

3.1 Promoção da equidade no SUS: o direito à diversidade

Irene Leonore Goldschmidt
Oswaldo Peralta Bonetti
Etel Matiello

O Sistema Único de Saúde (SUS), na sua formulação e legislação, é considerado um dos sistemas de saúde mais inclusivos do mundo. A concepção e a formulação do SUS aconteceram no período da redemocratização do país, com ampla participação popular. Antes, a atenção em saúde era bem diferente, e a saúde não era considerada um direito social. A assistência médico-hospitalar era garantida somente para os trabalhadores formais com carteira assinada ou funcionários públicos, por meio da previdência social. De outro lado, as ações do Estado para os mais pobres eram organizadas em campanhas de controle e prevenção de endemias. Isso excluía grandes grupos da população que só tinham acesso aos hospitais filantrópicos, pois não dispunham de recursos para pagar um atendimento no mercado privado.

Ao fim da ditadura militar, quando a redemocratização devolveu os direitos políticos e cidadãos, e novamente foi possível a sociedade exercer os direitos básicos da cidadania, como votar, se reunir e se organizar, houve uma forte pressão pela criação de um sistema de saúde único, acessível para todas e todos.

Em 1986, mesmo antes da aprovação da nova Constituição Federal, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi a primeira a trazer a perspectiva da participação popular; nela, diversos atores sociais tiveram voz e presença e não somente direito a voto. Nessa CNS, ficou estabelecido que a saúde deveria ser um direito de todos e dever do Estado.

Mas o que significa *direito* à saúde afinal? A VIII CNS trouxe inovações no jeito de pensar e fazer saúde. Entre elas, a concepção ampliada, apontando que a saúde é construída socialmente e deriva das condições de vida da população. Logo, para garanti-la, cada cidadão e cada cidadã precisa ter acesso a outros direitos, como moradia, liberdade, lazer, meio ambiente, transporte, alimentação, trabalho, renda, educação e posse da terra.

A mobilização pela defesa do direito à saúde levou a Constituição Federal de 1988 a reconhecê-lo como legítimo, resultando na criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, em 1990. Assim, a conquista do direito à saúde envolve, além do acesso aos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, outros direitos que dependem de políticas para além do setor saúde a fim de serem efetivados.

E como o SUS daria conta desse recado? Para orientar, desde o jeito de cuidar das pessoas, até o jeito de organizar o sistema, foi apresentado um conjunto de princípios éticos e organizativos na Constituição Federal, na lei nº 8.080, instituída em 1990, e que passou a ser conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e no conjunto de políticas de saúde implementadas por meio de decretos e portarias. Entre os princípios que orientam o SUS, destacamos: a universalidade, a integralidade e a equidade, que foram integrados ao SUS a partir do princípio da igualdade.

Os dois primeiros são mais fáceis de entender: a universalidade garante o acesso universal à saúde – ou seja, todos os brasileiros e as brasileiras, independentemente da sua condição, têm esse direito. Por sua vez, a atenção à saúde deve ser integral, garantida pelo acesso a todos os níveis de atenção e pelo cuidado às pessoas em suas necessidades. O conceito da integralidade é entendido, assim, como uma ação

em múltiplos planos, para que o cuidado aconteça. Vale refletir que a integralidade tem íntima relação com a autonomia, pois cada cidadão e cada cidadã tem o direito de escolher a forma terapêutica com que é cuidado, como também tem capacidade para cuidar de si e do outro. O que se quer dizer é que, sem desmerecer a importância e essencialidade do trabalho disposto nos serviços de saúde, precisamos fortalecer a dimensão do cuidado na sociedade como um todo, fortalecendo o que Valla (1999), uma das referências mais expressivas da educação popular no campo da saúde, considerava como apoio social.

Já a equidade, o que será? O princípio de equidade, atualmente muito defendido no âmbito das políticas de saúde, não aparece nos textos da Constituição Federal nem da Lei Orgânica da Saúde, visto que o momento de formulação do marco legal do SUS foi caracterizado pela luta pela redemocratização da saúde, quando as noções de cidadania e igualdade eram centrais (Lopes e Matta, 2014). Todavia, a ideia de igualdade pode ocultar um problema: o que significa garantir o direito de todos à saúde de forma igual, se os cidadãos (ou as populações) são sujeitos que possuem necessidades diferentes?

O princípio da equidade surge para resolver esse problema, uma vez que no Brasil temos uma sociedade desigual. As marcas dessa desigualdade e das questões de renda e classe social se revelam nas questões culturais, étnicas, de gênero, entre outras. Nesse contexto, temos segmentos populacionais que apresentam trajetórias históricas de discriminação e até mesmo de exclusão. A perpetuação da desigualdade social faz com que esses grupos vivam em situações de vulnerabilidade, as quais estão intrinsecamente relacionadas ao que chamamos de determinação social da saúde.

A equidade é um princípio que leva em consideração as desigualdades e diferenças, um princípio que reconhece “a pluralidade da condição humana, com a consequente diversidade das suas necessidades” (Lopes e Matta, 2014, p. 307). Assim, o princípio de equidade, articulado ao princípio do direito à saúde, “complexifica a noção de igualdade, comprometendo-se com a máxima: a cada um segundo sua necessidade” (Lopes e Matta, 2014, p. 307). Além disso, a noção de equidade se articula à noção de justiça social, uma vez que prevê uma maior distribuição de recursos e de poder, bem como o reconhecimento de necessidades diferentes das pessoas e grupos populacionais.

A equidade é o princípio mais difícil de garantir, pois depende da definição das necessidades de grupos populacionais específicos. E o que as definiria? Diante da diversidade dos povos que vivem no Brasil, com culturas e modos bem diferentes de levar a vida, é necessário que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para avaliar cada situação, com um olhar humanizado e livre de preconceitos e pré-julgamentos. Todos nós temos o direito de levar a vida da maneira que desejarmos e julgarmos ser o melhor para nós, desde que respeitando o direito do outro de fazer o mesmo.

Ao reconhecer as situações de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep), atendendo às reivindicações de segmentos populacionais específicos, instituiu políticas de promoção da equidade (Brasil, 2013a).¹ Estas políticas visam garantir o direito à saúde de pessoas e populações que vivem em situações de vulnerabilidade social, por meio de estratégias de enfrentamento às dificuldades de acesso apresentadas por esses grupos populacionais, determinadas, entre outras coisas, por práticas de opressões, intolerâncias e preconceitos, das quais se destacam o racismo, o machismo e a homofobia.

Além das políticas de saúde integral para as populações vulneráveis, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS em 2007, o ParticipaSUS, que prevê, entre outras coisas, espaços de participação de populações vulneráveis na gestão do SUS. Nesse sentido, considerando a importância da participação social, essas políticas foram formuladas e

¹ São elas: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2011; e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2011.

têm sido implementadas *com* as populações e não *para* as populações, por meio dos comitês, câmaras técnicas e grupos de trabalhos voltados para a promoção da equidade, que estão em fase de descentralização nos estados e municípios. Por intermédio desses espaços de participação, tem sido ampliada a escuta sensível do poder público em relação às demandas de cada segmento, como também tem sido estimulado o protagonismo popular na luta pelo direito à saúde.

Nesse exercício democrático, igualmente se busca encontrar formas de enfrentar as iniquidades, ou seja, as desigualdades, injustas e evitáveis que acontecem quando os direitos de determinados grupos populacionais são desrespeitados.

População em situação de rua

O sistema econômico capitalista, hegemônico na maior parte do planeta e também no Brasil, é altamente concentrador de riquezas nas mãos de poucos que detêm os meios de produção, criando desigualdades e a exclusão social de muitos. Em outras palavras, é inerente ao capitalismo produzir pobreza e exclusão.

O processo de urbanização acelerado, alimentado pela chegada de camponeses expulsos das áreas rurais em direção às grandes metrópoles, além do desemprego e outras dificuldades econômicas e sociais, vão gerando grandes contingentes de excluídos, desprovidos de tudo, inclusive de casa para morar. Essa situação tem origem e causas multifatoriais e atualmente ainda persiste de forma expressiva, embora o governo brasileiro tenha implementado um conjunto de políticas sociais que visam melhorar as condições de vida das populações.

Para atender a população em situação de rua, o Ministério da Saúde vem ampliando a atenção básica com equipes específicas, multidisciplinares, nos *Consultórios na Rua*, estratégia instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, que visa ampliar o acesso da população de rua “à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde” (Brasil, 2012, p. 62).

Segundo Silva (2006), o fenômeno “situação de rua” é consequência de diversos condicionantes, como: fatores estruturais, ausência de moradia, trabalho e renda; fatores biográficos, relacionados à vida particular dos indivíduos, por exemplo, quebra de vínculos familiares, transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas; e fatos da natureza, como terremotos ou inundações.

A população em situação de rua é um grupo heterogêneo, que se caracteriza por viver em situação de pobreza extrema e, como dito, com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Situações de extrema vulnerabilidade causam grande exposição dessa população, que se torna presa fácil da violência, pois, nas ruas, essas pessoas vivem sem proteção. Muitos acabam fazendo uso prejudicial de álcool e outras drogas, em busca de alívio para seus sofrimentos.

Atualmente, há maior número de pessoas em situação de rua nas capitais, regiões metropolitanas e cidades de médio porte. Percebe-se também que tem havido uma transformação permanente na composição desses grupos. Se antes essa população era constituída por indivíduos isolados, hoje também temos casos de famílias nessa situação.

Essa população enfrenta inúmeros problemas em relação ao acesso à saúde, como a inexistência de serviços ao seu alcance, e preconceito por parte de certos trabalhadores e gestores da área da saúde.

No sentido de garantir o direito à saúde dessa população, foi publicado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, por meio da resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 (Brasil, 2013b). Essa resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito do SUS.

Os objetivos gerais definidos no Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População são: garantir o acesso da população que vive em situação de rua às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida dessa população (Brasil, 2012).

População negra

O racismo no Brasil é uma herança do período colonial, e atualmente, embora tenhamos legalmente igualdade de direitos, podemos afirmar que vivenciamos um sistema de abolição inacabada, pois negros e negras ainda ocupam uma situação de desvantagem em relação à conquista da cidadania.

Ainda que o racismo seja crime no Brasil desde 1989,¹ ele ainda persiste sob formas muitas vezes veladas, e é aceito e reproduzido com naturalidade na sociedade. Porém, ao analisarmos alguns dados relativos à pobreza, à mortalidade e à criminalidade, por exemplo, percebemos que o racismo no Brasil é estrutural e institucionalizado, uma vez que possui fortes raízes históricas.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria da população brasileira é negra, desde 2010. A pesquisa considerou negros os brasileiros que se declararam pretos e pardos. Embora seja a maioria da população, é a que tem renda menor, e maior dificuldade de acesso à educação, à saúde e à boa alimentação; é a que vive em condições mais precárias, mais exposta à violência e às doenças, e é a maioria no sistema penitenciário.

Em relação à pobreza, “negros correspondem a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre” (Brasil, 2013c, p. 13). Em relação à saúde, “o risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco” (Brasil, 2013c, p. 14).

Segundo a publicação *Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014*, encomendada pela Unesco e pela Secretaria Geral da Presidência ao Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os jovens negros foram, em 2013, 18,4% mais encarcerados e 30,5% mais vítimas de homicídios do que os jovens brancos. Esses dados apontam para a necessidade de se desenvolver processos nos quais os profissionais possam refletir sobre o que gera e determina as situações de violência.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, leva em consideração toda a situação de desigualdade que envolve a população negra no Brasil e traz como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. (Brasil, 2013c, p. 5)

¹ A lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, define os crimes resultantes de preconceito de raça e cor.

Populações do campo, das florestas e das águas

São povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. São eles: os indígenas, camponeses, agricultores assentados ou acampados, assalariados e temporários, ribeirinhos, quilombolas, extrativistas, atingidos por barragens, entre muitos outros, pois a população rural brasileira é composta por uma diversidade de povos, etnias, religiões e culturas (Brasil, 2013d).

Quilombolas

Segundo a Fundação Cultural Palmares, órgão do Ministério da Cultura, quilombolas são descendentes de africanos escravizados que mantêm tradições culturais, de subsistência e religiosas ao longo dos séculos. As comunidades quilombolas são grupos étnicos constituídos pela população negra rural ou urbana, que se autodefinem a partir das relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e as práticas culturais próprias. Estima-se que em todo o país existam mais de três mil comunidades quilombolas (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, 2016).

Uma das maiores bandeiras destas populações é ter garantido o seu direito à posse da terra, pois, mesmo com o reconhecimento governamental, ainda são muitas as dificuldades para que conquistem a certificação de suas comunidades, o que lhes possibilitará o acesso ao conjunto de políticas de inclusão que propiciem a melhoria da qualidade de vida.

Por sua origem – os quilombos foram criados por negros e negras que fugiam da escravidão no período colonial –, a vida destes povos está fortemente associada ao sentimento de resistência e territorialidade. Em vários documentos jurídicos brasileiros são denominados como “remanescentes de quilombos”, referência ao passado que nega a identidade destes povos no presente. E, no entanto, esta identidade está em um processo dinâmico de permanente construção, marcado pelo vínculo com o território, com a história e com a tradição, mas também transformado pelas relações com a sociedade circundante.

Camponeses

O latifúndio (fazendas e engenhos de grande extensão) no Brasil data da época do Império. Este modelo de propriedade rural foi a raiz para a atual situação de desigualdade social e territorial existente. Ao longo de cinco séculos houve muitas lutas e resistência popular, e nos momentos mais democráticos da nossa história, quando o povo pôde se expressar, sempre foi levantada a bandeira da reforma agrária. Na década de 1960, o regime militar reprimiu fortemente essas aspirações, implantando um modelo agrário concentrador e excludente da pequena agricultura familiar, expulsando os camponeses, incentivando a produção agrária por grandes empresas (agronegócio) com uso intensivo de venenos e agrotóxicos, concentrando não apenas a terra, mas também os subsídios financeiros para a agricultura.

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) foi uma reação a essa situação; ele tomou forma no final da década de 1970, especialmente na região Centro-Sul do país, expandindo-se para todo o Brasil. Hoje está organizado em 22 estados e segue com os mesmos objetivos que lhe deram origem: a luta pela terra, pela reforma agrária e pela construção de uma sociedade mais justa (Caldart, 2001).

Indígenas

Estima-se que a população indígena somava entre 2 e 4 milhões de pessoas, pertencentes a mais de mil povos diferentes, quando os europeus aportaram no continente americano, no século XVI. Dizimados inicialmente pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, e por epidemias de doenças infecciosas trazidas pelos europeus, contra as quais seus organismos não tinham defesas suficientes, e, posteriormente, na luta pela defesa das terras em que habitavam, seu número caiu drasticamente, sendo contabilizada pelo censo do IBGE de 2010 uma população de pouco mais de 800 mil indígenas no Brasil (Azevedo, 2011).

O direito indígena à terra, garantido pela Constituição Federal de 1988, é um direito originário que provém do reconhecimento do fato histórico de que os índios foram os primeiros ocupantes do Brasil, os “povos originários”. Ainda hoje esse direito é ameaçado pela lentidão na sua efetivação e pelos violentos ataques que sofrem, na medida em que suas terras são cobiçadas por latifundiários, empresas e confederações do agronegócio, que agenciam parlamentares para extinguir direitos já adquiridos ou para modificar e dificultar o processo de reconhecimento das terras indígenas. As mudanças graves no seu ecossistema, consequências de grandes empreendimentos como mineração, extração de madeira, hidroelétricas, estradas, entre outras, também ameaçam e destroem os modos de vida desses grupos.

Diferente da nossa civilização predatória, os índios sabem conviver com o ambiente natural, tirando dele o seu sustento sem, no entanto, colocar em risco as condições de reprodução desse meio. Eles são “ambientalistas” por tradição.

O futuro dos índios no Brasil vai depender das opções definidas pelo Estado brasileiro, do apoio ativo da comunidade internacional e principalmente do poder de organização e resistência das populações indígenas. Os seus direitos devem ser pensados como convergentes com os do restante da sociedade brasileira, constituindo-se um pré-requisito da preservação de uma riqueza ainda não estimada, mas fundamental, da biodiversidade e dos conhecimentos das populações tradicionais sobre as espécies naturais.

Cuidar dos povos indígenas exige o reconhecimento das suas especificidades e particularidades culturais, religiosas e territoriais – como suas formas de organização social, que se embasam em outra racionalidade –, fatores que colocam o princípio da interculturalidade e os determinantes sociais de saúde como pilares do jeito de pensar e fazer saúde com essas populações.

Em 2010 foi instituída no Ministério da Saúde a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

População LGBT

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013e) instituída pela portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, afirma a garantia do direito à saúde como uma prerrogativa de toda cidadã e cidadão brasileiros, respeitando-se suas especificidades de raça/etnia, geração, orientação sexual e identidades de gênero.

A orientação sexual de um ser humano é uma questão de natureza íntima. A liberdade de ser e viver como se deseja é condição para uma vida feliz e equilibrada, e ninguém deve ser penalizado, ridicularizado, humilhado, ferido ou assassinado pelo que é, ou porque apresenta uma orientação sexual

diferente do padrão socialmente normatizado ou hegemônico. O Ministério da Saúde reconhece seu compromisso com a promoção da saúde a partir do respeito às diferentes identidades de gênero e ou orientações sexuais e afetivas.

A visibilidade das questões de saúde da população LGBT emergiu a partir da década de 1980, com o fortalecimento da organização política dos movimentos e sujeitos envolvidos, devido à necessidade de enfrentamento perante o surgimento da epidemia de HIV/Aids. Paralelamente, nesse período, com o processo de redemocratização do país, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais, conformando o que se chamou de Movimento LGBT, promovendo importantes mudanças de valores na sociedade brasileira.

Para refletir

O 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil indica que, entre 2003 a 2005, foram relatados 360 homicídios de gays, lésbicas e travestis no Brasil (Brasil, 2013e, p. 16). O Grupo Gay da Bahia, a mais antiga associação de defesa dos direitos humanos dos homossexuais no Brasil, divulgou em janeiro de 2013 o Relatório de Assassinato de LGBT de 2012. Naquele ano, 338 homossexuais foram assassinados no país, o que significa uma morte a cada 26 horas. Houve um aumento de 21% em relação a 2011, ano em que aconteceram 266 mortes, e um crescimento de 177% em relação aos últimos sete anos. A maior parte das mortes se refere a homens homossexuais, com 188 casos (56%), seguidos de 128 travestis (37%), 19 lésbicas (5%) e dois bissexuais (1%). De acordo com esse relatório, o Brasil está em primeiro lugar no ranking mundial de assassinatos homofóbicos, concentrando 44% do total de mortes de todo o planeta, cerca de 770 mortes. Nos Estados Unidos, país que tem cerca de 100 milhões de habitantes a mais do que o Brasil, foram registrados 15 assassinatos de travestis em 2011, enquanto no Brasil, em 2012, foram executados 128 (Affonso, 2013).

De modo geral, a demanda dos movimentos organizados LGBT envolve reivindicações na área dos direitos civis, políticos, sociais, de saúde e humanos, trazendo discussões como a união civil, o reconhecimento de diferentes formatos de família, a redução da violência contra esses grupos e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como o reconhecimento de suas especificidades na atenção à saúde, colaborando para uma saúde integral, universal e equânime.

Considerações finais

Embora as populações em situação de vulnerabilidade estejam teoricamente protegidas pelas políticas de equidade, a garantia dos seus direitos não está dada, pois depende de uma profunda transformação social e cultural relacionada ao modo como serão tratadas, não só no campo da constituição e da elaboração dessas políticas públicas, mas, principalmente, no cuidado dispensado nos serviços e nas ações de saúde.

Enquanto continuarmos negando nossa humanidade, construindo cidadãos padronizados dentro dos valores morais que os interesses dos grupos hegemônicos determinam, haverá no nosso país racismo, discriminação racial, extermínio da juventude negra e dos povos indígenas, violência contra as mulheres, homossexuais, bissexuais, transexuais e travestis, preconceito contra moradores de rua, ciganos e tantos outros povos, concentração da posse da terra e das políticas e serviços públicos nos centros urbanos, e será preciso continuar combatendo as iniquidades.

Ser diferente é um direito do ser humano, o direito de viver de acordo com sua raça/etnia/cor, gênero/orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social/poder econômico, crença/religião ou cultura. A diversidade nos enriquece enquanto humanidade, pois é na troca entre diferentes que somamos para tornar o mundo um lugar mais harmonioso e feliz para todas e todos.

Referências bibliográficas

- AFFONSO, Julia. *Brasil tem uma morte de homossexual a cada 26 horas, diz estudo*. UOL Notícias, 10 jan. 2013. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/01/10/brasil-e-pais-com-maior-numero-de-assassinatos-de-homossexuais-uma-morte-a-cada-26-horas-diz-estudo.htm>. Acesso em: 1º ago. 2016.
- AZEVEDO, Marta Maria. O Censo 2010 e os povos indígenas. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (org.). *Povos indígenas no Brasil 2006/2010*. Instituto Socioambiental, 2011. [on-line]. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quantos-sao/o-censo-2010-e-os-povos-indigenas>. Acesso em: 31 jul. 2016.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php. Acesso em: jul. 2016.
- _____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. _____. _____. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. _____. Gabinete do Ministro. *Resolução nº 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: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 1º set. 2016.
- _____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
- _____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.
- _____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. *Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014*. Brasília: Mi-

nistério da Justiça, 2015. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002329/232972POR.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2016.

CALDART, Roseli Salete. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 207-224, set./dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300016. Acesso em: 3 nov. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA (INCRA). (Portal). *Quilombolas*. [on-line]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/estrutura-fundiaria/quilombolas>. Acesso em: 31 jul. 2016.

LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; MATTA, Gustavo Corrêa. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini et al. (org.). *Políticas de participação e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 305-322.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil – 1995 a 2005*. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

VALLA, Vincent Victor. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.