brasileira de 1988: arts. 170 a 232.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS 1948. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/>>. Acesso em: 26 de mai., 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 940, DE 28 DE ABRIL DE 2011.** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). [S. l.], 28 abr. 2011.

ORDACGY, André da Silva. **A tutela de direito de saúde como um fundamental do cidadão.** Disponível em: <http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf>. Acesso em: 17 mar., 2010.