

População em situação de rua: seus (des)encontros com a saúde, construção de visibilidades, protagonismo e possibilidades de garantia de direitos sociais.

Monteiro de Siqueira, Paula¹
Camargo Macruz Feuerwerker, Laura²

Resumo: A População em Situação de Rua (PSR) é um fenômeno de proporções mundiais, Os dados dos censos vêm mostrando que PSR tem crescido nos centros das grandes metrópoles brasileiras e nas periferias delas. Segundo o Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo (FIPE, 2015), em 2000 esta somava 8.706 pessoas (rua e acolhidos). Posteriormente, em 2015, a soma chegava 15.905 pessoas (rua e acolhidos). Este trabalho tem por objetivo divulgar resultados parciais de uma pesquisa de mestrado, cujo objeto de pesquisa são as Políticas de Saúde para PSR. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com análise micropolítica do cotidiano, utilizando uma abordagem cartográfica realizada na região central do município de São Paulo /SP. Esta população vive em estado de alta vulnerabilidade social por isso é importante a garantia do acesso aos direitos fundamentais. A Constituição Federal de 88 institui a saúde como um direito universal de cidadania, sendo dever do Estado garanti-la. O Sistema Único de Saúde – SUS do Brasil tem como princípios básicos: a equidade, a integralidade, a universalidade da saúde, a hierarquização e a participação da comunidade. Muito embora a saúde seja um direito constitucional há a necessidade de políticas para populações específicas que deem visibilidade a este grupo e facilite o seu acesso aos equipamentos de saúde. Neste sentido, as equipes de Consultório na Rua (CnaRua) tem como objetivo a inclusão no sistema de saúde e a ampliação do acesso da PSR aos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersetorial.

Palavras chave: Equidade em Saúde, Pessoas em Situação de Rua, Universalidade, Vulnerabilidade Social, Produção do cuidado.

¹ Mestranda na Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/ Departamento de Política e Gestão em Saúde, São Paulo, Brasil, correio eletrônico: paulasiqueira@usp.br

² Livre Docente, Profª Associada na Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/ Departamento de Política e Gestão em Saúde, São Paulo, Brasil, correio eletrônico: laura.macruz@gmail.com

I. INTRODUÇÃO

As Pessoas em Situação de Rua (PSR) “escapam” ao imaginário normativo do que seria a vida em sociedade, por isso, por muito tempo, foi objeto de intervenção policial e/ou assistencialista. O reconhecimento de que essa população é portadora de direitos é recente e ensejam iniciativas políticas no sentido de assegurá-los. Cabe também interrogar em que medida e com que propósitos tais “vidas sem valor (ou indignas de serem vividas)” (AGAMBEN, 2004)¹ passam a ter valor e relevância político-jurídica.

Para Adorno & Varanda (2004)² a PSR tem como marca a heterogeneidade - pois é composta por homens e mulheres, crianças, transexuais, idosos - e a complexidade, pois cada indivíduo vivencia diferentes vulnerabilidades. E apesar da tentativa de construção de perfis por parte dos sensos existem muitas outras formas de produção de vida e de ocupação do espaço público por parte da PSR e que vazam à estas institucionalidades. Nessa multiplicidade cabem trecheiros, nórias, maloqueiros, albergueiros, enxugas, andarilhos e tantos outros que não cabem nos enquadres “institucionalizados”. Estes que seguem produzindo suas vidas, ocupando os territórios da vida e buscando suas *interessâncias*.

No contexto da sociedade capitalista a desigualdade é condição para que o capital possa se reproduzir e aumentar o seu lucro. Como a riqueza da sociedade se acumula cada vez mais nas mãos de poucos e os recursos destinados para atender aos direitos básicos como saúde e moradia não são suficientes para alcançar a todos que necessitam, a exclusão social e a divisão entre pobres e ricos é acentuada. Somado a isso há o estigma que rotula aqueles que estão na condição de rua como incapazes, como bandidos e criminosos, acentuando a criminalização da pobreza. Segundo Wanderley (2002, p.16)³ argumenta, *“Mendigos, pedintes, vagabundos, marginais povoaram historicamente os espaços sociais, constituindo universos estigmatizados que atravessaram séculos.”*

A Constituição Federal de 88 institui a saúde como um direito universal de cidadania, sendo dever do Estado garanti-la. O Sistema Único de Saúde - SUS, vigente no Brasil tem como princípios básicos: a equidade, a integralidade, a universalidade da saúde, a hierarquização e a participação da comunidade. Muito embora a saúde seja um direito constitucional há a necessidade de políticas para populações específicas (FEUERWERKER, 2005)⁴.

Os sistemas de saúde compõem sistemas maiores de proteção social, este sistema maior inicialmente era constituído pela família e foi ganhando corpo institucional a partir das associações das categorias profissionais e instituições estatais. Pode ser considerado como uma resposta social de ordem pública a determinadas populações/indivíduos e suas necessidades de proteção que se relacionam com cada contexto/localidade. Quando se trata da saúde há locais em que o acesso é pensado de forma universal e outros em que só determinadas populações têm esse direito garantido (VIANNA, 2002)⁵.

Nesse contexto, o direito à saúde ganhou status de direito social, devendo ser garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e outros agravos, bem como ações que estabeleçam condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços e saúde para promoção, proteção e recuperação. Segundo Dallari (1988, p.22)⁶:

“Encontrar o meio de garantir efetivamente o direito à saúde é a tarefa que se impõe de modo ineludível aos atuais constituintes brasileiros. Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito.”

O princípio da equidade reconhece as necessidades de saúde singulares, sendo que é através das políticas para grupos específicos que se atua para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde. A equidade em saúde remete a uma dimensão política em que atores reais estariam em disputa por projetos distintos no jogo social (CECÍLIO, 2001)⁷.

Diante disso, a mobilização social e a formação de coletivos são importantes para dar visibilidade às populações que estão marginalizadas, buscando viabilizar a garantia de seus direitos, bem como a mudança social

Este trabalho tem por objetivo divulgar resultados parciais de uma pesquisa de mestrado cuja coleta de dados foi realizada no decorrer do ano de 2017. Tem como objeto de pesquisa as Políticas de Saúde para Populações em Situação de Alta Vulnerabilidade Social.

O campo de pesquisa foi o cotidiano de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua (Cna-Rua) no Município de São Paulo/SP, participação na Comissão de Saúde para a Pessoa Vulnerável do Conselho Municipal de Saúde/SP (CMS-SP), participação no Projeto de Extensão A cor da Rua, outros espaços de discussão e problematização das questões que condizem à Pessoa em Situação de Rua (PSR) tais como: o Comitê Intersetorial da Política Municipal para População em Situação de Rua – Comitê PopRua, o Movimento Nacional População de Rua (MNPR), dentre outros.

II. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com análise micropolítica do cotidiano, utilizando uma abordagem cartográfica. Dentro desta perspectiva nossa aproximação à esses espaços aconteceu de maneira que pudéssemos compreender os processos constitutivos e relações de forças que compõem os mesmos de modo orgânico. Assim, participamos e nos relacionamos nos contextos citados acima de forma ativa.

Esse modo de fazer pesquisa fora utilizado por Feuerwerker, Merhy e Silva (2014)⁸ para discutir a produção do acesso e barreira em saúde mental, para compreender a produção do cuidado e aposta na possibilidade de dar visibilidade para conexões e modos singulares de construção de redes e conexões singulares. Nessa esteira, nos interessou compreender os efeitos das políticas públicas de saúde para PSR nos atores que estão envolvidos com ela, bem como a produzem e a protagonizam, tais como os usuários, trabalhadores e gestores. Estes não participam como objeto de pesquisa, de outro modo a compõe com seu saber, sua experiência e seus modos de produção de vida.

Diante disso, nos espaços que circulamos, das vivências e encontros que pudemos experimentar para desenvolver essa investigação pudemos levantar questões e problematizar as afetações que se referem à produção do cuidado, ao acesso e barreiras aos equipamentos de saúde e a garantia ao direito universal à saúde da PSR. Em alguns casos, em que se entendeu a necessidade de adensar e intensificar determinadas vistas do ponto, coletamos entrevistas e esse material foi transcrito dando corpo a base de dados da pesquisa. Utilizamos também diário de campo.

Esta pesquisa justifica-se em função da importância de compreender o que torna necessário produzir movimentações específicas a partir de diferentes grupos para assegurar direitos que seriam universais e os efeitos que vem sendo produzidos *“na medida em que busca mostrar o que é visível tão somente ao sensível. (...), buscando compor formas de compreensão e de visibilidade para os sentidos de produção da vida e do mundo* (BERTUSSI et al, 2011, pg. 306)⁹”

III. RESULTADOS

Os dados dos censos vêm mostrando que PSR tem crescido nos centros das grandes metrópoles brasileiras e nas periferias delas. Segundo o Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo (FIPE, 2015), em 2000 esta somava 8.706 pessoas (rua e acolhidos). Posteriormente, em 2015, a soma chegava 15.905 pessoas (rua e acolhidos). A região central somava mais de 50% do total. A proporção de negros (pardos somados a pretos) nas ruas é substancialmente maior, aproximadamente 70% (FIPE, 2015)¹⁰.

Desde a década de 1960, já se viam movimentações por parte da População em Situação de Rua (PSR) em busca de políticas públicas que lhes assegurassem melhores condições de vida. Em São Paulo, a Lei n. 12.316 – de 16 de Abril de 1997¹¹, dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo. Entretanto, foi após a barbárie da chacina da Praça da Sé (2004), que muitos atos e mobilizações denunciaram as duras condições da vida nas ruas. Estas mobilizações deram corpo, dentre outras mobilizações, ao Movimento Nacional da População de Rua (MNPR, 2005)¹² que se constitui como expressão dessa mobilização organizada em várias cidades brasileiras.

Em 2003, houve a contratação de um enfermeiro e um agente comunitário de saúde para trabalhar com as pessoas que vivem na rua (ACSR). Em 2004, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) implanta o projeto "A Gente na Rua". Neste projeto os agentes comunitários tinham vivência de rua, e esta conquista se deu por intermédio da mobilização de um grupo de pessoas em situação, que buscava maior representatividade dos agentes comunitários, bem como possibilidade e oportunidade de inserção no mercado de trabalho da PSR. Hoje somam centenas, que vão desde agentes comunitários de saúde à assistentes sociais, mas vale ressaltar o pioneirismo deste projeto que dava visibilidade e valorizava aquilo que muitos na sociedade menosprezam, a vivência de rua.

Os serviços de saúde fundamentam-se majoritariamente no trabalho afetivo (HARDT, 2003)¹³. A novidade do momento seria o destaque que este tipo de atividade tem ganhado na sociedade contemporânea. Hardt & Negri (2001, p. 43)¹⁴ argumentam que “talvez, por isso, seja preferível falar de ‘trabalho biopolítico’, isto é, um trabalho que cria não somente bens materiais, mas também relações e, em última instância, a própria vida social”. Daí esses profissionais ganham destaque, intervindo em dimensões importantes da organização urbana e na saúde pública.

Em sua análise sobre a biopolítica, Foucault (2000/2003/2014)¹⁵ fez um panorama das forças que compuseram a produção dessa estratégia de governo. Foi na transição para os Estados Modernos que as questões da vida e da morte passaram a ser geridas pela lógica da manutenção da vida da população. A disciplinarização e a regulamentação da vida passam a ser dispositivos de poder. Entendemos que os trabalhadores de saúde compõem essas forças tecnológicas que operam na produção de modos de via – para captura e para a potência.

Em 2008, o Governo Federal apresentou à sociedade brasileira um documento contendo as diretrizes da Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, com fins a orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento social, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos. Esta política visa “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (BRASIL, p.1, 2008).¹⁶”

Posteriormente, a População em Situação de Rua (PSR) foi incluída na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012)¹⁷ como alvo das ações das equipes de Consultório na Rua (CnaRua),

tendo como objetivo a inclusão no sistema de saúde e a ampliação do acesso da população em situação de rua aos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersetorial.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde/M.S. (BRASIL, 2012), uma equipe deve cobrir até 1000 pessoas em situação de rua. Sabemos que a PSR é heterogênea e atravessada por demasiada complexidade social, podemos citar uma diferenciação básica, a saber: a população que vive nas ruas daquela que vive em centros de acolhida. Dessa forma, construir parâmetros descontextualizados atribuindo uma cobertura sem problematizar as necessidades apresentadas pelo território pode significar inviabilidade e barreira na produção do cuidado, bem como sobrecarga às equipes.

O município de São Paulo conta com 28 equipes, todas vinculadas a uma UBS do respectivo território de abrangência. Nota-se que há um excedente de 12 equipes, segundo aquilo que é preconizado pelo M.S., as quais são financiadas com recursos do município. Grande parte destas equipes sobressalentes está vinculada ao Projeto Redenção, que tem seu foco numa região específica do centro de São Paulo denominada Cracolândia. Esta que é alvo constante de ações do poder público, sobre as quais é possível reconhecer interesses específicos, tais como: especulação imobiliária e interesses políticos-partidários.

As ações de saúde das equipes de CnaRua buscam atender as necessidades e demandas daqueles que estão em situação de rua por intermédio dos atendimentos em loco, fazendo consultas e viabilizando exames, administrando medicação, escutando, acolhendo e, na medida da necessidade, encaminhando para outros serviços intra e intersetoriais. Também, usam estratégias diferenciadas em certas ocasiões, tais como busca ativa para tuberculose, terapia comunitária, jogo de futebol, dentre outras ações.

Por intermédio das atividades desenvolvidas pelas equipes de CnaRua e nas suas práticas que as políticas públicas de saúde materializam-se. Dessa forma, exige-se desses profissionais suportar e viver com os fluxos contínuos das afetações trazidas pelas necessidades da população de usuários, tendo então que acolhê-los e encontrar soluções para resolver ou ao menos amenizar os problemas relacionados à sua saúde.

As situações vivenciadas pela população em situação de rua complexificam as demandas trazidas para a saúde, portanto as respostas em saúde carecem do apoio e articulação com diversos profissionais e setores. Este cenário nos leva a questionar o fato do dispositivo CnaRua estar vinculado a uma Unidade Básica de Saúde, e o quanto esta base operacional pode agenciar certos modos de produção do cuidado que sejam insuficientes para suprir as necessidades da PSR. Por outro lado, a política adotada para a atenção à saúde da população de rua tem ampliado e promovido o acesso à atenção básica. No entanto nos questionamos: qual a qualidade do acesso?

A vida na rua carrega inconstâncias e imprevisibilidades, que podem surgir nas situações de violência que partem dos convíveres, da Limpeza Urbana, da Guarda Municipal, da Polícia ou até mesmo do desligamento da vaga no albergue. Diante delas é preciso buscar a sobrevivência, em algumas ocasiões é necessário partir para outro território, e muitas vezes, tais situações geram angústias que só podem ser suportadas com o anestésico do álcool e de outras drogas. Estas situações refletem diretamente nos cuidados prestados à saúde, pois isso confere ao atendimento um caráter imediatista, pontual ou que não é possível vislumbrar a continuação do acompanhamento.

Em 2013, foram criados dois dispositivos que representam um avanço no que tange a representatividade da PSR no município de São Paulo, foram criados a Coordenação de Políticas para População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial da Política Municipal para População em Situação de Rua – Comitê PopRua. Este é constituído por nove integrantes do poder público municipal e nove represen-

tantes da sociedade civil, dentre eles, pessoas em situação de rua. Este colegiado tem como uma de suas funções criar e monitorar o Plano Municipal de Políticas para População em Situação de Rua (PMPSR, 2016)¹⁸. O plano foi constituído de forma participativa, tendo como norte as necessidades da PSR, e sinalizou ações e elementos para uma política voltada para a garantia dos direitos.

O Plano Municipal é uma importante possibilidade de encontrar caminhos que dialoguem diretamente com as necessidades das pessoas em situação de rua. Os dados levantados através de uma pesquisa realizada pelo Comitê PopRua, sendo os pesquisadores pessoas em situação de rua mostraram as enormes dificuldades de funcionamento dos equipamentos de acolhimento e da implementação das políticas públicas em todas as áreas do campo em questão.

IV. CONCLUSÕES

Apesar dos avanços no acesso e produção do cuidado da PSR no Sistema Único de Saúde, ainda há precarização no acesso e violação do direito à saúde dessa população. Uma vez que ainda encontram dificuldades em acessar à assistência de saúde, bem como iniquidades são produzidas na chegada ao equipamento de saúde. Podemos citar, como exemplo, a exigência de comprovante de residência e ou documentos de identificação para matrícula nos serviços de saúde, maus tratos no atendimento em decorrência de aspectos relacionados à ausência de cuidados de higiene pessoal, dentre outros contextos.

Tendo em vista toda a complexidade do cenário, muitas vezes o trabalho do CnaRua é de garantir a entrada dos usuários na Atenção Básica ou em outros serviços da rede por meio do acompanhamento dos Agentes Sociais. Nesse sentido, nos questionamos qual amplitude das políticas e ações de saúde e que sentidos são produzidos de forma compartilhada com os usuários. Principalmente quando a oferta fica restrita à doença e os usuários não experienciam o vínculo e a continuidade do cuidado.

Contudo, a fim de que as desigualdades sociais se dirimam é necessária maior radicalidade nas ações políticas no que tange à equidade, sendo que esta deve balizar e instaurar práticas institucionais em que se leve em conta de fato as necessidades dos grupos mais vulneráveis, constituindo projetos de sociedade e políticas sociais que visem à produção da igualdade social. Principalmente no cenário político vigente no Brasil, em que há tentativa de desmonte do SUS e das políticas sociais de maneira geral.

Nesse sentido, as políticas públicas para População em Situação de Rua, que visam dirimir a exclusão social, devem centrar sua intervenção nas dimensões econômica e sociocultural de forma integrada, centralizando-se na proteção dos direitos sociais, buscando assim a reversão dos processos de exclusão social, bem como dar visibilidade às populações que estão à margem do sistema.

REFERÊNCIAS

- 1-AGAMBEN, G. Vida que não merece viver. In: Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004. (pg. 143-150)
- 2- VARANDA, W; ADORNO, RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(1):56-67.
- 3- WANDERLEY, M. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: B. Sawaia (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2002.
- 4-FEUERWERKER, L. Modelos tecno assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface (Botucatu). 2005; 9(18): 489-506.

- 5- VIANNA, M. L. T. W. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. Rio de Janeiro, dezembro de 2002.
- 6- DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. Revista saúde pública, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.
- 7-CECILIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R, MATTOS, RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.
- 8 -FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E.; SILVA, E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde In: In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E.. (Org.). Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: Surpreendendo o Instituído nas Redes. 1ed.Rio de Janeiro: Hexis Editora, 2016, v. 2, p. 7-8.
- 9-BERTUSSI, D.; BADUY, R. S.; MERHY, E,; FEUERWERKER, L.; Viagem Cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p. 290-305. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.
- 10- BRASIL Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS. Fundação instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. 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. Sumário Executivo, 2015. Disponível em: . Acesso: 25 de Abr. 2017. 18:00:01
- 11-SÃO PAULO. Lei nº 12.316, de 16 de Abril de 1.997. (Projeto de Lei nº 207/94, da Vereadora Aldaíza Sposati). Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal em prestar atendimento à população de rua na cidade de São Paulo.
- 12-CARTILHA DE FORMAÇÃO DO MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). <http://www.polis.org.br/uploads/887/887.pdf>
- 13-HARDT, M. Trabalho Afetivo. In: O reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003.
- 14-NEGRI, A; HARDT, M. Império. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- 15-FOUCAULT, M. AULA DE 17 DE MARÇO DE 1976. In: Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975- 1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000. (pg. 285-315)
- 15- ____ Conferência 5. In: A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.
- 15- ____ História da Sexualidade I. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 1978/2014
- 16_BRASIL. Decreto nº7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.
- 17- ____ 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. . Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012
- 18-Portaria Intersecretarial SMDHC/SMADS/SMS/SEHAB/SDTE nº 005, de 26 de dezembro de 2016 (institui o Plano Municipal de Políticas para a População em Situação de Rua)