

REFLEXÃO HISTÓRICA SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

HISTORICAL REFLECTION ON THE POPULATION IN STREET SITUATION AND PUBLICS POLICIES

SIMONE RODRIGUES DE ALMEIDA DE OLVEIRA¹, NATÁLIA BARZAGHI^{2*}

1. Acadêmica do curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Ingá – Uningá, Maringá – PR; 2. Psicóloga e mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), doutoranda em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) campus de Assis e professora Assistente do curso de Psicologia do Centro Universitário Ingá (UNINGÁ).

* Rua Estrela D'Alva, nº 1150. Cidade: Quinta do Sol, Paraná, Brasil. CEP: 87265/000. sjcts@gmail.com / prof.nataliabarzaghi@uninga.edu.br

Recebido em 01/10/2016. Aceito para publicação em 16/12/2016

RESUMO

O presente estudo buscou lançar um olhar para a interseção entre as políticas públicas de saúde, a população em situação de rua e a Psicologia. Para tanto, foi realizada revisão de literatura acerca dos temas pertinentes, considera-se que o conhecimento e os dados referentes à população em situação de rua no Brasil é algo relativamente incipiente e embora o seja encontra-se em curso algumas iniciativas importantes no que tange à assistência à saúde, neste sentido, a Psicologia brasileira esteve historicamente relacionada às elites econômicas e o processo de aproximação da profissão com as políticas públicas é permeado por dificuldades, todavia, considera-se que a medida que o profissional assume um compromisso social com o local institucional que ocupa no contexto das políticas públicas e com a população com quem trabalha as potencialidades de sua atuação são importantes. Entende-se ainda que pensar tais relações são imprescindíveis ao desenvolvimento de uma Psicologia coerente com a realidade brasileira e envolvida com a construção de uma sociedade mais justa.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, políticas públicas, população em situação de rua.

ABSTRACT

This study sought to cast a look at the intersection between public health policies, the population of street and psychology. Therefore, was made a literature review about the relevant issues, it is considered that the knowledge and data about the population on the streets in Brazil is something relatively incipient and although it is, is in progress some important initiatives regarding the health care, in this sense, the Brazilian Psychology has historically been related to the economic elites and the approximation of the profession process with public policy is permeated by difficulties, however, it is considered that as the professional assumes a social commitment to the institutional site that occupies in the context of public policies and the people he works with the capabilities of its performance are important. It is also understood that think about such relationships are essential to the development of a coherent Psychology with Brazilian reality and involved with

the construction of a more just society.

KEYWORDS: Psychology, public policy, population in the streets.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo se constitui enquanto um trabalho de conclusão do curso de graduação em Psicologia e tem por objetivo compreender a trajetória histórica das políticas públicas em saúde destinadas à população em situação de rua, bem como compreender em que medida a Psicologia, enquanto ciência e profissão, se relaciona com esse processo. As Políticas Públicas são um conjunto de decisões, planos, metas e ações governamentais, seja a nível nacional, estadual ou municipal, que tem como objetivo principal resolver problemas de interesse público, podendo ser esses específicos, como a construção de uma ponte ou gerais, como melhores condições na saúde pública¹. No Brasil, as políticas públicas em saúde são organizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado por meio das leis 8.080 e 8.142 de 1990 e de uma série de normativas e portarias que as complementam, ressalta-se que o SUS tem como princípios norteadores a Universalidade do acesso aos serviços de saúde, a Integralidade das ações e a Equidade, ao passo que suas diretrizes organizativas são pautadas na descentralização político-administrativa, na hierarquização e regionalização dos serviços.

Dentre os profissionais que atuam nas políticas públicas em saúde encontra-se a categoria dos psicólogos, a regulamentação desta profissão no Brasil é recente, datando do ano de 1962. De acordo com Pessotti (1988)², pode-se dividir a história da psicologia em quatro períodos: pré-institucional (até 1833), institucional (1833-1934), universitário (1934-1962) e profissional (1962-). Os marcos para divisão temporal escolhidos pelo autor são relacionados apenas pela presença ou ausência de instituições ligadas à psicologia. Por exemplo: 1833, criação das faculdades de medicina no Rio de Ja-

neiro e na Bahia; 1934, criação do curso de psicologia na Universidade de São Paulo; e 1962, quando a profissão foi regulamentada. Após a regulamentação foi criado o Código de Ética em 1975, a profissão passou por diversas alterações socioeconômicas. O crescimento no número de faculdades de psicologia contribuiu para a redução do valor da mão-de-obra. O consultório particular aos poucos perde o papel de protagonista da ação do psicólogo, que avança sobre novos espaços de atuação profissional no decorrer das últimas décadas. Apesar de a atuação ainda estar fundamentada na psicologia clínica, os profissionais abrem novos horizontes por meio da psicologia da saúde, jurídica, do trânsito e do esporte³.

Acerca dos espaços de atuação deste profissional, destacam-se àqueles vinculados às Políticas Públicas, neste sentido, a população em situação de rua é entendida como um grupo social heterogêneo, composto por pessoas provenientes de realidades diversas, entretanto que apresentam uma mesma condição social: pobreza absoluta e a falta de pertencimento à sociedade formal. São homens, mulheres, jovens, idosos, famílias inteiras, grupos, que com o tempo, foram atingidos por algum infortúnio, como a perda do emprego ou o rompimento de algum laço afetivo. Assim, perderam a perspectiva de projeto de vida e passaram a se valer do espaço da rua como local para sobrevivência e moradia. De acordo com Castel (1997)⁴, essas pessoas são caracterizadas como “sobrantes”, indivíduos “que foram inválidos pela conjuntura econômica e social dos últimos vinte anos e que se encontram completamente atomizados, rejeitados de circuitos que uma utilidade social poderia atribuir-lhes”. Assim, a questão econômica, social e familiar se torna indicadores para compreender onde se insere a população em situação de rua.

Frente a este contexto o presente trabalho, a partir da metodologia da pesquisa bibliográfica, buscou através da historicização e explicitação dos elementos constituintes da problemática analisar as relações possíveis, para tanto, fora feita uma revisão de literatura buscando alcançar tal compreensão.

Esta pesquisa se justifica no sentido de compreender o desenvolvimento das políticas públicas de saúde destinadas a população em situação de rua, pretendendo-se contribuir com a construção de conhecimento científico para a área, sem buscar esgotar o tema. Ao construir conhecimento e também novos diálogos sobre a temática, desenvolvem-se conhecimentos científicos para subsidiar as práticas de profissionais da área e novas formas de pensar e refletir sobre as pessoas em situação de rua.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O procedimento metodológico utilizado para a realização da pesquisa é por meio de levantamento bibliográfico, sendo os dados obtidos através de artigos científicos

disponíveis em bancos de dados *online* como Scielo, além de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado já publicadas sobre o tema. Conforme aponta Gil (1987)⁵, “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

O estudo delimita-se à pesquisa do tipo descritiva, tem por objetivo estudar as características de um grupo, de modo que não está propriamente interessada em descobrir as causas dos fenômenos, mas apenas suas características⁵. Parte-se da problemática: Qual a trajetória histórica das políticas públicas em saúde, destinadas à população em situação de rua? Como a psicologia se relaciona com essa população no âmbito da promoção de qualidade de vida e inclusão social?

3. DESENVOLVIMENTO

Conceitos sobre população em situação de rua

No Brasil, segundo Engel (2010)⁶, os indivíduos que vagavam pelos campos e cidades sem destino, no século XIX, eram vistos como vagabundos ou loucos. Tal ato se constituía enquanto uma grande preocupação para a classe dominante, a ponto de fazerem uma “limpeza” nas ruas, excluindo tais indivíduos. Nas Santas Casas de Misericórdia, os cuidados ofertados a essas pessoas eram vindos de religiosos, escravos e voluntários. Os moradores em situação de rua eram tratados como lixo, algo sujo e imundo, que precisava ser depositado em qualquer lugar para não contaminar a classe dominante. Posteriormente, com o surgimento dos manicômios, estes sujeitos foram inseridos nestas instituições, levando em consideração o cunho ideológico destes locais.

Segundo Mattos e Ferreira (2004)⁷, os indivíduos em situação de rua são aqueles que permanecem diariamente em praças, que abandonaram ou perderam seus lares, os que dormem em frente às lojas, debaixo de viadutos, em becos, praças e até mesmo em ocas.

De acordo com Arruda (2014)⁸ “a população que vive em situação de rua no Brasil apresenta entre os fatores psicossociais de seu contexto de vida: a situação de pobreza e de exclusão social”. Além disso, há a situação de vulnerabilidade social, enfrentamento de privações e problemas como temores, incertezas e falta de assistência ou auxílio da família.

Ao se pensar a população de moradores em situação de rua é necessário compreender suas particularidades e características próprias. Cada indivíduo tem um motivo para não estar abrigado em um domicílio; há indivíduos em situação de rua há pouco tempo, outros permanecem quase que uma vida toda nesta condição, há ainda outros que vivem saindo e voltando da situação de rua¹.

Existem certas dificuldades em encontrar um conceito único para classificar os chamados moradores de

rua, uma vez que há diferentes visões e definições sobre o assunto. Ferreira (2006)¹ define esta população como um grupo populacional heterogêneo, formado por pessoas que buscam nas ruas condições para sua sobrevivência, entre elas atividades desenvolvidas nas ruas, como coleta de materiais recicláveis e vendas de objetos.

Outro elemento importante para se pensar estas questões relaciona-se à ausência de informações específicas sobre esta população, como fica claro na citação abaixo:

[...] o Brasil ainda não possui, como um todo, informações bem fundamentadas de sua população em situação de rua. Além de alguns centros urbanos, não se tem muito conhecimento de qual tem sido o comportamento desta população em municípios de pequeno porte, ou da população flutuante que perambula pelas estradas, ou mesmo nas zonas rurais e nem se existem grandes diferenças entre os grupos de moradores de rua sob uma perspectiva inter-regional¹.

Como destaca a citação acima, o Brasil ainda não possui informações mais aprofundadas, sobre sua população de rua, e não há estudos que comprovem que o comportamento desta população se diferencia em municípios de pequeno porte e grandes centros urbanos.

Uma pesquisa a nível nacional com moradores de rua foi realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Este estudo contou com a participação de indivíduos de 71 cidades brasileiras, sendo que todos os entrevistados possuíam 18 anos completos ou mais, desta pesquisa, tem-se alguns dados importantes, tais como:

Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas), o número relatado diz respeito aos resultados da pesquisa realizada em 71 municípios. Assim, o total de pessoas em situação de rua vivendo no Brasil é mais elevado [...] ⁹.

Acerca dos motivos que levam os sujeitos à situação de rua, dentre os fatores, destacam-se: o desemprego, muitos indivíduos saem de casa a procura de um emprego (migrantes) e quando não encontram, não querem voltar para casa, mesmo que os laços familiares não tenham sido rompidos, voltar para casa é assumir uma posição de fracasso diante dos familiares, assim, justifica-se a opção por permanecer nas ruas; os sujeitos que já tiveram a vivência de privação de liberdade também encontram grandes dificuldades de conseguir emprego e integração social, sendo as ruas uma alternativa de so-

brevivência; a violência doméstica é outro fator determinante, sobretudo para as mulheres saírem de suas casas e enfrentarem a vida na rua; tem-se ainda a influenciado uso abusivo de substâncias psicoativas (ilícitas e lícitas); outros fatores são os problemas de saúde doenças e deficiências, em que as famílias não têm estrutura física ou financeira para lidar¹.

De acordo com Mattos e Ferreira (2004)⁷, os indivíduos em situação de rua, mesmo tendo algum trabalho, são considerados improdutivos vagabundos e inúteis. Não são respeitados socialmente, a sociedade pode acabar por marginalizar essas pessoas, vendo-as como um problema. “[...] A população em situação de rua é assim estigmatizada, pois escancara as contradições básicas do modo capitalista de produção [...] a pessoa sem emprego formal é rotulada como anormal ou desviante[...]”.

Sobre a condição de trabalho desta população, de acordo com a pesquisa supracitada, tem-se que:

A população em situação de rua é composta, em grande parte, por trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Dessas atividades destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência. Esses dados são importantes para desmistificar o fato de que a população em situação de rua é composta por “mendigos” e “pedintes”. Aqueles que pedem dinheiro para sobreviver constituem minoria. Desse modo, a maioria tem profissão: 58,6% dos entrevistados afirmaram ter alguma profissão. Entre as profissões mais citadas destacam-se aquelas ligadas à construção civil (27,2%), ao comércio (4,4%), ao trabalho doméstico (4,4%) e à mecânica (4,1%)⁹.

Acerca da ocupação desses sujeitos, nota-se que a maioria dos moradores de rua tem um trabalho como fonte de sobrevivência, e não são desocupados como a sociedade geralmente os classifica, são diversas profissões em alguns setores que os trazem sustento.

Outro elemento importante para pensar este contexto é o conceito de errância. Para Justo (2011)¹⁰, errância são deslocamentos constantes de pessoas que não tem moradia fixa, andam sem rumo certo, sem objetivos e destinos. A cultura, o social e o afetivo estão envolvidos nessa questão, o sujeito sente a necessidade de estar em movimento, e isso impede a sua fixação e estabilidade em qualquer lugar. Seus vínculos afetivos e sociais são mínimos, compondo somente o necessário para sua sobrevivência social e psicológica. Por isso vivem em solidão evitando contato, distanciando de seus valores, de suas crenças, costumes e sua própria identidade.

Políticas públicas de saúde

Para Souza (2006)¹¹, as Políticas Públicas são um conjunto de decisões, planos, metas e ações governamentais, seja a nível nacional, estadual ou municipal, que tem como objetivo principal resolver problemas de interesse público podendo ser específicos, como a construção de uma ponte, ou gerais, como melhores condições na saúde pública. Desse modo, entende-se que, Políticas públicas são ações do Estado para garantir algumas conquistas para a população. É também o campo do conhecimento que busca meios para colocar o governo em ação. Depois de formulados os planos, projetos e programas, as políticas são passadas para sistemas de informações, se postas em ação, ficam submetidas a avaliações e sistemas de acompanhamento.

No que diz respeito às políticas públicas destinadas à Saúde, segundo Paim (2009)¹², antes de existir o Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de saúde no Brasil, tinha outra configuração. A organização sanitária não mantinha relações com outras organizações, isso levava ao desperdício de recursos e impossibilidade de resolver os problemas de saúde da população. No início do século XX, o número de indústrias crescia e a população da zona rural se migrava para a zona urbana. Com o aumento da população nas cidades, surgem as epidemias de febre amarela, peste e varíola, comprometendo a economia agroexportadora. Coube assim ao poder público tomar providências imediatas com o saneamento dos portos, medidas sanitárias nas cidades e a vacinação obrigatória. Com o aumento das epidemias e doenças endêmicas, foram criados os códigos sanitários e campanhas sanitárias lideradas por nomes como: Osvaldo Cruz, Carlos Chagas, Belizário Pena, Emilia Ribas e Barros Barreto, este período fica conhecido como Sanitarismo Campanhista.

Para Paim (2009)¹², uma das primeiras iniciativas que vinculavam o acesso aos serviços de saúde ao trabalho foram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) para cada categoria de trabalhadores foi criado um instituto: comerciários (IAPC), transporte de cargas (IAPETC), industriários (IAPI), servidores do estado (IPASI). Em 1966, os institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que se responsabilizava pela assistência à saúde dos trabalhadores formais e seus dependentes, ao passo que, a população que não estava vinculada ao INPS pagava os serviços médicos e hospitalares ou eram atendidos por instituições filantrópicas.

Conforme Paim (2009)¹², foi criado em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), unindo-se com o Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (Funrual), a Legião Brasileira de Assistência (LBA), e o Instituto de Previdência e Assistência Social (Ipasi), originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com objetivo de oferecer

serviços de saúde para uma maior parcela da população, todavia àqueles que não possuíam vínculos previdenciários não tinham garantia de acesso aos serviços. Frente a este contexto, na metade da década de 1970, constituíram um movimento social afim de defender a democratização da saúde conhecido por Reforma Sanitária Brasileira (RSB), ou Movimento Sanitário. A proposta do que seria o SUS foi formulada pela primeira vez em 1979 com um conjunto de princípios e diretrizes. Tanto o RSB quanto o SUS não foram criados por partidos políticos ou governo, nasceram da sociedade e só foram incorporadas a Constituição da República em 1988, nove anos depois.

Para Paim (2009)¹², a Constituição Federal ainda faz referência garantindo acesso universal à saúde, ou seja, a todos os cidadãos brasileiros independente de orientação sexual, raça ou etnia. Cabe salientar que embora o direito à saúde figure na constituição brasileira a organização do SUS se deu por meio das leis 8.080 e 8.142 publicadas respectivamente em setembro e novembro de 1990. O acesso integral a um serviço de saúde ou ação, sem qualquer impedimento para todos analfabetos e letrados, ricos e pobres, crianças e velhos, homens e mulheres. Para que a lei venha ser cumprida, todos os governos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios devem implantar o SUS, de acordo com os princípios e diretrizes. Se a realidade que está sendo observada não condiz com a norma jurídica, são necessários novos esforços políticos, para que os dirigentes cumpram e façam cumprir a lei.

Políticas públicas para moradores de rua

Atualmente, acredita-se que para pensar políticas públicas para indivíduos em situação de rua é preciso compreender e levar em consideração o motivo que levou a pessoa a esta condição, pois é a partir daí que se pensa a melhor estratégia para inseri-lo na sociedade novamente, porque cada um tem seu motivo para estar na rua. Ou seja, a princípio têm-se como objetivo visualizar de uma forma abrangente os motivos que levam os indivíduos a permanecer na rua para que possa pensar estratégias para o seu cuidado, tendo o apoio e atendimento necessários de acordo com seus direitos¹.

Os cuidados e propostas para com a população em situação de rua (PSR) no Brasil teve início nas décadas de 1970 e 1980. Sendo a Pastoral do Povo da Rua da Igreja Católica a criadora desse movimento de organização de (PSR), nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte. Essa organização era responsável por implantar casas de assistência a PSR, realizar eventos e comemorações. Em 1993, no município de Belo Horizonte a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, se responsabiliza pela agenda política em benefício da PSR, com a realização do Fórum da População em Situação de Rua, com o objetivo de elaborar políticas públicas a fim

de reverter o quadro de exclusão desses indivíduos. Através desse movimento, em 2002, a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte faz a primeira implantação da equipe saúde da família, com atendimento exclusivo para a PSR, sem território de abrangência fixo¹³.

Um marco importante para a população em situação de rua foi à criação de uma política, que visava fazer valer os direitos desta população, bem como, estipular condições de igualdade e equidade para os moradores de rua em relação ao restante da sociedade. Esta Política Nacional para a População em Situação de Rua é responsável em território nacional, por garantir esses direitos, foi aprovada no ano de 2009. Pela qual, segundo a Casa Civil (2009)¹⁴, o artigo 5º da Política Nacional para a População em Situação de Rua decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009, estabelece:

São princípios da Política Nacional para a população em situação de Rua, além da igualdade e equidade: I – respeito à dignidade da pessoa humana; II – direito a convivência familiar e comunitária; III – valorização e respeito à vida e à cidadania; IV – atendimento humanizado e universalidade, e; V- respeito as condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial as pessoas com deficiência¹⁴.

O SUS é uma das políticas que se destina a essa população, com o objetivo de prevenir doenças e promover saúde, sendo um dever do Estado para com toda a população e direito do cidadão. De acordo com o Ministério da Saúde, a Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, dando o direito de atendimento a qualquer pessoa nas unidades de saúde, independente de apresentação de documentação, como diz a citação abaixo:

Art. 23. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento. 1º. Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua. 2º. No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no país, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência¹⁵.

A população em situação tem direito a todos os serviços disponíveis no SUS, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as UPAs, os CAPS, o SAMU, além do consultório de rua e embora, compreende-se a possibilidade de refletir acerca do acesso ao Sistema Único de Saúde pela população em situação de rua por várias perspectivas e serviços específicos, optou-se, levando em consideração as especificidades deste trabalho, em explorar apenas dois pontos, sobretudo pela interface

que tais serviços fazem com a Psicologia, sendo eles as ações em atenção básica e o consultório de rua.

Atenção básica

Uma importante política pública que auxilia os moradores em situação de rua é a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica ou primária, é um conjunto de ações de saúde, responsável pela promoção e proteção da saúde, fazendo busca ativa, atendendo desde ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, reduzindo danos e buscando manter a saúde. A atenção básica busca valorizar a singularidade do indivíduo e sua cultura, seu objetivo é desenvolver uma atenção integral aos usuários nos sistemas de saúde¹⁶.

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional de Saúde em Alma Ata, na República do Cazaquistão, onde se formulou a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, que apresentaram diretrizes sobre os cuidados da atenção básica. Assim foram estabelecidos critérios fundamentais como os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão a fim de nortear as ações da Atenção Básica para garantir a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde¹⁷.

Em 1990, seguindo os moldes e diretrizes universais da Declaração de Alma Ata, o Brasil realizou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, a Saúde Pública buscou universalizar o acesso aos serviços de saúde e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal ferramenta para alcançar os objetivos de levar saúde para todos e com qualidade, melhorando a cobertura, ampliando os cuidados e buscando reduzir os problemas de saúde em âmbito nacional¹⁸.

Desse modo, nasce o Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, em pequenos municípios e, conseqüentemente, a expansão e consolidação do PSF por todo território nacional, cabe destacar que atualmente utiliza-se a nomenclatura Estratégia de Saúde da Família (ESF) a medida que o programa se efetiva na política de saúde nacional e passa a ser entendido como algo permanente. A ESF consiste numa equipe de profissionais que praticam ações de visitas de rotina e acompanhamento do quadro de saúde das famílias, sendo a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Assim, a reformulação da ABS através da ESF tende a melhorar a infraestrutura dos serviços, a capacitação dos recursos humanos e a avaliação da ESF como um requisito obrigatório, a fim de encontrar falhas e êxitos na organização do SUS, buscando a resolutividade e a prevenção de doenças no âmbito da Atenção Básica¹⁹.

Diante de uma nova realidade, que o processo de universalização do SUS, temos fatores distintos como a exclusão social, onde a população de rua é destaque

dentro dos debates da Atenção Básica. Afinal, é um grupo heterogêneo, com diversas particularidades que necessitam de um conjunto de ações especiais para alcançar a universalização do acesso ao SUS, que envolvem desde a capacitação dos agentes de saúde até a organização do processo de trabalho, que diferem às rotinas programáticas estabelecidas para os usuários tradicionais²⁰.

A implantação da ESF deu origem a uma municipalização na gestão da saúde em âmbito local e assim, atender as demandas que a população necessitava. Então, algumas equipes da ESF passaram a ter a atenção da Saúde Mental, com a presença do profissional de psicologia atuando como referência para as equipes. Tendo em vista, a vulnerabilidade desta população, que devido a suas condições estaria mais sujeita a problemas de ordem psicossocial como depressão, alcoolismo e drogadição. Assim, o psicólogo tem papel importante na atuação da Atenção Básica no âmbito da população de rua²¹.

A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes das equipes de Consultório na Rua, dá o aparato legal sobre a atuação da Atenção Básica para o trabalho com a população em situação de rua. O componente da Rede de Atenção Psicossocial faz parte da Política Nacional da Atenção Básica e inclui dentro da equipe multiprofissional a presença de um psicólogo, a fim de trabalhar com a população em situação de rua com intuito de reduzir os danos com vícios de drogas lícitas e ilícitas presentes nesta população e outros problemas característicos desse público²².

Assim, a Atenção Básica agrega funções a fim de fazer a busca ativa e o cuidado com a população de rua, principalmente, aqueles que sofrem os danos do álcool, crack e outras drogas psicoativas e necessitam de atendimento para se reabilitar, com ênfase no tratamento psicológico e multidisciplinar²². Desse modo, verifica-se que, a Atenção Básica cria organismos dentro do Sistema Único de Saúde que apresentam um cuidado especial com a população de rua, principalmente, nos grandes centros urbanos, onde estão concentrados os maiores contingentes de população de rua.

Então, o grande marco do cuidado com a população de rua em relação à Atenção Básica foi a implantação do Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua em 2012. Tendo em vista, o manual ressalta que:

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e do acompanhamento longitudinal, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹⁶.

A população em situação de rua passa a ter uma referência em seu ambiente *in loco*, com a equipe multiprofissional dos consultórios de rua que atuam em ações integradas e compartilhadas com uma Unidade Básica de Saúde de referência¹⁶. Assim, experiências como o consultório de rua e as equipes da Estratégia Saúde da Família voltadas para a população em situação de rua se mostraram importantes para a promoção de saúde para essa população que vivia marginalizada, mas que diante da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passaram a ter mais visibilidade e cuidado por parte da saúde pública e seus profissionais, com destaque para a atuação do psicólogo no acolhimento e tratamento destes usuários.

Consultório de rua

De acordo com Jorge e Corradi-Welster (2012)²³, em 1997, o professor Antônio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas-CTEAD/Universidade Federal da Bahia, produziu uma pesquisa etnográfica com meninos e meninas de rua usuários de substâncias psicoativas na cidade de Salvador, Bahia. Chegou à conclusão que a procura dos jovens pelo CETAD era pouca e os que frequentavam era muito difícil dar continuidade ao tratamento. Assim nasceu a ideia do consultório de rua. A experiência do consultório de rua foi desenvolvida em Salvador, entre 1999 e 2006, promovendo estratégia de intervenção aos usuários de drogas em situação de rua.

Conforme Jorge e Corradi-Welster (2012)²³, como a experiência do consultório de rua tem sido positiva, o Ministério da Saúde adotou tal conceito como podemos ver na citação abaixo:

No Brasil, a positividade desta experiência somada à magnitude do consumo prejudicial de drogas, associada ao contexto de exclusão, vulnerabilidade e risco das pessoas em situação de rua, fizeram com que o Ministério da Saúde, em 2009, propusesse o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD. Em 2010, também foi incorporado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – PIEC²³.

O Consultório de Rua é atualmente uma ação, instituída a partir da Política Nacional de Atenção Básica, pela Portaria, nº 122, de 25 de Janeiro de 2011, e pela Portaria nº 123, de 25 de Janeiro de 2012. E tem por objetivo, a ampliação do acesso da população de rua aos serviços de saúde, mas de uma forma, mais acessível e voltada a sua demanda e necessidade, a partir de uma equipe composta por diversos profissionais de saúde, tais como médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, entre outros²⁴.

Segundo o Ministério da Saúde (2014)²⁴, o consultório de rua busca promover a inclusão social, respeito às diferenças e redução de danos no próprio espaço. Os resultados desse projeto têm sido satisfatórios, pois oferece atendimento e cuidados no da rua, facilitando a aproximação dos serviços de saúde para essa população desassistida, as ofertas são diversificadas, não focando apenas na abstinência. Não cabe a equipe nenhum julgamento como podemos ver na citação abaixo:

Outro eixo ético se refere ao respeito ao *modus vivendi* da população atendida. Não cabe à equipe nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos 13 comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, ou a condutas delinquentes ou antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis. O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere ao Consultório de Rua a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho²⁴.

O consultório de rua é formado por uma equipe de profissionais que conta com profissionais formados, em saúde mental, da atenção básica, médico, psicólogo, assistente social, redutores de danos, enfermeiros, entre outros. Para que esse trabalho seja desenvolvido, eles precisam de um veículo tipo van para transportar os profissionais e os materiais que são necessários. O veículo é identificado com o nome Consultório de Rua e em cada área de atuação tem um ponto fixo, com identificação de dia e hora de atendimento.

A relação da psicologia com as políticas públicas

Conforme explicitado nos tópicos anteriores, o profissional da Psicologia pode compor tanto a equipe de trabalhadores da atenção básica como do consultório de Rua, neste sentido para compreender a relação dos psicólogos com tais políticas se faz necessário refletirmos acerca dos caminhos desta profissão no Brasil, assim, segundo Bock (1999)²⁵, a Psicologia institucionalizou-se enquanto profissão em 1962, pela Lei nº 4.119, ao qual foi regulamentada. Nessa época, começaram a surgir novos campos de atuações, os cursos de Psicologia se expandiram juntamente com associações profissionais e científicas. Criaram o Sindicato dos Psicólogos por volta de 1979, e os conselhos eram ocupados por grupos que trabalhavam com o objetivo da psicologia se tornar instrumento a serviço da população brasileira.

De acordo com Bock (1999)²⁵, quando o mercado de trabalho abriu as portas para o serviço público na década

de 1980, trouxe um grande desafio para os psicólogos, pois estes tinham uma visão clínica centrada no paciente, aquele que poderia pagar pelo serviço, sendo que não estavam habituados a trabalhar com outro tipo de demanda, era preciso ser criativo para atender um público diferente em uma organização do Sistema Único de Saúde com suas necessidades, princípios e diretrizes. Ainda na década de 80 com a união dos sindicatos, criaram a Federação Nacional dos Psicólogos, um movimento que causou grande transformação, como relata a autora na citação abaixo:

Estava dada a largada para um período em que os psicólogos iriam se perguntar e refletir sobre a relação de seu trabalho e do próprio fenômeno psicológico com a realidade social. A realidade social entra na Psicologia para remexer tudo o que, durante tantos anos, ficou naturalizado e cristalizado. Estas questões vão tomando formas diferentes dentro da Psicologia, até chegarmos ao momento atual, no qual estamos colocando a questão do compromisso social de nossa profissão e de nossa ciência²⁵.

A primeira atuação do psicólogo no contexto da saúde pública aconteceu no setor de saúde mental, o atendimento era realizado em um modelo hospitalocêntrico, e os hospitais privados que tinham financiamento pelo Estado era os que prestavam assistência, o que definia um fenômeno conhecido como mercantilização da loucura. No setor público de saúde, a entrada do psicólogo acontece em um momento de crítica ao modelo asilar onde as equipes de saúde eram predominadas por médicos. A crítica resultou-se em um polo de absorção de psicólogos. Quando o modelo médico assistencial busca formar equipes multiprofissionais, pois somente o psiquiatra não era capaz de transformar o quadro assistencial tradicional, abrindo as portas para a inserção de outros profissionais inclusive o psicólogo²⁶.

Um ponto problemático no que diz respeito à atuação do profissional da Psicologia no campo das políticas públicas de saúde se refere ao fato deste profissional não contar, em seu processo formativo, com reflexões pertinentes a este tipo de atuação, ficando restrito à atuação tradicional da Psicologia. Dimenstein (1998)⁶ aponta que este é um processo lento, dado que tanto a configuração do Sistema de Saúde no Brasil como a institucionalização da profissão são fenômenos recentes, no entanto, se faz necessário um alinhamento entre formação e atuação profissional para a efetivação da prática psicológica como compromisso social.

Para Bock (1999)²⁵, alguns critérios são indispensáveis para afirmar que a intervenção é um compromisso social, primeiro que o psicólogo ao intervir deve ter um olhar amplo, enxergar o indivíduo como um todo incluindo o meio onde vive em detrimento de uma visão estreita como se o indivíduo vivesse isolado. O psicólogo

tem que compreender que ao realizar um atendimento, ou usar seu conhecimento estará inevitavelmente interferindo na sociedade, independentemente deste ser ou não seu objetivo. Segundo critério é fazer a intervenção como objetivo de promover a saúde para a comunidade, tendo uma visão completa, usando seu conhecimento para modificar, criar e transformar a realidade do indivíduo. Outro fator importante é observar se o profissional de Psicologia está fazendo atendimentos pautados em um modelo médico, o sujeito sendo visto somente pela sua doença, pois isso não pode acontecer. Por isso, surge a necessidade de inovar, construir uma Psicologia conciliando o saber psicológico com a demanda e realidade social de cada população e sua cultura como diz na citação abaixo.

Assumir compromisso social em nossa ciência é buscar estranhar o que hoje já parece familiar; é não aceitar que as coisas são porque são, mas sempre duvidar e buscar novas respostas. Compromisso social é estranhar, é inquietar-se com a realidade e não aceitar as coisas como estão. É buscar saídas. É isto que parte de nossa categoria profissional vem fazendo, o que é motivo de orgulho para todos nós²⁵.

O psicólogo, caso esteja compromissado com a transformação social, tem que ter uma ação diferenciada de todos os outros profissionais, olhando o sujeito como um todo, fazendo assim a humanização, ressignificando o viver do sujeito humano.

5. CONCLUSÃO

Ao final desta pesquisa, foi possível compreender sobre a trajetória histórica das políticas públicas em saúde destinadas à população em situação de rua, compreendendo as políticas atuais e como estas podem auxiliar os moradores de rua. De início no Brasil, os moradores de rua eram na realidade, os indivíduos que vagavam pelos campos e cidades sem destino, tratados muitas vezes como vagabundos ou loucos. A forma de “tratamento” dado a estes eram a exclusão e isolamento. Atualmente, existem políticas públicas e ações no âmbito da saúde e assistência social que visam dar melhores condições para esta população, a fim de entender suas motivações para estar na rua e, encontrar alternativas para sua reabilitação social.

Ao pensar o conceito de morador de rua é preciso levar em consideração as características próprias deste grupo de indivíduos, bem como também o fator que levou o indivíduo a situação de rua, podem ser vários os fatores psicossociais de seu contexto de vida, desde a situação de pobreza à de exclusão social. Estes enfrentam questões como de vulnerabilidade social, privações e problemas como temores, incertezas e falta de assistência ou auxílio da família. Entendendo que as políticas

públicas são ações do governo para reabilitar, atender, cuidar, promover a reintegração familiar e social, buscar a autonomia e dar uma nova chance e esperança aos moradores de rua, ressalta-se a importância de investir e defender os direitos deste grupo social.

Em relação ao papel e atuação da Psicologia, é importante destacar que, sua ação visa promover a inclusão social e qualidade de vida dos indivíduos. Dentro desta temática a psicologia também deve realizar estratégias para promover e cuidar da saúde mental da população em situação de rua. Entretanto, a profissionalização da Psicologia no Brasil é um fenômeno recente, bem como a implantação de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua. Assim, há dificuldades em encontrar formações e conteúdos nesta área. Mesmo assim, como Bock (1999)²⁵, o psicólogo não se deve conformar com a mesmice, o ideal é sempre estar à procura do novo, em busca de atender um público com um trabalho diversificado inovando de acordo com a realidade social do momento. Porque antes somente uma minoria da população usufruía do trabalho psicológico, eram os que tinham condições de comprar os serviços. O objetivo agora é construir uma profissão que atenda a maioria da população brasileira, em especial as que sofrem devido às condições de vida, como a população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

- [01] Ferreira FPM. População em situação de rua: Conceitos e mensuração. II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Agosto de 2006.
- [02] Pessotti I. Notas para uma história da psicologia brasileira. Em: Conselho Federal de Psicologia. Quem é o psicólogo brasileiro?. São Paulo: Edicon, 1988, p.17-31.
- [03] WHO/Conselho Federal de Psicologia (2001). Pesquisa perfil do psicólogo. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/05/Pesquisa_WHO.pdf> Acesso em: 01 set 2016.
- [04] Castel R. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, M.; BÔGUS, L.; YAZBEK, M. C. Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC, 1997.
- [05] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1987.
- [06] Engel A. Moradores em situação de rua: uma leitura segundo a psicologia corporal. Monografia. Especialização. Curitiba: Centro Reichiano, 2010.
- [07] Mattos RM, Ferreira RF. Quem Vocês Pensam que (Elas) São? representação sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol. Soc.* 2004, vol.16, n.2, pp.47-58.
- [08] Arruda AM. A Vida nas Ruas: Aspectos psicossociais das vivências de moradores de rua de Campo Grande - MS. Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) Mestrado em Psicologia, Campo Grande/MS, 2014.
- [09] Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília. Abril, 2008.

- [10] Justo JS. Andarilhos e trecheiros: errância e nomadismos contemporâneos. Maringá, PR: Eduem, 2011.
- [11] Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. Porto Alegre, 2006.
- [12] Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- [13] Bevilacqua S, Santos JC. População de rua e (des) proteção de rua e (des) proteção social: uma análise da política nacional para a população em situação de rua. In: Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação- CIEGESI. 2012, Goiânia. Anais da I CIEGESI/ I Encontro Científico do PNAD/ UEG. Goiânia: UEG, 2012, p.499-525.
- [14] Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [DECRETO Nº 7.053 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009](#). Acessado em 20 de Julho de 2016. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011.
- [16] Brasil. Ministério da Saúde. O Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, 2012.
- [17] OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde para todos no ano 2000. Genebra, Suíça: OMS, 1978.
- [18] Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.
- [19] Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: MS, 2001.
- [20] Nascimento EP. Hipóteses sobre a nova exclusão social: Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. Cadernos CRH. Salvador: UFBA, 1994, n. 21, p. 29-47.
- [21] Alves Sobrinho EJM, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. Estudos Avançados, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 209-227, 2003.
- [22] Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.
- [23] Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. Florianópolis, 2012.
- [24] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- [25] Bock AMBA. Psicologia a caminho do novo século: Identidade profissional e compromisso social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1999.
- [26] Dimenstein M. O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.