

Política pública de saúde à população em situação de rua: trajetória dos modos de sua organização na cidade de São Paulo

*Danielle Davanço**
*Nivaldo Carneiro Junior***

1 INTRODUÇÃO

A rua é a cidade vivida, o lugar em que as relações sociais ficam escancaradas, isto é, onde as desigualdades, as contradições e os conflitos de nossa sociedade emergem. Desse modo, é mais do que espaço físico, configura-se, principalmente, como espaço político. Nesse cenário, a presença da população em situação de rua torna-se emblemática e vem à tona como uma questão social. Sobre isso Mautner (1995) pontua:

vivem nas sombras das grandes verticalidades nas megalópoles. Nos imensos viadutos circulam veículos onde essas pessoas da rua nunca entram. Em volta deles como que os contendo, amplas avenidas cheias de veículos, ora velozes ora parados. Eles sempre de fora. Nos viadutos quase ninguém a pé, a não ser quando exclusivamente para pedestres. O cidadão se encontra dentro e o humano de rua fora dos prédios, dos carros, dos parques, das lojas (MAUTNER, 1995, p. 47).

Quando a rua é moradia, o público e o privado se misturam e se confundem, redefinem-se modos de andar a vida e novas formas de (sobre)vivência; são criados movimentos de resistência que instituem redes de convívio e heterogêneas possibilidades de viver e ocupar a cidade.

* *Psicóloga especialização em Saúde Coletiva e Atenção Primária pela Faculdade de Medicina da USP. Técnica do Centro Dia para Idosos Bom Retiro – São Paulo/SP. E-mail: danielle.davanco@gmail.com*

** *Médico Sanitarista. Doutor em Medicina Preventiva. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (São Paulo/SP) e da Faculdade de Medicina do ABC (Santo André/SP). E-mail: nicarneirojr@uol.com.br*

Existem diversos entendimentos sobre população em situação de rua que são pensados e estruturados de acordo com as distintas realidades socioeconômicas, estruturais e culturais, com os referenciais teórico-metodológicos e com as escolhas políticas. Essas diferentes definições implicam a geração de diferentes políticas públicas para esse grupo populacional (BRASIL, 2013).

No Brasil a definição incorporada no Decreto Federal nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, é:

(...) grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas, desenvolvidas nas ruas, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados e a não referencia de moradia regular (BRASIL, 2009).

Assim, pela complexidade e dinamismo que existem nas diversas formas de estar e existir na rua é necessário:

re-significar esse conceito, que varia com a realidade de cada território. “Pessoa em situação de rua” numa cidade como o Rio de Janeiro deve ser diferente do que significa “pessoa em situação de rua” em uma cidade do Acre, por exemplo (TRINO *et al.*, 2015, p. 30).

A cidade de São Paulo tem mais de 11 milhões de habitantes (IBGE, 2010) e detém 11,5% do PIB brasileiro. É um dos polos econômicos e dinâmicos mais importantes do país. Ao mesmo tempo em que ocupa esse *status*, possui significativos perfis de desigualdade social no seu território (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2015).

A população em situação de rua é expressiva no município. Diante dessa realidade, foi editado o Decreto Municipal nº 40.232/2001, regulamentando a Lei Municipal nº 12.316/97, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Poder público em prestar atendimento a esse grupo populacional e que, para auxiliar o planejamento das ações, estabelece que o Executivo deverá realizar censo dessa população (SÃO PAULO, 2001).

Os censos da população de rua demonstram abrupto crescimento no período de 2000 a 2015:

Quadro 1 - Número de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo, 2000 - 2015.

Ano	2000	2009	2011	2015
Total	8.706	13.666	14.478	15.905

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo

No último censo, de 2015, levantou-se que as pessoas em situação de rua (15.905) eram majoritariamente do sexo masculino (88%) e com faixa etária entre 31 e 49 anos. Quanto à cor declarada, 70% se identificaram como “não brancos” (pardo, preto, amarelo, indígena). Em relação à escolaridade, 20% completaram o ensino médio. Sobre o local de origem, cerca de 30% nasceram no município de São Paulo. Chama atenção a presença de imigrantes nesse grupo (8%), a maioria oriundos de países africanos (SMADS; FIPE, 2015).

É uma realidade social que imprime desafios à atuação do Poder público, implicados por complexas determinações sociais e dinâmicas de vida. Nesse sentido, analisar as ações e políticas públicas com vistas à redução de vulnerabilidades e proteção social para esse grupo populacional, reconhecendo possibilidades e limites, traz importantes contribuições para a qualificação das práticas sociais.

Os serviços e as ações de saúde são fortemente desafiados pelas necessidades e demandas das pessoas em situação de rua, provocando revisões nos modos de organização dos seus processos de trabalho. Porém, constata-se dificuldades de diferentes ordens na relação de atendimento desse grupo pelos profissionais e serviços de saúde, ocasionando obstáculos ao acesso e inadequações na continuidade do cuidado (VARANDA; ADORNO, 2004; CARNEIRO JUNIOR et al., 2010).

Segundo Paim (2006), essa questão está fortemente ligada às desigualdades sociais existentes na nossa sociedade, refletindo no sistema de saúde, pois é possível verificar iniquidades de acesso discrepantes entre algumas regiões e nos diferentes grupos populacionais:

a igualdade no acesso aos serviços de saúde não é suficiente, ainda que necessária, para reduzir as desigualdades no adoecer e morrer entre os distintos grupos sociais. Esta distinção tem sido considerada importante na formulação de políticas públicas na perspectiva de trabalhar com a noção de necessidades diferentes entre distintos grupos sociais (PAIM, 2006, p. 42).

Dessa forma, as políticas de saúde devem ser organizadas levando em conta estratégias que busquem diminuir as iniquidades, atuando firmemente na proteção de grupos vulneráveis, como é o caso da população em situação de rua.

Todavia, Costa (2007) nos alerta que as políticas voltadas à população em situação de rua possuem, muitas vezes, dimensões conflitantes, isto é, ao mesmo tempo em que têm a prerrogativa de proteger, cuidar e reinserir socialmente essas pessoas, também apresentam outra face, em que tentam livrar a rua do risco que entendem que essa população traz.

Na perspectiva de uma política pública inclusiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) se pauta pelo princípio ético-político da equidade, reorganizando serviços e ações que garantam acesso universal e integralidade no cuidado às demandas e necessidades dos indivíduos e/ou grupos sociais (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Carneiro Junior *et al.* (1998), em um estudo que teve como objetivo identificar as condições de vida e saúde de um determinado grupo de pessoas em situação de rua, constataram que se perceber doente está relacionado com a incapacidade de se locomover e viabilizar sua sobrevivência diária, principalmente ir aos lugares de acesso a alimentação. Portanto, muitas vezes o cuidado com a saúde não é uma prioridade para esses indivíduos.

Segundo Ayres (2001), a exclusividade no controle de doenças, seja por meio de sintomas, de infecção ou de epidemias, como critério normativo de sucesso das práticas de saúde deve ser questionada, pois saúde não pode ser entendida somente como ausência de doença. Assim sendo, as escolhas de caminho para o cuidado dessa população desafiam o *modus operandi* dos processos de trabalho profissionais.

Nessa perspectiva, destaca-se, na agenda de investigação em saúde, a temática sobre as singularidades do processo saúde-doença-cuidado e a organização da atenção à saúde na população em situação de rua. Os resultados dessas pesquisas são potentes promotores para o aprimoramento das práticas de cuidado, contribuindo, desse modo, para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Este artigo tem como objetivo descrever as estratégias tecnoassistenciais na organização da atenção à saúde para a população em situação de rua na cidade de São Paulo, no contexto do SUS, no período de 2000 a 2017. Para tanto, realizou-se pesquisa documental e revisão bibliográfica. O que se apresenta aqui é parte do trabalho de conclusão *“Políticas públicas de saúde para população em situação de rua: um breve histórico do município de São Paulo. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2017”*.

2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Na cidade de São Paulo as iniciativas mais direcionadas na organização de processos assistenciais para o cuidado em saúde às pessoas em situação de rua emergem no final dos anos 1990, evidenciadas por experiências em serviços de atenção primária, tendo como eixo estruturante “equidade no acesso”, expressas na flexibilidade dos fluxos técnico-burocráticos. A melhor forma de entrada dessa população no serviço foi por meio do uso do pronto-atendimento, que foi estratégico para a vinculação da população e a oportunidade de fazer o maior número de abordagens possíveis no mesmo dia do atendimento, como consulta com saúde mental, serviço social, enfermagem, entre outras (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2006).

Em 2001, a Gestão municipal implanta o SUS, reorientando, desse modo, a organização da rede de atenção à saúde (SOUSA; MENDES, 2003). Também, mais adiante, ocorre a descentralização da gestão administrativa, por meio das Subprefeituras, nos territórios regionais (SÃO PAULO, 2002).

A Subprefeitura da Sé responde pela região do centro da cidade, atuando na implantação, monitoramento e articulação intersetorial de políticas e programas para as populações desse território. A população em situação de rua é, nesse cenário, um importante e emblemático grupo populacional, pressionando a atuação do Poder Público local.

Nessa perspectiva, reconhecendo a questão da iniquidade em saúde nesse grupo, a Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura da Sé implanta, em 2003, o “Núcleo de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua” (NASPER), coordenado por um técnico com formação em serviço social. O NASPER visava articular a rede assistencial local, organizar as demandas de abordagem às pessoas na rua, promover ações intersetoriais, criar estratégias de acesso e continuidade do cuidado, entre outros objetivos. Destaca-se nessa iniciativa a importante atuação intersetorial no cuidado à saúde mental, com acompanhamentos na rua, nos equipamentos sociais e de saúde, tendo resultados positivos de reinserção familiar e social (NASPER, 2003).

Naquele mesmo ano, soma-se às ações do NASPER a iniciativa do Centro de Saúde Escola Barra Funda (CSEBF), em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), com o “projeto piloto” de cuidado em saúde para usuários acolhidos no serviço municipal de assistência social, situado nas proximidades do CSEBF. Composto por um enfermeiro e um agente comunitário de saúde egresso da situação de rua, o projeto desenvolve ações de promoção e prevenção, como também procedimentos de enfermagem. Essa atuação facilitava e garantia o acesso aos serviços e continuidade do cuidado (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2010).

Essas experiências fundamentaram, em 2004, a formulação do projeto “A Gente na Rua”, impulsionado pelas reivindicações do movimento social da população de rua. O projeto foi implantado pela SMS-SP, em parceria com o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. O “A Gente na Rua”, estratégia assistencial baseada no modelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC), foi composto por enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), também oriundos de situação de rua, responsáveis pela abordagem, cuidados necessários, estabelecimentos de vínculo e garantia de acessos às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2008, foi transformado em equipes “Programa de Saúde da Família Sem Domicílio - PSF Sem Domicílio”, com a incorporação do profissional médico, inseridas em determinadas UBS (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2010).

O PSF Sem Domicílio também foi implantado em outras capitais brasileiras, como Belo Horizonte e Porto Alegre. Nesse contexto, Albuquerque (2014) destaca que a implantação de uma política específica para a população em situação de rua, por meio da Estratégia da Saúde da Família, pode ser considerada como uma iniciativa acertada no favorecimento do acesso à atenção integral e inserção na rede assistencial.

Esse entendimento fundamenta-se no fato da Atenção Básica (AB) ser um nível que preconiza a “clínica ampliada e compartilhada”, contrapondo-se ao modelo centrado na doença e em atos médicos. De acordo com a Portaria Federal nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, a AB é a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde e tem como princípios básicos: o vínculo, a continuidade do cuidado, a humanização, além de considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. Assim, nesse nível de cuidado estão inseridas as dimensões sociais, psicológicas e econômicas que permeiam o processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Em outro contexto sociourbano, na cidade de Salvador - Bahia, experiências na organização de modelos tecnoassistenciais eram desenvolvidas para o cuidado de grupos vulneráveis. Nesse caso, a atenção voltava-se aos meninos e meninas, usuários de drogas legais e ilegais, em situação de rua. Emerge então o Consultório de Rua, composto por assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e redutores de dano. Esse modelo, posteriormente, incorpora-se como estratégia ao enfrentamento no uso de substâncias psicoativas, no contexto da “epidemia do crack”, da Política Nacional de Saúde Mental (NERY FILHO, 2015; ALBUQUERQUE, 2014; BRASIL, 2010).

Os resultados satisfatórios produzidos nas atuações das equipes de Consultório de Rua e a necessidade da caracterização de um arranjo tecnoassistencial específico para a atenção à saúde da população em situação de rua, diferenciado do modelo Estratégia Saúde da Família, levaram à concepção do Consultório na Rua (CnaR), compondo, desse modo, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

O Consultório na Rua pode ser entendido como resultado da convergência entre as experiências do Consultório de Rua e do PSF Sem Domicílio. Essa mudança não representou apenas uma troca de nomenclatura, mas novas diretrizes estratégicas na organização da Rede de Atenção à Saúde (LONDERO *et al.*, 2014; ALBUQUERQUE, 2014).

Organizado em diferentes modalidades de acordo com a composição da equipe (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, agentes de saúde), o CnaR passa a ser o dispositivo de cuidado que deverá olhar não apenas para a questão do uso de álcool e outras drogas, como também para as diversas vulnerabilidades associadas à vida nas ruas, realizando um atendimento integral da saúde, tendo como objetivo ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, possibilitando a inserção efetiva no Sistema Único de Saúde, que é a sua principal porta de entrada (BRASIL, 2012).

Lancetti (2015) destaca, nessa convergência de rearranjos tecnoassistenciais, que as políticas públicas destinadas tanto às pessoas em situação de rua e as de atenção aos usuários de drogas se cruzam, desafiando o trabalho das equipes de saúde. O viver na rua e o uso de drogas são dois fenômenos distintos que se interligam em determinados graus, exigindo habilidades específicas nem sempre contempladas nas formações profissionais.

Na cidade de São Paulo o modelo consultório de rua não foi implantado. A partir de 2012, temos o CnaR como principal estratégia de cuidado em saúde à população que vive em situação de rua na cidade. A estratégia segue as diretrizes da Política Nacional para População em Situação de Rua, que afirma o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa (BRASIL, 2009).

Em 2016, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo lança o Documento Norteador dos Consultórios na Rua, a fim de orientar a organização e funcionamento do CnaR, visando o alinhamento conceitual de modo a instrumentalizar as ações das equipes (SÃO PAULO, 2016).

Segundo o Documento Norteador dos Consultórios na Rua (SÃO PAULO, 2016), as equipes devem trabalhar de modo itinerante nos locais de permanência da população que está em situação de rua, fazendo reconhecimento das vulnerabilidades, riscos e potencialidades do território. Isso envolve uma compreensão dos sentidos atribuídos a cada local, das relações que podem favorecer ou barrar acessos da equipe, dos atores locais e seus papéis sociais nos grupos e dos equipamentos existentes que podem ser articulados para as ações necessárias.

Um ponto importante a ser considerado no trabalho do CnaR é a sensibilidade que os profissionais das equipes devem possuir para realizar o cuidado em condições não controladas, uma vez que o atendimento não é realizado em consultórios e sim na rua. Londero *et al.* (2014) pontuam que qualquer equipamento de saúde está sujeito ao inesperado e ao não programado, porém na rua esse desafio parece impor-se de forma intensa, persistente e inusitada:

a falta de paredes. A não presença da mesa. O encontro em locais moventes. A luz do sol, o vento, o frio, o calor. A sujeira, o forte odor. A conversa sobre saúde em roda de uso de drogas. O medo da polícia e da chuva. Estranhas sensações, intempestivas alegrias. Intervenção no desejo, produção de desejo. O encontro com histórias de vida em contextos angustiantes no seu próprio desenrolar. Acontecimentos que exigem um exercício de alteridade fortemente marcado pela “transvaloração dos valores” (LONDERO *et al.*, 2014, p. 5).

A vida das pessoas que vivem nas ruas é instável e muitas vezes essa instabilidade influencia em seus desejos e vontades. Diante disso, os profissionais devem possuir flexibilidade e, com base na história e singularidade de cada sujeito, propor outros caminhos e outros meios de realizar o cuidado. Segundo Lancetti (2014):

para início da ação, precisa-se da entrega do terapeuta à causa e da sua disponibilidade para trabalhar em ambiente não protegido. [...] Psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais ou enfermeiros podem estar investidos de poder médico, vestindo avental, devidamente diplomados, até com curso de pós-graduação, mas sua ação será insignificante ou nada será se não se acharem imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança. Da paixão pela diferença (LANCETTI, 2014, p. 103).

Quando se produz cuidado às pessoas de nossa sociedade que são tidas como marginais e despossuídas, o risco de cair na armadilha da objetificação do sujeito e na busca exclusiva por sucesso técnico de controle de doenças é maior, pois são vistos como pessoas desprovidos de história, valores e vontades. Nesse sentido, Ayres (2001) pontua:

cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 71).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de atenção à saúde do poder público para esse segmento populacional (população em situação de rua) é recente e consequência de lutas sociais, fortalecidas por iniciativas tecnoassistenciais comprometidas com o enfrentamento das iniquidades em saúde. Apesar de termos avançado e existirem diversas conquistas, grande parte das políticas públicas desenvolvidas para esse grupo carece de avaliações sobre a eficácia e efetividade do cuidado.

A população em situação de rua é heterogênea, tanto nos motivos de ida para rua, quanto nos motivos de permanência, vulnerabilidades, ciclos de vida, agravos de saúde, entre outros. Dessa maneira, as políticas devem ser capazes de propor e articular um complexo conjunto de conceitos e práticas que abarque todas as demandas presentes nesse grupo.

É necessário pensar na construção de serviços que reconheçam o outro e seus desejos “e que sejam capazes de voltar seu olhar para a diferença, [...] assumindo um posicionamento político em relação às desigualdades de oportunidades, ao mesmo tempo em que [se] luta contra a produção homogeneizante de subjetividades” (MAGALHÃES, 2015, p. 75).

Outro ponto a ser refletido é o alcance e as contradições da própria política de reinserção social, isto é, como bem aponta Castel (2013), a atuação impositiva direcionada a dispositivo de “discriminação positiva” pode ocasionar atitudes que levam a estigmatizar e/ou segregar o grupo populacional alvo.

Hoje o CnaR é o principal dispositivo de atenção e cuidado em saúde destinado a essa população. É possível notar a potência transformadora que esse trabalho pode atingir, no sentido de ser capaz de reconhecer as diversas demandas existentes, realizar formação de vínculo, estar sensível às histórias e condições de vida individuais. O modo itinerante de trabalho permite às equipes a ampliação de suas competências e o desenvolvimento de novas ferramentas que possibilitam o cuidado do outro. Ao mesmo tempo essa estratégia não deixa de apresentar limites relacionados ao efetivo acesso à rede de atenção à saúde, na ação intersetorial e na deficiência da própria formação profissional para esse trabalho, entre outros.

A ideia de pontuar algumas experiências que fizeram parte da história das políticas públicas de saúde destinadas à população em situação de rua, da cidade de São Paulo, justifica-se pela “noção de que a história das práticas sociais relacionadas a um determinado campo de intervenções é de extrema importância para a compreensão das lutas e dos processos que constituíram esse mesmo campo” (PETUCO, 2015, p. 179).

Dessa maneira, fica o desejo de que este trabalho sirva de suporte e incentivo para as necessárias próximas pesquisas sobre o tema. Tema esse que desperta na sociedade e na opinião pública ora sentimentos de compaixão e preocupação ora de repressão, preconceito e indiferença. Pois é a pobreza (in) visível enraizada no concreto da selva urbana que expõe as contradições sociais de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, S.C. **Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua**. 2014. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC-SP, 2014.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório de rua no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; EPJN-Fiocruz, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direito à moradia adequada**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013.
- CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Soc**, São Paulo, v.7, n.2, p.47-62, 1998.
- CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em Região Metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde e Soc**, São Paulo, v.15, n.3, p.30-39, 2006.
- CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Soc**, São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.
- CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. (Editores). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: Educ, 2013. p.25-60.
- COSTA, D.L.R. **A rua em movimento-experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. 2007. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2007.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.
- LONDERO, M.F.P *et al.* Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, n.49, p.251-260, 2014.
- MAGALHÃES, J.A. **Articulações territoriais: uma cartografia da atenção à população em situação de rua**. 2015. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista. Assis: UNESP, 2015.
- MAUTNER, A.V. A sombra das cidades ou vivendo dos excessos. In: MAGALHÃES, M.C.R. (Editor). **Na sombra da cidade**. São Paulo: Editora Escuta, 1995. p. 45-80.
- NASPER – Núcleo de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua. **Protocolo do Nasper para ações de atenção à saúde para a população em situação de rua**. São Paulo: Coordenadoria de Saúde Sé; Subprefeitura da Sé, 2003.
- NERY FILHO, A. Prefácio. In: LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 15-19.
- PAIM, J.S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Soc**, São Paulo, v.15, n.2, p.34-46, 2006.

- PETUCO, D.R. Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Editores). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.
- REDE NOSSA SÃO PAULO. **Desigualdade em São Paulo**. São Paulo: Observatório Cidadão, 2015. Disponível em: <<http://nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/Mapa-Desigualdade-2015.pdf>> . Acesso em 12 de janeiro de 2018.
- SÃO PAULO (Município). Decreto n. 40.232, de 2 de janeiro de 2001, regulamenta a Lei nº 12.316/97, que dispõe sobre a obrigatoriedade em prestar atendimento à população em situação de rua e realizar censo dessa população. **Diário Oficial do Município**. São Paulo, 2001.
- SÃO PAULO (Município). Lei municipal n. 13.399, de 1 de agosto de 2002, institui as Subprefeituras na cidade de São Paulo. **Diário Oficial do Município**. São Paulo, 2002.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Documento Norteador dos Consultórios na Rua**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.
- SMADS; FIPE - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **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**. São Paulo: SMADS/FIPE, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%2015%20-%20OUT%2015.pdf> . Acesso em 11 de janeiro de 2018.
- SOUSA, M.F.; MENDES, A. (Orgs). **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- TRINO, T.A. *et al.* Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Editores). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-53.
- VARANDA, W.; ADORNO, R.C.F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Soc**, São Paulo, v.13, n.1, p.56-69, 2004.
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 531-562.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a trajetória do processo de organização da atenção à saúde para a população em situação de rua na cidade de São Paulo no contexto do SUS, período de 2000 a 2017, destacando alguns aspectos tecnoassistenciais. Para tanto, realizou-se pesquisa documental e revisão bibliográfica. A partir do final da década de 1990 é possível encontrar experiências de cuidado para a população em situação de rua, na região central do município, que tinham como estratégias diminuir as iniquidades de acesso aos serviços e ações em saúde, fortemente referenciadas no modelo Estratégia Saúde da Família. Em 2011, com a Política Nacional de Atenção Básica, surge o Consultório na Rua (CnaR), dando especificidade tecnoassistencial, sendo hoje o principal dispositivo de cuidado às pessoas em situação de rua. O CnaR tem se mostrado potente no enfrentamento das vulnerabilidades. Todavia, faz-se necessário avaliar o efetivo acesso e cuidado em saúde nas práticas do CnaR, contribuindo, desse modo, para a qualificação e consolidação do SUS.

Palavras-chaves: População em situação de rua; Cuidado em saúde; Políticas de saúde; Equidade

ABSTRACT

This article intends to analyze the development of health care within SUS aimed at homeless population, from 2000 to 2017 in São Paulo city. Some assistance technical aspects were emphasized. A documentary research and a bibliographical review were carried out. From 1990 onwards, it is possible to find care experiences aimed at homeless population which target were to decrease iniquities of access to health services, as indicated by Health Family Strategy model. In 2011, as part of National Politics of Basic Care, it was created Consultório na Rua (CnaR) a kind of clinic on the street which is nowadays the main care program aimed at homeless population. CnaR has shown to be a strong means to face vulnerabilities. However it is necessary to assess the actual health care and access to CnaR practices, a way to qualify and strengthen SUS.

Keywords: Homeless population; Health care; Health policies; Equity