

Universalidade e a acessibilidade ao SUS: o olhar sobre os jovens catadores de lixo em situação de rua de Brasília (DF)

The universality and accessibility to SUS (Brazilian Public Health System): a glance at the young and homeless 'garbage-diggers' at the Federal District

Regina Célia Paz da Silva Ramos¹, Andrea de Oliveira Gonçalves², Rodrigo de Souza Gonçalves³

¹Mestra em Administração pelo Centro Universitário Euro-Americano (UNIEURO) – Brasília (DF), Brasil. Assessora na Secretaria das Relações Institucionais – Brasília (DF), Brasil. reginappaz@gmail.com

²Doutora em Integração da América Latina pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora, Pesquisadora e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Gestão de Serviços Públicos de Saúde do Programa de Pós Graduação em Administração (PPGA) da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. andreagon@unb.br

³Doutor em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Professor do Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis UnB/Universidade Federal da Paraíba (UFPB)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Brasília (DF), Brasil. Professor permanente e Membro do Grupo de Pesquisa Gestão de Serviços Públicos de Saúde do Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UnB – Brasília (DF), Brasil. rgoncalves@unb.br

RESUMO Apesar da saúde no Brasil ser um direito constitucional, a população em situação de rua encontra grandes dificuldades de acesso a essa garantia. Tais dificuldades apresentam-se desde a falta de documentos para acessar os serviços públicos de saúde e muitas vezes pela falta de conhecimento para acessar os serviços. Este artigo apresenta uma análise sobre as condições de saúde e doença que levam Jovens Catadores de Lixo em Situação de Rua (JCLSR) a acionarem os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no Distrito Federal. Trata-se de estudo qualitativo, com a realização de entrevistas em profundidade e observação participante. Os resultados apontaram que os JCLSR acessam os serviços do SUS apenas em situações de emergência, e no tocante o Estado, os serviços prestados limitam-se em ensinar práticas higienistas, com objetivo de manutenção da ordem na capital do País.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde; Cobertura Universal; Sistema Único de Saúde; Brasil.

ABSTRACT *Even though health in Brazil is a constitutional right, it is difficult for the homeless population to access health services. These difficulties can include the lack of documents or even life conditions. This article presents a qualitative analysis of the lack of health conditions that make Young and Homeless 'Garbage-Diggers' (YHGD) search for the Brazilian Public Health System (SUS) in the Federal District. Data were collected on in-depth interviews and systematic observation. The results showed that the YHGD access SUS health services only for emergencies. Assessing the health system structure in the country, the services provided are limited to teaching good hygiene practices, aiming only the basic health maintenance in the country's capital.*

KEYWORDS: Health Services Accessibility; Universal Coverage; Unified Health System; Brazil.

Introdução

O surgimento do segmento da população em situação de rua está associado, no Brasil, ao acelerado processo de urbanização/industrialização que emergiu a partir dos anos de 1930, intensificado nos anos 1980. Esse fato faz com que a população brasileira tenha contato com um fenômeno social: pessoas morando nas ruas, especialmente nos grandes centros urbanos, quando, homens, mulheres e crianças passaram a ser ‘incorporados à paisagem’.

As razões para tal fenômeno são muitas e complexas, apresentando desde os problemas de saúde, desemprego, falta de moradia, falta de creches, falência do sistema educacional, violência, até alcoolismo. Apesar da Constituição Brasileira, no seu artigo 196 afirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), a população em situação de rua encontra grandes dificuldades para ver isso garantido. No que se refere aos dados acerca dessa população, segundo pesquisa do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, estima-se 25 mil pessoas vivendo nas ruas das grandes cidades brasileiras (BRASIL, 2008a). Desse total, 80% são homens entre 25 e 60 anos, sendo que cerca de 60% é de cor parda ou preta. No entanto, é fato a inexistência de dados censitários oficiais gerais e específicos sobre essa população que se encontra entre 15 e 25 anos.

O presente trabalho tem como tema central a Juventude em Situação de Rua, o acesso aos serviços de saúde e os programas para esse segmento no quadro do Sistema Único de Saúde (SUS). O recorte empírico foi delimitado em um grupo de jovens catadores de lixo em situação de rua de Brasília (DF), da Região Administrativa I (RA-I). Esse recorte teve como premissa a compreensão da gestão das políticas públicas atuais, no sentido de identificar processos que ratificam o acesso e a universalidade da política de saúde, como o exercício da cidadania.

Então, se do ponto de vista do setor Saúde, o direito à cidade em grande medida se confunde com o direito à saúde, entendida como qualidade de vida, ou seja, o acesso regular a condições dignas de moradia, trabalho, transporte, alimentação, educação, etc., e a ações integrais de saúde, a ausência desses determinantes desencadeiam problemas de saúde pública.

Como forma de analisar essas questões, este artigo descreve se a situação de vulnerabilidade social definidora da situação social dos Jovens Catadores de Lixo em Situação de Rua (JCLR) determina e/ou compromete a qualidade de acesso aos serviços do SUS. Trata-se de resultados de pesquisa exploratória com abordagem reflexiva (MELUCCI, 2005).

No seu conjunto, este artigo está organizado em três seções. A primeira — fundamentação teórica — traz uma síntese do processo político ao longo do qual foi estruturado o SUS brasileiro. Em seguida, são apresentadas políticas públicas, com foco no acesso e na universalização da saúde, bem como dois conceitos estruturantes: a juventude à luz da teoria das gerações e a questão da vulnerabilidade. A segunda seção do artigo apresenta o percurso metodológico que contempla a abordagem reflexiva enquanto metodologia qualitativa. E na terceira seção apresentam-se os resultados e discussões, bem como as conclusões do artigo.

Programas e Políticas Transversais de Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria GM/MS nº 648/de março de 2006, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual como coletivo. Objetiva a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O documento propõe para efetividade das ações, a necessidade de considerar as especificidades e particularidades que compõem a população brasileira. Pode-se afirmar que “é o contato preferencial dos usuários do sistema de saúde”. (BRASIL, 2006a, p. 10). Dessa forma, os princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação são pressupostos para a sua práxis, uma vez que, a política considera o sujeito/usuário em sua singularidade, na integralidade e na inserção socio-cultural, para, a partir daí, construir a promoção da saúde (BRASIL, 2006a). Para viabilizar suas ações, o Programa Saúde da Família é sua principal estratégia, na organização desses serviços.

Essa Política apresenta seis fundamentos: (1) possibilita o acesso universal; (2) efetiva a integralidade das ações em seus vários aspectos; (3) desenvolve relações de vínculos e responsabilidade entre as equipes e a

população adscrita garantindo continuísmo; (4) valoriza os profissionais com estímulos e acompanhamento de sua formação; (5) realiza avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; (6) estimula a participação popular e o controle social.

No que diz respeito à Política Nacional de Promoção da Saúde, esta foi implantada por meio da Portaria nº 687 de março de 2006, em consonância com as diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde nos seus componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmado nas três esferas de governo (BRASIL, 2006b). Dentre as macroprioridades do Pacto pela Vida estão o aprimoramento ao acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS com ênfase na estratégia Saúde da Família, a promoção de informações, a realização de atividade física, o controle do tabagismo e ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, e os cuidados especiais voltados para o envelhecimento. Todas essas medidas são estratégicas para ratificar a importância do SUS enquanto política pública.

Essas estratégias foram sistematizadas com objetivo de responder às demandas crescentes da sociedade brasileira, frente às mudanças desencadeadas com o processo de urbanização tardia¹, o qual provocou transformação na sociedade, na saúde e conseqüentemente nos problemas sanitários. Nesse contexto, nas últimas décadas, tornou-se mais importante

cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população (BRASIL, 2006b, p. 9).

Essa constatação comprovou que o processo saúde-adoecimento é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da organização da sociedade em determinado contexto histórico. Isso ocorre quando o acervo biomédico não consegue modificar os condicionantes nem os determinantes de saúde².

Então, essa política tem como objetivo geral

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2006b, p. 17).

No que concerne à Saúde do Adolescente e do Jovem, essa Política compete ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE), que articula diferentes programas de Saúde, no sentido de respaldar orientações para execução de ações nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

A Área Técnica em Saúde dos Adolescentes e Jovens tem como objetivo responder às demandas em saúde, na elaboração de ações, programas e políticas para essa população. Alguns dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) ratificam essa necessidade como, por exemplo, 23% dos partos realizados, em 2007, foram entre jovens de 15 e 19 anos; 19% de atendimentos por maus tratos foram de jovens entre 10 a 19 anos; segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), 80% de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), nos anos de 2000 a 2006, foram de adolescentes e de jovens. Procede, então, uma reflexão de Lamare (2009), no sentido de modificar o pensamento de que jovens são saudáveis e não precisam visitar os serviços de saúde.

Nesse contexto, o MS adotou a noção de vulnerabilidade para enfrentar as diversas situações de riscos que envolvem essa faixa etária. Na concepção do SUS, a vulnerabilidade significa

a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos econômicos e biológicos. (BRASIL, 2005, p. 9).

¹Urbanização tardia: refere-se ao processo de urbanização nos países subdesenvolvidos intensificados a partir do século XIX, produzindo alterações significativas na vida em sociedade (Brasil, 2006b).

²Determinantes sociais de saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou "as características sociais dentro das quais a vida transcorre" (Tarlov, 1996). TARLOV, A. Social determinants in health: the sociobiological translation. In: Blone, D.; Brunner, E.W. (orgs). *Health and Social Organization*. Londres, Routhledge, 1996. p. 11-43.

Essa definição confirma a concepção do homem plural, constituído na sua diversidade, especificidade e diferenças, que vai ao encontro com a universalidade do sujeito.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), reconhecidamente um instrumento de gestão, tem como princípios e diretrizes a reafirmação dos pressupostos da Constituição Federal (CF) quanto ao direito universal à saúde e responsabilidade do Estado, como: universalidade, equidade, integralidade e participação social, bem como promover a inclusão social de populações específicas, visando a equidade no exercício do direito à saúde (BRASIL, 2009a).

Por fim, a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e o Plano Operativo de Saúde é um dos resultados dos trabalhos realizados pelo Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), instituído por meio do Decreto nº 206/2006, publicado no Diário Oficial da União. Sua criação teve como principal objetivo elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua (BRASIL, 2008b). Ao utilizar a pesquisa intitulada Pesquisa Nacional Censitária e por Amostragem da População em situação de Rua Adulta³, partiu-se da premissa de que há tendências de maior concentração de pessoas em situação de rua nos Municípios mais populosos e nas capitais dos Estados. A pesquisa aconteceu em 71 municípios, sendo 23 capitais, que trouxe no seu bojo a possibilidade da construção de uma rede de proteção social efetiva e plena de direitos. Como resultado, foram identificadas 31.922 pessoas, maiores de 18 anos, em situação de rua, que somados às pesquisas já realizadas em Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP), Recife (PE) e Porto Alegre (RS), totalizou-se o número de 50 mil pessoas incluindo o Distrito Federal - DF. Então, a pesquisa apontou que 0,061% da população das cidades pesquisadas encontram-se em situação de rua no Brasil.

Atualmente, tanto a Política, como o Plano Operativo, encontram-se em fase de validação

institucional. Contudo, é bom lembrar que algumas ações estão em processo de implantação/implementação em diferentes Estados/Municípios do País.

O documento final da Política Nacional foi estruturado em três partes: a contextualização e caracterização da população em situação de rua, baseada na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua; seguida pelos Princípios e Diretrizes, pressupostos que irão nortear as ações; e a Agenda Mínima com as Ações Estratégicas, esta, sob a coordenação dos diferentes setores e ministérios envolvidos (BRASIL, 2008b). A Política tem como objetivo geral abarcar questões essenciais concernentes à parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de sua identidade (BRASIL, 2008b). De acordo com o documento, a relação com a rua ocorre

segundo parâmetros temporais e identitários diferenciados, vis-à-vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes (BRASIL, 2008b, p. 3).

Nela a condição de expulsão, desenraizamento e privação foi definida como ‘um trinômio da exclusão’, muito bem teorizado por Castel (1998). Então, na perspectiva de reversão das visões estigmatizadas da sociedade e do Estado, restringindo historicamente a intervenções assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de ‘higienização social’, é que o atual governo propôs a referida Política Nacional. Trata-se, portanto, do esforço contextualizado por estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração dessas pessoas a redes familiares e comunitárias, o acesso integral aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno (BRASIL, 2008b).

As estratégias operacionais, as ações, os princípios e as metas apresentadas na Política estão em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2008–2011, que garante os recursos. A partir do PPA 2008–2011, foi eleito como problema 1, a “dificuldade de acesso e exclusão social da população em situação de rua na

³Pesquisa Nacional Censitária e por Amostragem da População em Situação de Rua Adulta. Dos critérios definidos, a amostra apresentou: pessoas com 18 anos de idade completos ou mais, de 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população superior ou igual a 300.000 mil habitantes. A base de dados utilizada para essa seleção foi o DATASUS do ano de 2004.

atenção integral à saúde” (BRASIL, 2009b, p. 3). As metas apresentadas devem constituir ferramentas para o enfrentamento e superação das desigualdades de acesso dessas populações aos serviços do SUS. Segundo registro no documento, as metas apresentadas deverão ser atingidas em dois anos, e que as mesmas se articulam de forma a incidirem sobre os fatores condicionantes e determinantes das condições de saúde dessa população. Então, se as ações forem realizadas de forma intra e intersetorial com a transversalidade no desenvolvimento, poderão impactar afirmativamente na situação de saúde dessas populações (BRASIL, 2009b).

Juventude em situação de rua – privação social

No que se refere ao conceito de juventude, de acordo com as concepções de Abramo e Branco (2005), a juventude deve ser entendida como categoria social, desprovida de visões estereotipadas e romantizadas, que se torna ao mesmo tempo uma representação sociocultural e uma situação social. Caracteriza-se pela condição de protagonista; essa que vem eivada de sentido político, que reflete tensões criadas entre a ‘condição’ e a ‘situação’ em que vivem os jovens, o que traz a compreensão da pluralidade de conceitos de vivências das juventudes no plural, ao invés de juventude como conceito monolítico e único.

Rosa, Secco e Brêtas (2006), apresentam um estudo que ratifica a situação de precariedade de moradia da população em situação de rua, uma vez que, utilizam a rua como lugar de trabalho e moradia. De acordo com eles, os indivíduos que vivem cronicamente nas ruas ou em albergues, desenvolvem, nesses ambientes, todos os aspectos de sua vida cotidiana, estando sempre em estado de extrema pobreza, não identificando, dessa forma, uma moradia fixa.

Em um estudo apresentado no ano de 2008, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) analisa a juventude a partir de duas abordagens. A primeira delas trata-se de uma visão do jovem a partir dos ‘problemas’ típicos dos jovens, como a delinquência, o comportamento de risco frente ao espaço físico e a drogadição, o que demandaria da sociedade atual, ações de enfrentamento, contextualizada com a inserção da juventude como categoria sociológica específica. Dessa forma,

impõe a identificação dos jovens como grupo prioritário sobre o qual deveriam recair as ações de controle social, promovidos pela sociedade e pelo poder público (IPEA, 2008).

A outra abordagem refere-se à juventude como fase transitória, exigindo esforços no sentido de condução para a vida adulta com a socialização, onde a escola, a experimentação afetivo-sexual, a entrada no mercado de trabalho, a constituição do domicílio próprio, o casamento e a paternidade consolidariam a entrada no mundo adulto, cuja marca seria a estabilidade.

Porém, é importante salientar que essa estabilidade não é uma marca identificada na contemporaneidade, muito menos nos sujeitos da presente pesquisa. Portanto, o que aproxima os JCLSR são os problemas. Isso remete, mais uma vez, às reflexões de Mannheim, para ele, o que define as gerações são os problemas em que esses sujeitos encontram-se inseridos, e não a sua idade cronológica.

No contexto da realidade dos JCLSR, a ‘desordem social’ na qual estão inseridos, deve-se primeiro aos problemas estruturais da sociedade capitalista, problemas esses encarnados no corpo do Estado brasileiro, na maioria das vezes pela ausência de condições de cidadania, tais como moradia, escola, saúde, lazer, emprego. Muitas vezes, o único vínculo que os mantém presos ao sistema organizado é o trabalho de catação de lixo.

Esse é o contexto que deve ser considerado ao buscar entendimento do pensar e agir dos JCLSR em relação ao acesso aos serviços do SUS, uma vez que a população de rua vive em situação de iniquidade em relação à população em geral, no que se refere à situação de privação de direitos.

Operacionalização da pesquisa

Para realização do estudo, optou-se por um método qualitativo com abordagem reflexiva de acordo com Bourdieu (1989) e Melucci (2005). Tratou-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva. Além da literatura que trata do tema, a pesquisa de campo foi subsidiada pelos documentos: Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Promoção da Saúde; Saúde do Adolescente e Jovem; Política Nacional de Gestão Participativa; Política Nacional

para a Inclusão Social das Populações em Situação de Rua (PNAIPSR); e o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para a População em Situação de Rua. A sistematização dos documentos, realizada por meio de análise documental possibilitou a comparação das políticas públicas. A comparação das políticas públicas de saúde foi agrupada em três dimensões, sejam elas acerca da (1) Transversalidade e Intersetorialidade; (2) Obstáculos da Universalidade; (3) Avanços da Universalidade.

Além da pesquisa documental, o estudo combinou o uso de outras técnicas. A primeira das técnicas foi a observação sistemática, devido o contato direto que se teve com o cotidiano dos JCLSR, objetivando registrar o cotidiano dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista. O período de observação compreendeu entre os meses de agosto a novembro de 2009. Nesse sentido, Goldenberg (1997) diz que a observação direta apresenta uma vantagem metodológica que permite um acompanhamento mais prolongado e minucioso das situações. A observação procurou se pautar nos descritores (1) modo vida; (2) trabalho; (3) saúde e (4) doença.

A outra técnica utilizada foi a entrevista em profundidade, realizada com seis jovens e quatro técnicos, sendo do MS e da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF). O primeiro critério de inclusão dos participantes na pesquisa se deu a partir da observação da frequência dos jovens ao longo do Eixo Monumental e adjacências, sempre pela manhã. Os mesmos foram convidados a participar da pesquisa por meio da técnica «bola-de-neve» (*snowball technique*), cuja amostra limitou-se em seis entrevistados e foi constituída de modo intencional, por meio de referências feitas por pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa (BIERNACKI; WALDORF, 1981). Chegou-se a esse número por constatar que a continuidade resultaria em informações repetidas (*theoretical saturation*)⁴. Os técnicos do MS e da SES/DF foram escolhidos por se tratar de atores estratégicos que atuam diretamente com questões relacionadas à população de rua. O

roteiro das entrevistas foi definido a partir dos principais resultados da pesquisa sobre a população de rua realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social – MDS (BRASIL, 2008b), com os seguintes temas: perfil sociodemográfico; origem; modo de vida; rotina de higiene pessoal; condições de saúde; universalidade do SUS (artigo 196 da Constituição Federal, saúde direito de todos), dever do Estado; acesso a serviços de saúde. As entrevistas com os jovens duraram cerca de 90 min e com os técnicos cerca de 60 min.

Os dados da pesquisa foram analisados a partir dos princípios da análise de conteúdo (GRAWITZ, 1975) na perspectiva reflexiva (BOURDIEU, 1989; MELUCCI, 2005). Autores (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998; GRAWITZ, 1975) colocam que há duas categorias de análise de conteúdo: os métodos quantitativos e os métodos qualitativos. Os últimos são mais intensivos. Objetivam a análise de um pequeno número de informações de base, a presença ou a ausência de uma característica, ou o modo segundo o qual os elementos do discurso estão articulados uns com os outros.

Resultados

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua no Brasil, organizada pelo MDS, em 2008, a população de rua é predominantemente masculina, está numa faixa etária entre 25 a 44 anos, se declara de cor parda (39,1%) e 52% dessa população recebe entre 20 e 80 reais por mês. Trata-se de uma população que não sabe ler e escrever (15%) e que nunca estudou (17%). Cerca de 69% dessa população dorme nas ruas e 35% está nas ruas por conta do alcoolismo ou o uso de drogas. A pesquisa também destaca que 48,6% é portadora de vírus da imunodeficiência humana (HIV)/AIDS e somente procuram os hospitais em caso de emergência (43,8%). O resultado também revela que 88,5% não acessa nenhum programa governamental.

Os resultados dos documentos analisados — Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional

⁴A expressão foi utilizada pela primeira vez no trabalho de GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

de Promoção da Saúde; Saúde do Adolescente e Jovem (documentos diversos); Política Nacional de Gestão Participativa; Política Nacional para a Inclusão Social das Populações em Situação de Rua (PNAIPSR); e o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para a População em Situação de Rua — sugerem que todas as políticas apresentam características de transversalidade e intersectorialidade, mais destacado para a intersectorialidade, ou seja, há a necessidade de outros setores além do MS para a implementação de programas.

No que tange aos Obstáculos da Universalidade, o maior destaque deve-se à falta de junção do orçamento, dado que inúmeros programas e projetos são apenas tangenciados pelo MS, mas dependem de articulação com outros setores para serem implementados. No tocante aos avanços da universalidade, os resultados sugerem que a participação popular se apresenta por meio da realização de oficinas, seminários e encontros. A síntese dos resultados está demonstrada no Quadro 1.

Os resultados da observação apontaram que a população de rua em Brasília é geralmente de origem nordestina, no qual os jovens catadores vieram com os pais,

e que em sua maioria, são também catadores de materiais recicláveis. A cidade de Brasília abriga três grupos sociais em situação de rua (PEREIRA, 2008). O primeiro é composto por pessoas ou famílias que residem nas cidades satélites, no Entorno do Distrito Federal ou de estados vizinhos. Essa população monta barracos nas ruas da cidade com intuito de receber doações. O segundo grupo é constituído de populações residentes fora do Plano Piloto, mas que vêm a Brasília para trabalhar ou conseguir outro meio de sustento. Finalmente, o terceiro grupo é composto de pessoas que vivem e trabalham nas ruas do Plano Piloto de Brasília.

Esse é o contexto dos catadores de lixo; como precisam, eles moram em Brasília para a coleta e a comercialização do material reciclável. Nessa perspectiva, procuram instalar seus barracos longe das vistas dos transeuntes e, principalmente, do Governo, mas nas proximidades do local onde esse material é encontrado, ou seja, na Esplanada dos Ministérios. Os jovens carregam grandes quantidades de materiais recicláveis, usam tanto a tração humana em carroças por eles construídas ou adaptadas para esse fim,

Quadro 1. **Categorização da Universalidade nas Políticas Públicas de Saúde, no âmbito do Governo Federal, Brasil**

Política Pública	Características da Política Pública	Obstáculos para a Universalidade	Conquistas para a Universalidade
Atenção Básica	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Ampliação da cobertura no Programa Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde Participação Popular
Promoção da Saúde	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Oficinas e Seminários de capacitação
ParticipaSUS	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Participação Popular Portaria instituída Comitês Técnicos Oficinas, Seminários e Encontros
PNISPSR	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Participação Popular Portaria instituída Comitês Técnicos Oficinas, Seminários e Encontros
Plano Operativo em Saúde para População em situação de Rua	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Participação Popular Portaria instituída Comitês Técnicos Oficinas, Seminários e Encontros

PNISPSR: Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.

ou em carroças de tração animal. Entre o processo de segregação do material até a comercialização do material em pequenas cooperativas, os jovens não usam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou Equipamento de Proteção Coletiva (EPC).

Quanto ao uso dos equipamentos, observou-se que apesar de muitos terem conhecimento, os mesmos não reconhecem a necessidade do uso. No local onde vivem, os espaços invadidos para tal fim, não possuem qualquer tipo de infraestrutura e saneamento básico, apresentando insalubridade em toda parte.

Os resultados das entrevistas em profundidade apontaram que os JCLSR vivem em barracos de lona, muitas vezes próximo ao fogão improvisado, sem constrangimento, transitam ratos. Afirmam ter se acostumado: “eles já acostumaram com a gente e a gente com eles” (entrevistada 5). Ao tratar do tema ‘doença’ de modo geral, eles afirmam que não existem doenças, pois a fala confirma que “não nunca, ninguém teve nada, nadinha, mesmo! [...] a gente não mexe com eles e, eles não mexe com a gente, eles ficam com o nosso resto”. Outra constatação refere-se aos hábitos de organização, de higiene pessoal e coletiva que são comprometidos. Esse contexto se confirma na fala da entrevistada 4, respondendo sobre o local e destino que dão para os descartes oriundos de suas necessidades fisiológicas:

Olha, a gente faz no mato mesmo, por ai! O papel a gente joga no mato mesmo! Quando a gente está menstruada, é mais ruim, mas, também a gente joga no mato. A gente joga tudo no mato. Eles não pega não, o pessoal que recolhe o lixo, não pega, então agente não junta não!”

No que diz respeito ao acesso dos serviços de saúde, na fala dos entrevistados foi possível identificar que tomam regularmente a vacina contra tétano e que só procuram algum Posto de Saúde em caso de emergência, por se considerarem pessoas saudáveis. Entende-se aqui que a concepção de saúde para eles é a ausência da doença, e não a promoção da saúde.

Na visão dos técnicos governamentais, percebe-se que ao longo do processo de construção da Política Nacional de Inclusão Social para as Populações em

Situação de Rua, as possibilidades de implementação de práticas que promovessem o novo conceito de saúde praticamente inexistem. Fato esse confirmado por ações com características assistencialistas. No entanto, a conquista que se deu a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, trouxe uma nova concepção da saúde, enquanto noção transformadora, onde deve ser sustentada por ações de promoção da saúde e não apenas da cura de doenças. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde registra que a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

O MS reconhece a inexistência de ações pontuais e específicas para essa população e justifica a necessidade de ações transversais, com a participação de diferentes áreas do MS e articulação conjunta com outros ministérios. A exemplo disso destaca-se o programa Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/AIDS, que é desenvolvido em parceria com Universidades e Fundações para que ocorra a disseminação de informações sobre prevenção e tratamento. Outra constatação do MS refere-se à inexistência de pesquisas com esse recorte etário e em situação de rua, dado que dados censitários são elementos essenciais para propor ações concretas de políticas públicas. A realidade não coincide com os debates ocorridos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal. Ainda assim, um acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Na visão da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, os dados permitiram identificar que além da SES/DF, outras instâncias apresentam ações, ainda que incipientes, voltadas para a população em situação de rua. A exemplo disso, destaca-se a criação do Núcleo Especializado de Abordagem Social em Espaços

Público (NUASO), criado em 2009. Este Núcleo tem sua atuação sustentada no artigo 23 da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993) — incluído pela Lei 11.258, de 2005 — que prevê a construção de programas de amparo às pessoas que vivem em situação de rua. Na operacionalização das ações, encontra-se o Manual Operacional de Registro de Informações sobre População em Situação de Rua, cujo objetivo é orientar a produção de um banco de dados de registros de informações, de indicadores e índices territorializados acerca da população em situação de rua no Distrito Federal.

Os resultados da pesquisa apontam que essa ação responde uma primeira demanda, na medida em que a mesma produziu dados concretos acerca dessa população, abordou o perfil socioeconômico, bem como as situações de vulnerabilidade vividas por ela. Foram geradas informações essenciais para formulação e avaliação de políticas públicas voltadas para essa população, bem como as demais políticas de assistência social e políticas públicas conexas. Trata-se, portanto, do ‘marco zero’, para daí arrolar outras ações.

Conclusões

O artigo apresentou uma análise sobre as condições de saúde e doença que levam JCLSR a acionarem os serviços de saúde do SUS, no Distrito Federal, com o recorte acerca da universalidade e acessibilidade do Sistema. Para realização deste estudo optou-se por um método qualitativo com abordagem reflexiva (BOURDIEU, 1989; MELUCCI, 2005).

Do contexto analisado, reitera-se que o fator relevante que orienta e unifica os jovens entre 15 aos 25 anos de idade, não é a idade cronológica, nem mesmo a sua estrutura biológica, mas sim a situação social e geracional em que estão inseridos. No interior desse grupo social percebeu-se um elemento central, quicá estruturante da condição desses jovens, a ausência de possibilidade de usufruto da juventude. Constatou-se a presença de trabalho braçal com longas jornadas de duração e sem remuneração adequada, que na maioria das vezes, em condições precarizadas e vulneráveis, expondo-os a morbidade.

Comprova-se a existência de lacunas de pesquisas censitárias de abrangência nacional com recorte etário jovem, incluindo a condição de situação de rua, e de catação de lixo.

Por outro lado, pode-se afirmar que os objetivos aqui pesquisados foram alcançados, ou seja, foram identificadas Políticas Públicas voltadas para a promoção da saúde, não apenas para a cura da doença. Fato comprovado pela genialidade e presença da transversalidade das proposições intra e transeitoriais, como, por exemplo, do ParticipaSUS dialogando ações com a PNAIPSR, concretizado com a elaboração do Plano Operativo de Saúde para as Populações em Situação de Rua.

Constatou-se o reconhecimento dessa demanda, por parte dos Governos Federal e do Governo do Distrito Federal, porém, no que tange a ações concretas, observou-se ainda traços considerados assistencialistas e, muitas vezes, com práticas higienistas, com objetivo de manutenção da ordem do espaço instituído de Brasília.

Diante da análise das falas dos entrevistados, verifica-se que os mesmos acessam os serviços do SUS apenas em situações de emergência, dado que se consideram pessoas saudáveis, e, principalmente, veem o SUS como um espaço apenas para a solução de enfermidades e não para a promoção da saúde.

Por fim, a proposição apresentada como hipótese norteadora é corroborada, uma vez que, a situação de vulnerabilidade social, definidora da situação social dos JCLSR determina a qualidade de acesso aos serviços do SUS, na medida em que o acesso se dá à luz da medicina assistencialista e curativa.

Então, considerando-se que o acesso ao SUS pelos jovens é somente em circunstância de cura imediata de uma enfermidade, pode-se afirmar que eles têm esses serviços ofertados. Observa-se um contrassenso para o pressuposto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que considera o SUS uma de suas ações concretas na busca da promoção da saúde.

Enquanto a práxis de saúde, na concepção do MRSB deveria caminhar em direção ao novo paradigma de saúde, quer seja o da promoção da saúde e não apenas a cura da doença. O que se vê, no entanto, diante dos resultados da pesquisa é uma situação adversa, o que confirma ser a Reforma Sanitária ainda um processo em evolução e premente. ■

Referências

- ABRAMO, H.; BRANCO, P.P.M. (Orgs). Condição juvenil no Brasil contemporâneo. *Retratos da Juventude Brasileira*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Instituto Cidadania, 2005.
- BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research*, v. 10, n. 2, 1981, p. 141-163.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: saúde, um direito de adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 68p. (Série E, Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde v. 4, 2006).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Sumário Executivo Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. MDS/Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Abril de 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 44p. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Documento de degravação/transcrição da II Oficina de promoção da equidade em saúde: construindo o plano operativo (2009/2010) em saúde para a população em situação de rua*. Documento oficial não-publicado. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Atenção Integral para as Populações em Situação de Rua*. Documento para Consulta Pública. Brasília, DF, Agosto de 2008b.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- GOLDENBERG, M. *A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GRAWITZ, M. *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Hispano Europa, 1975.
- INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). Políticas Sociais – acompanhamento e análise. *Política social e desenvolvimento a Juventude em foco*. 2008.
- LAMARE, T. *Registro de fala*. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 mar. 2009.
- MELUCCI, A. *Por uma sociologia reflexiva*. Pesquisa qualitativa e Cultura. Petrópolis: Vozes, 2005.
- PEREIRA, C.P. *Rua sem saída – Um estudo de caso entre o Estado e a População de Rua de Brasília* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- ROSA, A.S.; SECCO, M.G.; BRÊTAS, A.C.P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 3, maio/jun.; Brasília, Distrito Federal, 2006, p. 331-336.
- TARLOV, A. Social determinants in health: the sociobiological translation. In: BLONE, D.; BRUNNER, E.W. (Orgs). *Health and social organization*. Londres: Routhledge, 1996. p. 11-14.
-
- Recebido para publicação em Setembro/2011
Versão definitiva em Maio/2012
Conflito de interesses: Não houve
Suporte financeiro: Inexistente