

Direitos Humanos à saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua
Human Rights to health from the perspective of homeless people
Derechos Humanos a la salud desde la perspectiva de las personas en situación de calle

Recebido: 17/07/2020 | Revisado: 21/07/2020 | Aceito: 29/07/2020 | Publicado: 10/08/2020

Alexandra Rozado Pedron

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0427-4482>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: apedron4@gmail.com

Agnes Olschowsky

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1386-8477>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: agnes@enf.ufrgs.br

Aline Basso da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6711-4553>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: aline_basso@hotmail.com

Fabiane Machado Pavani

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3858-8036>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: fabianepavani04@gmail.com

Lenon Goulart de Vargas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3727-4203>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: lenongoulart@hotmail.com

Caroline Ew Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6367-813X>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: ewcaroline.cef@gmail.com

Resumo

Objetivo: conhecer as percepções das pessoas em situação de rua sobre seus direitos humanos à saúde. Método: estudo qualitativo, exploratório-descritivo. As informações foram obtidas

nos anos 2015 e 2016, mediante observação participante, com registro em diário de campo, e entrevistas semiestruturadas com quatro interlocutores-privilegiados. As análises foram realizadas conforme os passos da análise temática, sendo identificados 3 eixos temáticos: percepções sobre os direitos humanos à saúde e sociedade; percepções sobre direitos humanos à saúde e políticas públicas; e percepções sobre direitos humanos à saúde e estigmas sociais. Resultados: existe uma invisibilidade dos direitos das pessoas em situação de rua, não sendo reconhecidas como sujeitos de direito e em relação à saúde, que está diretamente ligada à participação ativa nos movimentos sociais para conhecer as prerrogativas dessa população. Nesse sentido, as políticas públicas são construídas e descontextualizadas em relação às inúmeras demandas das pessoas em situação de rua, devendo o estado e a sociedade garantir a elas condições vida digna e enfrentamento da exclusão e da invisibilidade dessa situação. Nesse aspecto, a burocracia aparece como algo ineficaz no que diz respeito a possibilitar uma vida mais digna, o acesso à saúde e aos direitos. Ademais, o estigma e o preconceito dirigidos às pessoas em situação de rua surge naturalizado, como se se tratasse de um grupo errado socialmente, o que contribui para o não reconhecimento de que são pessoas de direitos. Considerações finais: conclui-se que, para pensar a saúde, é necessário entender suas relações com os direitos humanos, ampliando o olhar sobre cidadania, sociedade, sistema de saúde, assistência social, bem como em relação às imagens da população em situação de rua e a seus estigmas sociais.

Palavras-chave: Direitos humanos; Pessoas em situação de rua; Saúde mental.

Abstract

Objective: to know the perceptions of homeless people about their human rights to health. Method: qualitative, exploratory-descriptive study conducted during 2015 and 2016 through participant observation, registered on a field diary, and semi-structured interviews with four privileged interlocutors. The analyzes were carried out according to the steps of the thematic analysis, three main themes were identified: the perceptions about human rights to health and society; the perceptions about human rights to health and public policies and the perceptions about human rights to health and social stigmas. Results: There is an invisibility of the rights of homeless people, they are not recognized as subjects of law and health. Also, it was observed directly linked to need active participation in social movements to know their rights. Public policies are constructed out of context of the countless demands from homeless people, and the state and society must guarantee the right to a dignified life, facing the exclusion and invisibility of this situation. Bureaucracy appears to be ineffective in enabling a

more dignified life, access to health and rights guarantee. The stigma and judgement of homeless people appears naturalized, that is being someone socially wrong, which contributes to the lack of recognition as a subject of rights. Conclusions: in order to think about health, there is indeed to understand its relations with human rights, expanding its view on citizenship, society, health system, social assistance, the images of the homeless population and their social stigmas.

Keywords: Human rights; Homeless people; Mental health.

Resumen

Objetivo: conocer las percepciones de las personas en situación de calle sobre sus derechos humanos a la salud. Método: estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo. La información se obtuvo en los años 2015 y 2016 mediante observación participante, registrada en un diario de campo y entrevistas semiestructuradas con cuatro interlocutores privilegiados. Los análisis se llevaron a cabo de acuerdo con los pasos del análisis temático, con 3 ejes temáticos identificados: percepciones sobre los derechos humanos a la salud y la sociedad; percepciones sobre derechos humanos a la salud y políticas públicas y percepciones sobre derechos humanos a la salud y estigmas sociales. Resultados: Existe una invisibilidad de los derechos de las personas que viven en las calles, no ser reconocidos como sujetos de derecho y salud está directamente relacionado con la participación activa en los movimientos sociales para conocer sus derechos. Las políticas públicas se construyen fuera del contexto de las innumerables demandas de las personas en situación de calle, y el estado y la sociedad deben garantizar el derecho a una vida digna, frente a la exclusión e invisibilidad de esta situación. La burocracia parece ser ineficaz para permitir una vida más digna, acceso a la salud y garantía de derechos. El estigma y el prejuicio de las personas en la calle parece naturalizado, siendo alguien socialmente equivocado, lo que contribuye a la falta de reconocimiento como persona con derechos. Consideraciones finales: Se concluye que para pensar en salud, es necesario comprender sus relaciones con los derechos humanos, expandiendo su visión sobre ciudadanía, sociedad, sistema de salud, asistencia social, las imágenes de la población sin hogar y sus estigmas sociales.

Palavras chave: Derechos humanos; Gente sin hogar; Salud mental.

1. Introdução

Um Estado cujos cidadãos não têm suas liberdades básicas garantidas é um Estado

arbitrário e, evidentemente, arbitrariedades reverberam desrespeito ao ser humano. Por isso, os Estados Democráticos proclamam a dignidade humana, prevendo os chamados "direitos fundamentais", justamente com a finalidade de permitir às pessoas o pleno desenvolvimento de suas vidas e potencialidades. Nesse sentido, o Estado Brasileiro – por meio da Constituição Federal (CF) de 1988 – adotou, como um de seus fundamentos, a dignidade humana, contemplando, dentre outros fatores, os direitos à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à educação e de acesso à cultura.

Em essência, os direitos humanos e os direitos fundamentais distinguem-se devido ao plano de positivação: os primeiros encontram-se positivados em documentos internacionais; os últimos, no ordenamento jurídico interno (no Brasil, a CF/1988). Esses direitos, muitas vezes, encontram correspondências, a exemplo do próprio direito à saúde, o qual encontra previsão não somente na Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 (CADH - "Pacto de San José da Costa Rica"), como também na CF/1988, tendo esta – muito em razão disso – ficado conhecida como Constituição Cidadã (Brasil, 1988; OEA, 1969).

Ressalta-se, entretanto, a diferença existente entre direitos e garantias. Se, por um lado, os primeiros dizem respeito a bens em si, por outro, as garantias materializam bens de caráter instrumental (Bonavides, 2005). Ora, mais do que prever direitos, é imprescindível que o cidadão encontre formas de concretizá-los na prática, o que justifica a necessidade das referidas garantias. Como exemplo disso: a inviolabilidade de domicílio trata-se de uma garantia que visa proteger o direito à privacidade das pessoas.

Nessa toada, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), os direitos humanos são considerados universais, ou seja, destinam-se a todas as pessoas, sem discriminação de etnia, de sexo, de opção religiosa. Porém, a realidade atual torna inevitável o seguinte questionamento: o direito fundamental e humano à saúde é realmente garantido a todos indiscriminadamente? Diante disso, impõe-se a reflexão não somente a respeito da efetiva garantia do direito à saúde às pessoas em situação de rua, mas, igualmente, a respeito da amplitude do direito em questão, o qual foi ressignificado ao longo do tempo e da história.

Levando isso em consideração, o direito à saúde tem se configurado como direito humano e social da população, resultado multifatorial de bem estar físico, mental e social, não se tratando apenas de ausência de doença. Nesse sentido, é importante frisar que possuir uma boa saúde é um direito de todo ser humano, independentemente de cor, religião ou condição social. Ademais, a Declaração Universal dos Direitos Humanos aborda a importância da prevenção ao sofrimento humano e considera que a dignidade humana inclui ter direito a saúde, bem-estar, alimentação, habitação, cuidados médicos e serviços sociais (ONU, 1948;

Lamy, Roldan & Hahn, 2018).

No Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, sendo uma das principais conquistas a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, as condições ao pleno exercício da saúde como direito fundamental são reafirmadas, com a promoção do acesso aos níveis de atenção em saúde e à justiça social, através do trabalho com as diversidades e necessidades particulares dos sujeitos e grupos sociais (Brasil, 1988; Lamy et al., 2018).

No entanto, alguns grupos em condições de vulnerabilidade, como as pessoas em situação de rua, sofrem constantemente com ameaças ao usufruto de seus direitos de cidadãos e em relação ao acesso à saúde (Hino, Santos & Rosa, 2018). Isso pode ser evidenciado pelo aumento de pessoas em situação de rua: em 2015, no Brasil, cerca de 100 mil indivíduos estavam na rua, habitando espaços urbanos, em condições sanitárias e sociais degradantes, expostas à falta de alimentação, de higiene e de vestuário adequados, além de sofrerem com a dificuldade de acesso à saúde e à assistência social, bem como com o desemprego e a fragilização de laços familiares e sociais (Natalino, 2016).

Em relação aos direitos desse grupo, entende-se como avanços a criação da Política Nacional da População em situação de rua em 2009, que sensibiliza e orienta o acesso e o atendimento integral dessa população, considerando profissionais e serviços de saúde, educação, economia, setores jurídico e cultural, entre outros (Brasil, 2009).

Por outro lado, apesar de existirem serviços de referência para essa população – como Consultório na Rua, os Centros de Referência em Assistência Social, algumas ONG e a estratégia de Redução de Danos –, ainda são observados desafios no que tange às perspectivas de cuidado em saúde que compreendam seus modos de vida e que trabalhem com suas complexidades. Também observa-se a persistência de mau atendimento e do estigma que alguns profissionais atribuem a essas pessoas, os quais se relacionam à aparência delas muitas vezes (por estarem sujas, apresentarem odores fortes, utilizarem drogas ou mesmo por estarem mal vestidas). Essas situações acabam limitando a procura da rede institucional de serviços de saúde por parte das pessoas em situação de rua, ocorrendo somente em casos de emergência. Sendo assim, o cuidado em saúde fica responsável pelos amigos da rua ou mesmo pela própria morte, por ser a elas impossibilitados o acesso aos direitos, à dignidade humana e ao respeito à vida (Silva, 2018).

Tendo em vista essa contradição dos direitos à vida e à saúde, direitos humanos fundamentais necessários a toda a população, bem como reconhecendo que alguns grupos

estão em maior vulnerabilidade, entende-se como objetivo deste artigo conhecer as percepções das pessoas em situação de rua sobre seus direitos humanos à saúde. Ressalte-se que a importância do presente estudo está na visibilidade da temática abordada e também no fortalecimento da atenção em saúde e das políticas públicas voltadas à população em situação de rua.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que tem como principal foco o processo de relações entre pesquisadores e sujeitos, a fim de buscar o “significado” que as pessoas dão às coisas e a sua existência, incorporando seus contextos sociais (Pereira, Shitsuka D. M., Parreira & Shitsuka R., 2018).

No âmbito da pesquisa qualitativa, esta se baseou na orientação exploratória-descritiva, que possibilita desvelar as interpretações humanas acerca de sua vivência e os processos multifatoriais dos fenômenos (Pereira et al., 2018; Minayo, 2010). Sendo assim, este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “Narrativas de cuidado de ‘usuários de drogas’: um estudo etnográfico na rua e suas territorialidades”, que ocorreu durante os anos de 2015 e 2017 na cidade de Porto Alegre, o qual teve como objetivo geral analisar como o usuário de drogas vivencia a rua enquanto um território de cuidado (Silva, 2018).

A cidade de Porto Alegre possui cerca de 1.347 pessoas em situação de rua. Entre essas, há o registro de 1.081, no cadastro único de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, e 881 recebem bolsa família, o que pressupõe que somente algumas têm acesso às políticas públicas (UFRGS, 2016). Por isso, os cenários escolhidos para produção de dados foram os espaços urbanos da cidade, como praças, viadutos, redes institucionais de atendimento à população, localizados nos bairros centrais da capital, nos quais foi possível encontrar os participantes da pesquisa e aproximar-se deles, os quais aqui se denominam interlocutores-privilegiados.

Por interlocutor-privilegiado, entende-se o participante da pesquisa que se inscreve na posição de sujeito ativo em todo o processo dinâmico de diálogo e de troca de ideias e de conhecimentos com o pesquisador condutor (Silva, 2018). Nesse sentido, ressalta-se que a pesquisa só foi possível mediante o apoio do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), que auxiliou o estabelecimento da interlocução com as pessoas em situação de rua.

Os critérios de inclusão e de exclusão dos participantes foram: pessoas com vivência de moradia na rua (pelo menos um ano), maiores de idade e que utilizavam ou que já tinha

utilizado drogas.

O material empírico deste trabalho foi retirado das observações registradas no diário de campo e das narrativas dos interlocutores-privilegiados, reproduzidas nas entrevistas, que enfatizavam o tema direitos humanos à saúde, identificada como uma importante reivindicação dos interlocutores-privilegiados. Isso justifica a realização deste subprojeto de pesquisa.

Com relação à observação participante, foi realizada em todos os encontros com os interlocutores-privilegiados, norteando a entrada, as observações e as vivências diante das interações grupais. Cada ida ao campo foi registrada detalhadamente, o que permitiu a sistematização das observações de campo, dando visibilidade à dinâmica de trocas coletivas e aos espaços territoriais vividos (Minayo, 2010).

No que se refere à entrevista semiestruturada, essa teve por norte um questionamento inicial: “Conte-me sobre sua história de vida”. Desse modo, a partir das falas do interlocutor, eram inseridos questionamentos que tivessem como foco o objeto da pesquisa: uso de drogas, relações, território, modos de vida e cuidado. Todas as entrevistas individuais foram gravadas, sendo realizadas após ter sido estabelecido um vínculo entre pesquisador e interlocutor (Silva, 2018).

Considerando esses aspectos, para este artigo, as informações foram analisadas conforme a proposta de Minayo (2010) de análise temática através das três etapas: ordenação de dados, classificação dos dados e análise final. A primeira etapa consistiu no mapeamento do material, a fim de obter-se uma visão geral dos dados coletados. Na segunda etapa, houve leitura exaustiva e repetida dos dados, o que subsidiou sua classificação em temáticas conforme os relatos dos sujeitos, com a identificação das ideias centrais. Essa classificação teve como foco o olhar exploratório-descritivo sobre o tema dos direitos humanos à saúde na perspectiva da população estudada. Já a terceira etapa consistiu no estabelecimento das discussões entre os dados obtidos e a literatura científica clássica e atual da área.

Os aspectos éticos foram respeitados, seguindo as Portarias nº 466 e 510, tendo sido a pesquisa etnográfica aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer nº 1.802.718; em acréscimo, este subprojeto utilizou o Termo de Utilização de Dados de Pesquisa e teve seu registro na Comissão de Pesquisa da instituição de ensino à qual estava vinculada, sob protocolo nº 36988. Além disso, para preservar o anonimato dos interlocutores-privilegiados, esses foram identificados com a letra “T”, de interlocutor, seguido pelo número da entrevista (1-4).

3. Resultados

Identificaram-se três eixos temáticos sobre as percepções das pessoas em situação de rua em relação ao direito humano à saúde, os quais constituem interfaces entre o direito humano à saúde com a sociedade, com as políticas públicas e com os estigmas sociais.

Percepções sobre os direitos humanos à saúde e a sociedade: nessa categoria, são trazidos relatos da invisibilidade dos direitos das pessoas em situação de rua pela população em geral, bem como os sentimentos que isso acarreta nas vivências dessas.

Os interlocutores-privilegiados da pesquisa refletem suas percepções sobre direitos humanos à saúde, relacionando-o a serem cidadãos de uma sociedade, a qual, na maioria das vezes, não os reconhece como sujeitos de direito, bem como não entende suas realidades sociais. Além disso, segundo os participantes, a saúde está diretamente ligada à participação ativa nos movimentos sociais, seja para conhecerem os direitos que possuem seja para compartilharem o próprio conhecimento.

A sociedade não sabe que aquele camarada que está na calçada tem um montão de direitos que nem ele sabe. É importante pra mim saber que eu tenho direitos, poder compartilhar com outras pessoas que estão na mesma situação que eu. (I1)

O cuidado ele não só da saúde, como ela vai cuidar da saúde se não tem o que comer, tem que ir por esse lado também. A pessoa tem que se organizar, o que vai comer, vestir, onde vai guardar as coisas, isso a pessoa da rua planeja. O autocuidado acaba ficando para o segundo plano. Até porque as equipes governamentais são mínimas e não dão conta. Não tem investimento, só vão lá para falar bonito. A equipe às vezes se tu vais pedir para ver a família, uma carona, não tem vale transporte (I3)

Eu não sabia o que que era tão bom o movimento da população de rua... E a única vez que a gente tinha voz contra a sociedade, não é contra, mas rebater o que eles fazem com a gente na rua. E a gente não precisava está gritando no meio da rua, a gente podia até ir numa sala e direto com o comitê intersetorial, a gente pode ter voz própria (...). É eu também não sabia o que era muito isso, mas veio de uma lei, uma lei 7.053 que a gente tinha direito e não sabia. Não sabia que tinha esse direito no comitê. O comitê é um órgão que a gente pega, e pega as nove secretarias do estado, do município para reivindicar, o que está faltando (I2).

Essas falas revelam a reflexão dos interlocutores-privilegiados sobre serem cidadãos de uma sociedade, a qual, na maioria das vezes, não os reconhece como sujeitos de direito. Por conseguinte, as pessoas em situação de rua também não sabem dos seus direitos, razão pela qual relatam que conhecerem seus direitos como cidadãos é importante, pois podem compartilhar com outras pessoas que estão na mesma situação.

Percepções sobre direitos humanos à saúde e Políticas públicas: categoria relativa às políticas públicas que costumam ser construídas de maneira vertical, descontextualizadas em relação às inúmeras demandas das pessoas em situação de rua.

O que se tem no Brasil é que as políticas públicas vêm de cima para baixo são construídas a partir do sujeito que está na política. Escutar o pessoal da rua é muito difícil. (I3)

Aqui tem dois comitês que não resolve nada, enquanto a portaria que construiu o comitê diz que as políticas para a população de rua têm que sair dali. Se tu como gestor cria um grupo para discutir políticas públicas para atender a demanda da população e a gestão não faz, já começa por aí o erro. Aqui no Brasil a gente escuta os caras só para dizer que escutou, mas não faz nada. Por isso eu acho importante na academia, os trabalhos etnográficos, para ver o que a gente faz com isso, porque pouco conhecimento é usado para ver essa questão das políticas públicas. (I3)

Não adianta dar aluguel social e não dar acompanhamento. O cara quer uma casa, mas às vezes não sabe como mantê-la, como se manter naquela estrutura, acaba adoecendo sem uma assistência. Há também uma política de higienização social por trás disso, são alugueis longe do centro e das estruturas de assistência e saúde, lá em um bairro de periferia, prédios defasados e perto de bocas de uso de drogas. Quem é usuário de droga é tentado a usar drogas, a voltar para marginalidade. A assistência social pensa que dando casa, está tudo resolvido, casa é só mais uma das necessidades, tem que ter acompanhamento (Diário de campo, 2018).

Quem está na rua é difícil fazer tratamento, quem vive na rua faz acompanhamento e não tratamento(...)por isso muitas pessoas morrem na rua, principalmente essas pessoas que tomam medicação forte tinham que ter outro tipo de tratamento qualificado ou uma atenção diferente. De que forma não sei te dizer. O governo deveria ter uma visão diferente para essas pessoas, tanto para a dependente química como para aquele que faz tratamento para HIV, tuberculose.” (I1)

Observa-se, tanto nas falas quanto na anotação de diário de campo, a necessidade de construção e de consolidação de políticas públicas que assegurem os direitos humanos, entendendo a amplitude do que é o direito à saúde, em que a atenção às necessidades das pessoas em situação de rua é o que determina o que é saúde. Nesse caso, o direito à saúde implicou conhecimento, informação e políticas públicas definidas em uma construção coletiva a partir das necessidades de vida. Salienta-se que o direito à saúde perpassa pelo direito à vida digna. Desse modo, o Estado e a sociedade têm responsabilidade na garantia desses direitos – por meio da garantia da alimentação, de educação, de acesso aos serviços de saúde, dentre outras relacionadas às necessidades básicas do ser humano, as quais constituem medidas de enfrentamento da exclusão e da invisibilidade do povo da rua.

Percepções sobre direitos humanos à saúde e os estigmas sociais: refere-se aos procedimentos burocráticos que violam os direitos humanos à saúde e à dignidade humana e a como a imagem construída pela mídia e pela propaganda afeta os profissionais de saúde e a população, limitando o acesso ao sistema de saúde.

Acho que o mínimo é uma escuta, acho que estas pessoas escolhidas para trabalhar com pessoas da rua tinham que gostar do que fazem, isso deveria ser o principal para serem aceitas neste trabalho. Já vi profissional mandando moradora de rua ajudar na “lida” doméstica para ter seu prato de comida. O prato de comida é um direito neste espaço, um espaço que é nosso, mas que somos tratados como vagabundos. (Diário de campo, 2018).

Ela (profissional da saúde) pediu o endereço, eu disse que a gente morava na rua. Ela disse que ali não hospital para esse tipo de gente. Tem um hospital que atende teu tipo de gente.... (I4)

Observou-se que existem vários fatores que dificultam o seu acesso à saúde e que a negligência em relação aos princípios do SUS, em que as “regras”, os modos de organização dos serviços, não consideram as especificidades das pessoas em situação de rua, como não ter endereço ou, muitas vezes documentos para cadastro dos atendimentos, propiciando uma não oferta de serviços de saúde e social, sendo ineficazes em possibilitar uma vida mais digna e acesso/garantia dos seus direitos.

Em relação ao estigma:

Em 2009, teve uma campanha que estigmatizou a galera da rua. Tinha outdoor no fundo do ônibus dizendo como era os moradores de rua eram usuário de crack. Aí diminui muito as madrinhas, que davam roupa e comida, por causa disso. ... Nesta campanha do Crack nem pensar, era como se o morador de rua fosse um ser humano de segunda classe. (I4)

Quando surgiu o “mendigo gato”, não sei se tu lembra, lá em Curitiba, era ex-modelo, estava morando na rua e usando crack. A mídia deu ênfase, assim, como pode um cara assim estar em situação de rua. Não acharam estranha a situação de rua, mas um loirinho de olho azul estar na rua. A situação de rua é algo normal pra alguém preto ou pobre, mas pra um cara loiro de classe média não. O normal era ele não estar ali. Quando tu fala em morador de rua já tem um conceito, tu imagina uma pessoa mal vestida, suja, bebe cachaça, fuma crack, vai me assaltar, que não produzem nada, alguém que não vale a pena investir. Isso não é verdade, se tu parar para pensar e entender o contexto que o cara está...a sociedade não está muito afim disso. Seu tu não se enquadrar no padrão social, é foda. A situação de rua é o sintoma do capital(..). (I4)

Frente a esses relatos, percebe-se o quão naturalizado é o estigma e o preconceito em

relação às pessoas em situação de rua, consideradas como alguém errado socialmente. Nessas circunstâncias, a ausência de trabalho formal e de moradia também contribuem para o não reconhecimento da pessoa em situação de rua como uma pessoa de direitos. Ser reconhecido como uma pessoa de direitos é não ser excluído da comunidade devido ao estigma e ao preconceito, mesmo se tratando de população de rua, é permitir que tenha voz social perante a sociedade para reivindicar seus direitos como cidadão, sendo também imprescindível que possua trabalho e moradia, na medida em que são elementos essenciais para a ressocialização do indivíduo.

4. Discussão

O debate sobre direitos humanos é introduzido pela Declaração Universal, de 1948, e pela Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993, sendo a seguridade desses direitos uma responsabilidade internacional dos Estados. Esse movimento é recente na história, ocorrendo no pós-guerra em resposta às atrocidades cometidas pelo Nazismo, causador de inúmeras mortes (de judeus, de comunistas, de homossexuais, de ciganos, dentre outros) nos campos de concentração. Dessa forma, os direitos humanos se referem ao referencial ético contra a destruição e a descartabilidade da pessoa humana, marcando a reconstrução de direitos que lhes foram retirados na guerra (Santos & Chauí, 2013; Ramli, 2019).

O debate atual sobre os direitos humanos demarca uma hegemonia, pois se refere a uma ideia incontestável de que é preciso manter o direito à dignidade humana para todas as pessoas. Esse direito é entendido, principalmente, como uma vitória para excluídos, explorados e discriminados. No entanto, é preciso refletir se esse debate é, de fato, consolidado e legitimado pelas políticas públicas ou se há uma contra-hegemonia velada (Santos & Chauí, 2013)

É importante entender a necessária relação entre os direitos humanos e a sociedade. Por isso, compreende-se que, em uma organização social, é preciso que relações sejam construídas a partir da lógica dos direitos humanos, o que implica num compromisso do Estado em relação à população (Tolfo & Bruck, 2020). Segundo Lamy et al. (2018), os Direitos Humanos se tratam de normas e de valores que asseguram as condições mínimas para os indivíduos terem uma vida digna, o que inclui suas condições socioculturais e o acesso a bens, como moradia, educação, alimentação e saúde. Já o conceito de dignidade tem por intuito promover o acesso a essas condições de vida e sanitárias para que as pessoas tenham bem-estar e autonomia para seguir suas existências.

Dessa forma, constituir-se como cidadão é a condição do indivíduo como membro de um Estado, a fim de que possa usufruir de seus direitos sociais, civis, políticos, além de desempenhar seus deveres atribuídos. É importante considerar que, em uma concepção de Direitos Humanos, há uma reflexão maior do que a apropriação de direitos civis e constitucionais implantados pelo Estado, pois se entende que, pela necessidade da dignidade humana, todos os homens devem ser protegidos de humilhações e violências, sendo, então, concebidos na profundidade moral e relacional na sociedade (Lamy et al., 2018).

Nesse sentido, os interlocutores-privilegiados apontam estas realidades simbióticas: suas relações conflitantes com outros membros da sociedade e a dificuldade que o Estado tem de promover condições que garantam o acesso aos seus direitos, demarcando as condições de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua.

A vulnerabilidade é considerada uma característica inerente dos indivíduos que estão expostos ao perigo e a situações que podem causar danos à pessoa devido a sua fragilidade. Esta está relacionada às condições sociais, como emprego, trabalho, educação, gênero, raça; às condições individuais, como sexo, idade, genética; e às condições programáticas, como acesso aos serviços de saúde, assistência (Ayres, 2016).

No caso das pessoas em situação de rua, observa-se tanto uma vulnerabilidade relacionada a questões sociais como a falta de moradia, de alimentação, de vestimenta, de trabalho e a pobreza extrema, mas também uma vulnerabilidade programática ligada ao não reconhecimento da sociedade de sua condição de sujeitos de direito, razão pela qual dependem do auxílio de instituições do Estado que se encontram despreparadas para lidar com suas complexidades. No entanto, o grupo pondera sobre como construir formas de resistência e de interlocução com a sociedade e com o Estado, como ocorre por meio dos movimentos sociais, a exemplo do MNPR, que promove um espaço de diálogo, de formação e de reconhecimento desses indivíduos como sujeitos de direitos.

Quando se pensa sobre organização em sociedade, é possível associar isso aos movimentos sociais. Estes são constituídos por são ações coletivas – estruturadas a partir de problemas e de situações de conflito, disputas ou reivindicações por direitos – que buscam criar uma força social na sociedade civil. Percebe-se a noção de uma identidade coletiva, partilhada por interesses em comum. Há também o princípio de solidariedade, que é referenciado por valores culturais, políticos e sociais compartilhados pelo grupo (Gohn, 1995).

No Brasil, anteriormente à Constituição Federal de 1988, a repressão era única maneira de o Estado lidar com a existência da população em situação de rua. A título de

exemplo, tem-se as previsões contidas na Lei de Contravenção Penal n. 3.688, editada em 1941, cujas normas repressivas tinham como alvo o "vadio" e o "mendigo", estigmas que a pessoa em situação de rua carrega até hoje. Mesmo que o Brasil tenha se tornando um Estado Democrático de Direito há um bom tempo, tal realidade não está muito distante dos dias atuais, na medida em que a mendicância deixou de ser considerada infração penal apenas em 2009 (Cunha, 2018; Duarte & Santos, 2019).

Tais disposições, notadamente, denunciam uma clara tentativa do Estado de utilizar o Direito Penal (última instância jurídica de controle estatal) como instrumento de transformação social, tendo em vista o seu desinteresse em tratar indivíduos em situação de rua como sujeitos de direito. Importante ressaltar que esse "Direito Penal Promocional", também conhecido como Político ou Demagogo, trata-se de prática abominada pela doutrina (Cunha, 2018).

Não obstante, atualmente, percebe-se algumas conquistas que modificam a maneira de o Estado lidar com os problemas relacionados às pessoas em situação de rua, sendo uma dessas vitórias o Decreto nº 7.053, abordado na fala de um dos interlocutores-privilegiados, que implementa a Política Nacional para a População de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento dessa Política (Brasil, 2009).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua é implementada com o intuito de assegurar e de propiciar os direitos humanos e a dignidade às pessoas em situação de rua. Já o Comitê Intersetorial é o espaço coletivo para discussão e implementação de ações para consolidação dessa política; isso se dá através de diálogo com o "povo da rua" sobre os problemas enfrentados e sobre soluções para isso. Além dos representantes do movimento social, também participam das discussões representantes de diversos setores da sociedade e do Estado, como: direitos humanos, habitação, assistência social, saúde (Brasil, 2009; Silva, 2018).

Essa forma de organização e de resistência marca suas lutas políticas relacionadas ao direito humano à saúde, o qual é apontado como algo multifatorial ("O cuidado ele não só da saúde, como ela vai cuidar da saúde se não tem o que comer"), refletindo a importância e a necessidade da consolidação do conceito ampliado de saúde. Esse conceito, segundo Lamy et al. (2018), entende que a saúde é um direito multidimensional, pois está intimamente ligada a direitos individuais e coletivos, à qualidade de vida física e mental, à proteção e à promoção integral dos cidadãos, à atenção sanitária, a condições de ambiente e sociais e a aspectos de equidade.

Quando abordam em suas falas a importância de saber sobre seus direitos “para compartilhar com outras pessoas que estão na mesma situação”, os interlocutores-privilegiados evidenciam a relevância da participação nos movimentos sociais, reconhecendo suas participações como cidadãos políticos, nas decisões e problematizações sobre suas condições de vida. Isso sugere que os interlocutores-privilegiados entendem, assim como Sicari e Zanella (2018), que a situação de rua não significa somente violência e vulnerabilidade, podendo também ser um lugar de transformação, de construção de laços afetivos, de amizades, de novas experiências de viver a cidade.

Essa luta assinala as reflexões do “povo da rua” sobre as políticas públicas, as quais, segundo eles, deveriam contribuir para a promoção de seus direitos humanos, incluindo a saúde. Os interlocutores-privilegiados, outrossim, apontam que as referidas políticas costumam ser construídas de maneira vertical, descontextualizadas em relação às inúmeras demandas das pessoas em situação de rua, como ter garantida uma moradia, com acompanhamento para mantê-la, e ter garantido o tratamento em saúde, com o devido acompanhamento, a fim de verificar se a pessoa consegue ou não administrar o lar em um longo período de tempo.

Entende-se como Política Pública a maneira de o Estado substancializar os direitos na vida das pessoas, definindo programas, serviços e projetos destinados ao atendimento das necessidades básicas de uma população, de indivíduos e de grupo de pessoas. Em relação às pessoas em situação de rua, são observadas denúncias a violações de seus direitos, evidenciando a dificuldade de integração de políticas intersetoriais, o que inviabiliza o atendimento satisfatório. Assim, tornam-se imprescindíveis ações de gestores, de técnicos e de outros atores sociais com a finalidade de desenvolver ações de forma coletiva e de buscar estratégias de trabalho que focalizem as diferenças, as relações e as potencialidades dos sujeitos, promovendo a visibilidade (Hino et al., 2018).

Nesse sentido, mostra-se bastante evidente a necessidade de políticas intersetoriais (que não sejam somente vinculadas à saúde) e modelos de cuidado dialógicos (que promovam o diálogo com a realidade da população de rua), para que se possa atingir o desejo de cuidado equânime. Isso se dá porque Políticas intersetoriais refletem a necessidade de promoção da saúde através de uma articulação em rede que extrapola o quesito saúde, incluindo assistência social, educação, trabalho, geração de renda e redes sociais. Estudos apontam que a população em situação de rua está fortemente vinculada a serviços especializados na saúde para esse grupo, como consultório na rua e assistência social. Isso pode dificultar uma abordagem

equânime e integral a essas pessoas, incluindo e preparando outros elementos da rede intersetorial. (Veridiano, Andrades & Gomes, 2017).

É preciso entender se a rede intersetorial e as políticas, de fato, estão trabalhando sob a lógica de direitos humanos ou, se pura e simplesmente, estão utilizando esse conceito para perpetuar opressões. Esse questionamento pode ser exemplificado por dois argumentos: os discursos de opressão e de dominação que acabam sendo reconfigurados como ações emancipatórias e libertadoras pelo Estado, considerando que o ser humano é individual, portanto, responsabilizado por seus atos; a ideia central de Estado, em que os direitos humanos devem ser protegidos por ele, sendo incorporados nas constituições práticas jurídico-políticas, e aplicados coercitivamente pelos tribunais: direitos cívicos, políticos, sociais, culturais. Isso demonstra políticas descontextualizadas em relação às formas de vida da população, muitas vezes centralizadas nos poderes jurídicos, policiais e em hierarquias de Estado que pouco efetivam a proteção ampla dos direitos humanos (Santos & Chauí, 2013).

Quando se pensa em políticas articuladas que avaliam todos os aspectos da vida do sujeito e suas vulnerabilidades, estamos falando de modelos de cuidado. Estes devem estar baseados no dialógico que problematiza a visão verticalizada e monológica dos serviços de saúde, revelando um cuidado que é estabelecido na relação do sujeito com suas dinâmicas de vida. Os modelos monológicos, segundo Rodríguez (2016), partem da desvalorização de valores, crenças e culturas, fragmentando e entendendo que os problemas de saúde são simples resultados biológicos e comportamentais, ou seja, não reconhecem o contexto de vida e as necessidades das pessoas.

Nesse viés, a informação/tratamento ou política pública se baseia na verticalização e na hierarquização, em que o profissional detém o saber e o poder de organização do sistema. Esse modelo é apontado na fala de um interlocutor, ao abordar a higienização social nas políticas públicas, situação em que, ao oferecer o “aluguel social” (política de moradia social), que é um bem estar para a população de rua, encaminha-os para bairros de marginalização e de uso de drogas, mostrando a verticalização das ações, descontextualizadas com a realidade do usuário colocado em maior vulnerabilidade pela possibilidade de acesso fácil a drogas e devido à distância da possibilidade de conseguir empregos.

Em oposição a isso, têm-se os modelos dialógicos, que consideram a visão multidimensional dos fenômenos, entendendo que o sujeito não é apenas resultado de seus comportamentos individuais, mas que está envolto em uma diversidade de contextos e de culturas. É um modelo participativo, em que se preza a relação dialógica entre todos os atores envolvidos no processo (Rodríguez, 2016). Isso é apontado pelos participantes da pesquisa

como uma necessidade de ouvir as demandas e as realidades das pessoas em situação de rua para criação e acompanhamento de políticas públicas e tratamento de saúde, pois são grupos que possuem especificidades.

Outras questões relatadas referem-se aos estigmas sociais que são apontados pelos interlocutores-privilegiados, como a imagem construída pela mídia e pela propaganda que chega aos profissionais de saúde e à população, limitando seu acesso ao sistema de saúde e a condições de dignidade humana. Isso repercute negativamente na obtenção de respeito a sua condição de cidadãos e na possibilidade de acesso à saúde.

Estigmas são marcas, atributos e imagens de descrédito e de desvantagem. No caso das pessoas em situação de rua, observa-se que a sociedade os aborda considerando-as um risco e uma ameaça. Além disso, os serviços de assistência social ainda estão fundamentados no paradigma assistencialista e filantrópico, impedindo transformações assistenciais e culturais no sistema de cuidado, mantendo modos de subjetivação alienados (Sicari & Zanella, 2018).

É necessário levar isso em conta, pois o estigma e a discriminação podem provocar nas pessoas em situação de rua sentimentos de autorrejeição e de baixa autoestima, tornando necessária a constante reafirmação de seu lugar como seres humanos e cidadãos (Sicari & Zanella, 2018). Isso pode ser observado nos relatos dos interlocutores-privilegiados que abordam as relações sociais prejudicadas com a sociedade quando as “madrinhas” (pessoas que auxiliam com doações de alimentação, vestuário, e materiais de higiene) deixam de ajudá-los devido às consequências das imagens midiáticas a que são expostas. A afirmação de que, às vezes, são considerados “seres humanos de segunda classe” demonstra a necessidade de informação e de desmistificação da situação de rua como algo negativo.

Nesse sentido, nota-se que há um investimento midiático na reprodução de estereótipos negativos, ligando pessoas em situação de rua à criminalidade, à loucura e à pobreza, semeando o medo e a insegurança social. Essas ideias reforçam a viabilização de políticas públicas de higienização urbana, responsabilizando a justiça e segurança social, bem como a área da saúde, por tratamentos verticalizados (Sicari & Zanella, 2018; Hino et al., 2018).

A visão propagada pela mídia, segundo os interlocutores-privilegiados da pesquisa, promoveu uma maior vulnerabilidade da situação de rua, dificultando, inclusive, o acesso aos serviços de saúde. Desse modo, às pessoas em situação de rua restaria o não investimento público, por serem consideradas pessoas improdutivas para a sociedade. Essas ideias vão ao encontro da noção de comportamento de risco individual, que, segundo Ayres (2016),

responsabiliza exclusivamente o indivíduo/cidadão por seu estilo de vida e por comportamentos e práticas que podem ampliar o risco de contraírem doenças e outros problemas na vida pessoal. Percebe-se que há uma simplificação do conceito ampliado de saúde, não incluindo os aspectos sociais, culturais e programáticos das vulnerabilidades.

Isso se reflete também no julgamento e na estigmatização de profissionais de saúde em relação a essa população, fazendo com que a procura pelas redes institucionais de saúde, assistência social e cuidado atenha-se a casos de extrema necessidade e urgência (Silva, 2018). Isso é evidenciado pela ideia de que devem existir serviços somente para o atendimento das pessoas em situação de rua, como exemplificado na fala de um interlocutor: “um hospital que atende teu tipo de gente”. Essas concepções podem estar vinculadas a preconceitos e a estigmas de profissionais e de gestores que acabam prejudicando a equidade e a universalidade de acesso a instituições da rede intersetorial.

Por fim, entende-se que a saúde é um direito humano, vinculado às relações dos indivíduos com a sociedade e a políticas de Estado. Nesse sentido, há uma noção de que o direito humano e o acesso à saúde são inquestionáveis, devendo ser algo universal e equânime. No entanto, as violações e opressões são normalizadas quando se trata de pessoas e de grupos vulneráveis, como as que vivem em situação de rua, o que pode estar atrelado aos estigmas e à imagem social de delinquência e de culpa individual por estarem/morarem nas ruas. O reforço a esses estigmas relativiza o dever do Estado com essa população, o que deve ser problematizado na sociedade e na constituição de serviços e de políticas baseadas em modelos dialógicos.

5. Considerações Finais

Os resultados desta pesquisa revelam que, para pensar saúde e cuidado, é necessário ampliar olhares em relação à cidadania de pessoas em situação de rua e a suas relações com a sociedade, com sistema de saúde e assistência social, com sua imagem e estigmas sociais, a fim de corroborar a garantia dos direitos humanos.

Por meio dos interlocutores-privilegiados, foram identificadas várias fragilidades que se referem ao fato de a sociedade não os reconhecer como cidadãos, desconhecendo suas realidades sociais. Além disso, evidencia-se que políticas e serviços públicos acabam perpetuando opressões e aumentando vulnerabilidades e estigmas, difundindo imagens que associam pessoas em situação de rua a comportamentos impróprios, a sujeira, a criminalidade, o que contribui para enfraquecer seus vínculos e o compromisso das instituições com seus

direitos. Por outro lado, existem resistências e ressignificações promovidas por elas a partir da participação ativa nos movimentos sociais, conhecendo e compartilhando conhecimentos sobre seus direitos.

Sendo assim, a importância desta pesquisa para a Saúde e a sociedade reflete a necessidade de aprofundar temas complexos, como o direito à vida e à saúde, podendo estabelecer-se vínculos e relações com as pessoas que vivem em suas situações cotidianas experiências de abandono, de vulnerabilidade e de descaso do Estado, para que se possa entender suas realidades e incorporá-las às práticas assistenciais e gestoras das políticas públicas para diversidades sociais. Aponta-se como limitação do estudo a necessidade de ouvir e de estudar os profissionais da rede intersetorial de assistência à população em geral e a populações de rua, para que seja possível explorar seus entendimentos, potencialidades e limitações na consolidação dos direitos humanos à saúde nas práticas cotidianas dos serviços.

Por fim, como sugestão para ampliação do conhecimento e de práticas de cuidado para pessoas em situação de rua, sugere-se o investimento em pesquisas científicas que abordem as questões socioculturais na vivência também de profissionais dos serviços de saúde e assistência social, incorporando suas opiniões, sentidos, valores, culturas e tensionando modelos de cuidado em saúde vigentes.

Referências

Ayres, J. R. C. M. (2016). Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In M. A. Martins, F. J. Carrilho, V. A. F. Alves, E. A. Castilho, G. G. Cerri & C. C. Wen (Eds), *Clínica Médica*. (2a ed.), 1. Barueri: Manole

Bonavides, P. (2005). Curso de Constitucional. (16a ed.), São Paulo: Malheiros.

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Acesso em 30 de junho de 2020, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

Brasil. (2009). Decreto - Lei n. 7053, 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, e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm

Cunha, R. S. (2018). Manual de Direito Penal: Parte Geral. Salvador: JusPodivm.

Duarte, S. M., & Silva Santos, V. É. (2019). Sistema Prisional do Brasil e o Papel do CNJ na Promoção da Eficácia dos Direitos Humanos. In Research, Society and Development, 8(2), e582550). <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i2.550>

Figueiredo, G. L. A., Martins C. H. G., Damasceno J. L., Castro G. G., Mainegra A. B., & Akerman M. (2017). Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões? Ciência & Saúde Coletiva, 22(12), 3821-3830.

Fonseca, F. (2016). A trama conflituosa das políticas públicas: Lógicas e projetos em disputa. Cadernos EBAPE.BR, 14(spe), 406-417.

Gohn, M. G. (1995) História dos Movimentos e Lutas Sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Loyola.

Hino P., Santos J. O., & Rosa A. S. (2018). Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(1), 684-692.

Lamy, M., Roldan, R., & Hahn, M. M. (2018). O direito à saúde como direito humano e fundamental. Em tempo, 17(1), 37-60.

Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (14a ed.), São Paulo: Hucitec.

Natalino, M. A. C; (2016). Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília: Ipea. Recuperado de http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf

Organização das Nações Unidas (ONU). (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: Autor. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

Organização dos Estados Americanos (OEA). (1969). Convenção Americana de Direitos Humanos. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. (1a ed., e-book). Santa Maria: UAB/NTE/UFSM. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1

Ramli, L. (2019). Human Rights Approach in Environment Law Enforcement based on Law Number 23/2009. In Research, Society and Development; 8(10), e458101417). <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i10.1417>

Rodríguez, J. P. (2016). Herramientas para un abordaje multidimensional de los procesos de salud, enfermedad y atención. El modelo dialógico propuesto desde la antropología médica. Revista Electrónica de Psicología Política. 36(spe), 29-39.

Santos, B. S. S., & Chauí, M. (2013). Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento. São Paulo: Cortez Editora.

Sicari, A. A. & Zanella, A. V. (2018). Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão sistemática. Psicologia: Ciência e Profissão. 38(4) 662-679.

Silva, A. B. (2018). Narrativas de cuidado de “usuários de drogas”: um estudo etnográfico na rua e suas territorialidades. 2018. (Tese de doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179387/001068017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tolfo, A. C., & Bruck, L. L. (2020). A atuação da Defensoria Pública na promoção do direito de acesso à justiça no Brasil. In Research, Society and Development, 9(3), e144932540). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2540>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). (2016) Cadastro e mundo da população adulta em situação de rua de Porto Alegre, RS. Relatório final quantitativo-qualitativo. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre: Autor.

Veridiano, A. L., Andrade, L., & Gomes, A. H. (2017). Práticas intersetoriais na atenção às pessoas em situação de rua: uma atuação entre “saúde” e “assistência social. *Visão*, 6(2), 155-166.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Alexandra Rozado Pedron – 20 %

Agnes Olschowsky – 20 %

Aline Basso da Silva – 20 %

Fabiane Machado Pavani – 16 %

Lenon Goulart de Vargas – 16 %

Caroline Ew Ferreira – 8 %