

A RUA, A SAÚDE, A POLÍTICA

algumas definições sobre a “população em situação de rua”
e suas trajetórias em São Paulo

Damien Roy

Doutorando em Sociologia

École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) de Paris

Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

Bolsista da Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives
(MILDECA) du LaBex TEPSIS e da EHESS de Paris

Tradução: Guilherme Aderaldo e Gleicy Silva

Como cuidar da saúde das “pessoas em situação de rua” em São Paulo? Esta é a questão que está no cerne das pesquisas que venho realizando, desde 2009, a respeito do dia-a-dia de um dispositivo municipal de saúde pública: o Programa “A Gente na Rua” (PAR). Criado em 2004, por iniciativa da secretaria municipal de saúde, e implementado por uma ONG situada na zona leste da cidade, o programa representa hoje uma das principais modalidades de cuidados ofertadas a esta população pela prefeitura de São Paulo. Para descrevê-lo rapidamente, podemos dizer que consiste em uma série de equipes móveis de saúde que têm a responsabilidade de encontrar o público a quem devem prestar auxílio.

Em minha pesquisa de mestrado (Roy, 2011), assim como na pesquisa de doutorado, que ainda está em andamento, tento tomar este dispositivo, a partir de uma abordagem etnográfica, observando as atividades cotidianas destes profissionais junto de seu público-alvo, na “*linha de frente da ação pública*” (Lipsky, 1980)^[1]. De fato, parece-me que boa parte dos resultados do PAR só podem ser apreendidos a partir das interações que ocorrem cotidianamente entre estes “*burocratas ao nível da rua*” (Lipsky, 1980) e as pessoas que eles consideram como seus “pacientes”. Em última análise, a realidade do programa, seus sucessos e fracassos, se exprimem nestes momentos: uma política de saúde não pode gerar efeitos sobre a vida das mulheres e dos homens a quem se destina sem a mediação de encontros durante os quais prestadores e beneficiários, cuidadores(a)s e tratado(a)s, se confrontam e negociam as condições de atribuição de um bem raro.

Na perspectiva de uma sociologia dos problemas públicos (Gusfield, 2009), considero as atividades do PAR, que tenho observado, como expressões de um projeto político particular que decorre de uma certa “*definição do problema*” (Emerson e Messinger, 1977) das “pessoas em situação de rua” por parte das autoridades competentes. Essa definição determina causas específicas a serem atingidas, respostas a serem elaboradas, e objetivos a conquistar em vários prazos (curto, médio, longo), e delimita um público alvo, designando diferentes papéis institucionais de acordo com suas respectivas prerrogativas. Ao “*nível da rua*”, tal definição equipa os profissionais, dotando-os de

formações e de instruções de trabalho relativas às suas atribuições e aos seus modos operatórios, mas também aos lugares de atendimento e de instrumentos de trabalho. Quando acompanho os funcionários do PAR procuro entender a influência de tudo isso sobre as suas atividades diárias. Por meio da observação, tento compreender como a diversidade de textos, equipamentos, lugares, formações ou instruções hierárquicas, que resultaram de uma perspectiva política particular sobre a “população em situação de rua”, é mobilizada por profissionais durante situações específicas de intervenção. Procuro descrever como o impacto desses elementos nas interações de cuidado é atualizado, reforçado ou atenuado em função das pessoas, dos cursos de ações e ambientes específicos aos quais eles se entregam.

De certa forma, minha tentativa de elaborar uma etnografia da ação pública, inscreve-se na continuidade dos trabalhos que, há mais de uma década, vêm retratando a intriga que levou as “pessoas em situação de rua” a se tornarem um problema público (Dewey, 2010) no Brasil e, mais particularmente, em São Paulo (Barros, 2004; De Lucca, 2008; Melo, 2012). No entanto, se a constituição progressiva de uma “população em situação de rua”, entendida como objeto de preocupações e de intervenções específicas da parte dos poderes públicos, foi contada de modo convincente por estes pesquisadores, poucos se debruçaram sobre *“a aplicação concreta do plano de ação”* (Blumer, 2004) que resultou desta inscrição da questão na agenda política. Na falta de descrições detalhadas, hoje, pouco sabemos a respeito do conteúdo real das ações conduzidas cotidianamente no quadro das políticas públicas de saúde e assistência, às quais se dedicam especificamente a essa população. Sabemos ainda menos a respeito das atividades de mediação necessárias para traduzir, nos quadros da ação pública cotidiana, as conclusões oriundas das numerosas discussões e disputas políticas relativas a ela. E é justamente este movimento – que surge de uma questão política disputada nos termos agonísticos e apaixonados do espaço público – que caminha na direção de sua transformação em uma questão técnica, e que precisa ser administrado diariamente por um certo número de profissões e tecnologias específicas, que me interessa compreender.

Em complemento à observação das atividades cotidianas do programa, a atenção às controvérsias públicas relativas à “população de rua” em São Paulo e no Brasil me parece, logo, algo fundamental. Em minha tese busco, portanto, entender as reorganizações sucessivas do *Programa A Gente na Rua* no decorrer dos últimos dez anos à luz da evolução das interpretações contemporâneas sobre a “questão da rua” pelos poderes públicos. A aparição do dispositivo, em 2004, me parece ter sido apoiada sobre uma definição específica do problema das “pessoas em situação de rua”, influenciada por diversas entidades originadas na sociedade civil e em grande medida responsáveis pelo surgimento da questão na cena pública. Mobilizadas há mais de vinte anos em torno do reconhecimento das dificuldades e discriminações, entendidas como específicas destas pessoas, tais entidades têm defendido e contribuído com a imposição de uma definição destes últimos como cidadãos caracterizados por uma certa forma de “vulnerabilidade” e desprovidos do uso de uma parte de seus direitos, entre os quais o acesso indiscriminado aos serviços de saúde pública (Roy, 2011). O peso de tal definição, na forma adotada pelo PAR, ficou mais claro ao longo dos anos seguintes, quando o que era pensado como uma mera experimentação transformou-se numa política duradora, vinculada à rede paulistana de serviços de saúde pública.

218

Em 2008, o programa integrou uma nova “Estratégia de Saúde da Família Especial – ESF-E” destinada a uma “população em situação de rua e de *vulnerabilidade social*” (grifos meus), que adotou o modelo assistencial da “Estratégia Saúde da Família – ESF”, esta última encarregando-se de fornecer os cuidados de primeira necessidade à parte da população paulistana dita “clássica” (retomo aqui uma distinção entre ESF “de rua” e “clássica” feita pelos profissionais do PAR que acompanhei durante meu mestrado). Se as atividades da ESF-E eram então voltadas a uma parte específica do corpo social, se encaixavam, contudo, nos quadros do direito comum e não naqueles da exceção ou da urgência (Lipsky e Ratgheb Smith, 2011). Assim, conforme observei durante meu mestrado, as equipes da ESF e da ESF-E conduziam o mesmo tipo de ação de proximidade, inscrita a longo termo e ancorada em um território familiar. Partilhavam os mesmos postos municipais de saúde, eram compostas pelos mesmos profissionais, utilizavam os mesmos uniformes e operavam segundo os mesmos procedimentos. Havia, entretanto, diferenças entre os dois

projetos: as equipes não se responsabilizavam, por exemplo, pelo mesmo número de pacientes, uma parte de seus profissionais era recrutada a partir de diferentes critérios, documentos de trabalho específicos da ESF-E eram agregados à papelada clássica utilizada pela ESF clássica. Tais diferenças, contudo, tinham menos a ver com uma política de exceção do que com a aplicação de uma medida de discriminação positiva que visava a (re)integração de cidadãos vulneráveis ao corpo político pelo viés de um tratamento específico, mas segundo as modalidades que se aplicavam a todos.

Ressaltar as semelhanças que existiam entre os dois programas me permite, por contraste, questionar as evoluções que atingiram mais recentemente o PAR. Em 2013, as equipes de ESF-E foram unidas a outro dispositivo anteriormente ligado ao setor de saúde mental e que dirigia sua atenção às questões relativas ao uso de álcool e outras drogas por parte dessa população. Os modos de ação atuais das equipes de “consultório na rua”, que nasceram desta fusão – sua criação data de 2011 em nível nacional –, se distinguem mais claramente dos *modi operandi* dos dispositivos de saúde pública voltados à população “clássica”. Mantendo-se ligadas ao setor de atenção básica, tais equipes dispõem de outros meios e funcionam a partir de outras modalidades que diferem do restante das equipes de saúde da família: trabalho em vans, integração de profissionais específicos como psicólogo/as e assistentes sociais às equipes, etc. Tais mudanças me instigam, e tento atualmente entender em que medida é possível vincular essas transformações à aparição de uma definição alternativa, mais recente, da questão da “população em situação de rua” por parte dos poderes públicos, que conferiria uma maior atenção às relações desta população com a questão do consumo das drogas, mais particularmente do crack. Reinterpretado por certas pessoas sob o registro do “humanitário” (Fassin, 2010), mais do que sob o ângulo de uma cidadania prejudicada, o problema evocaria então outros tipos de respostas que, além da igualdade e da inclusão, se desdobrariam sobre as dimensões de exceção e de emergência sanitária.

Trata-se apenas de uma hipótese, cujos desdobramentos da pesquisa poderão ou não comprovar. Contudo, ela nos permite entender que a questão das “pessoas em situação de rua” está susceptível a tornar-se o objeto de uma

pluralidade de definições mais ou menos similares, compatíveis e/ou conflitantes por parte de diferentes setores do poder público. Tais definições podem coexistir, se articular ou se contradizer, levando em conta, portanto, que a ascensão em potencial de uma nova formulação da questão não anula automaticamente as interpretações contraditórias ou anteriores a esta última. Como foi rapidamente descrito acima, a visão dos “moradores de rua” em sua condição de cidadãos vulneráveis parece ter perdido importância no setor da saúde pública ou, pelo menos, não se revelou suficiente para cuidar corretamente da saúde dessas pessoas. Além disso, essa interpretação nunca cessou de coabitar e entrar em conflito com visões concorrentes, mais agressivas e portadoras de soluções mais ou menos coercitivas de higienização dos espaços públicos, notadamente no centro da cidade. Parece-me, desse modo, enganoso ler o conjunto de ações dirigidas às “pessoas em situação de rua”, conduzidas por diferentes profissionais afiliados a uma ou outra das administrações paulistanas e brasileiras, como expressões de um mesmo projeto político homogêneo que se complementam.

Uma abordagem com enfoque sobre a coexistência de vários projetos decorrentes de “*definições do problema*” específicas, cujas compatibilidades variam, bem como, sobre a diversidade dos tipos de relações e confrontações suscetíveis de existirem entre estes últimos, me parece mais produtiva, já que, voltar a atenção para tais dinâmicas da ação pública impede de chegarmos de maneira muito rápida a conclusões em termos de um plano global unívoco, bom ou ruim, resultante de uma só e única economia moral (Fassin, 2009) unanimemente partilhada.

220

Bibliografia

BARROS Joana. 2004. *Moradores de rua. Pobreza e trabalho: interrogações sobre a exceção brasileira*. Mestrado em sociologia, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (USP-FFLCH).

BLUMER, Herbert. 2004. “Les problèmes sociaux comme comportements collectifs”. *Politix*, 67: 185-199.

DE LUCCA, Daniel. 2007. *A rua em movimento. Experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua*, Mestrado em antropologia social, Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (USP-FFLCH).

DEWEY, John. 2010. *Le public et ses problèmes*. Paris : Gallimard.

EMERSON, Robert e MESSINGER, Sheldon. 1977. "The micropolitics of trouble". *Social problems*, 25(2): 121-134.

FASSIN, Didier. 2010. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris : Gallimard

_____. 2009. "Les économies morales revisitées". *Annales HSS*, 6: 1237-1266.

GUSFIELD, Joseph. 2006. *La culture des problèmes publics - L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris : Economica, 2006.

LIPSKY, Michael. 1980. *Street-level bureaucrats, dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation: New York.

LIPSKY, Michael e RATGHEB SMITH, Steven. 2011. "Traiter les problèmes sociaux comme des urgences". *Tracés*, 20(1): 125-149

MELO, Tomás Enrique de Azevedo Gomes. 2011. *A rua e a sociedade. Articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua*, Mestrado em Antropologia Social, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Setor de ciências humanas, letras e artes, departamento de antropologia.

ROY, Damien. 2011. *Cuidar do cuidador. Sociologie d'une équipe de santé de rue de la ville de Sao Paulo*. Mémoire de master en sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales – Paris.

Damien Roy

Doutorando em Sociologia

École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) de Paris

Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

Bolsista da Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives
(MILDECA) du LaBex TEPSIS e da EHESS de Paris.

^[1] Meu mestrado, realizado entre 2009 e 2011, consistiu basicamente em uma etnografia das atividades do programa A Gente na Rua. Já o doutorado, que teve início em 2014, e que segue com o mesmo enfoque, busco refletir de maneira mais metódica a respeito do vínculo entre as recentes evoluções das práticas cotidianas dos profissionais acompanhados e as mudanças nas interpretações políticas da questão das “pessoas em situação de rua” no Brasil e em São Paulo.

^[2]http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/#esf.

Acessado em: 15/11/2014.