

# Responsabilidade e Autonomia da População em Situação de Rua e os Impasses no Autocuidado

Rebecca Rodrigues da Silva Carvalho<sup>1</sup>, Antonia Janiele Sousa Rodrigues<sup>2</sup>,  
Luiza Maria Silva de Freitas<sup>3</sup>

**SUMÁRIO:** 1 Introdução. 2 Referencial Teórico. 2.1 Lorem Ipsum. 2.2 Lorem dolor. 3 As políticas públicas para a população em situação de rua e suas repercussões na saúde coletiva. 3.1 Estudo exploratório de caráter empírico no Centro Pop 3.2 Estudo exploratório de caráter empírico na Praça do Ferreira 4 Considerações Finais. 5 Referências.

**Resumo.** Este artigo tem como objetivo analisar a responsabilidade e a autonomia da população em situação de rua sobre a sua própria promoção de saúde e qualidade de vida por meio das políticas públicas, utilizando como referência para análise a biopolítica. Primeiro, realizou-se uma breve revisão de literatura, através da base de dados *Lilacs*, utilizando os seguintes descritores: “promoção de saúde”, “políticas públicas” e “população de rua”. Em seguida, usou-se a metodologia qualitativa de pesquisa etnográfica com as técnicas de observação participante e entrevista sistemática. Coletou-se que a população de rua é um grupo de pessoas cujos vínculos familiares estão enfraquecidos, sendo permeada pelo desemprego e pelo uso e abuso de álcool e outras drogas, compartilhando em comum a extrema pobreza. Diante disso, tem fragilizada a identidade, a dignidade e a esperança, havendo o desenvolvimento de sofrimento biopsicossocial. O Relatório Lalonde defende que todas as pessoas devem se responsabilizar pela promoção de sua saúde, com base

---

<sup>1</sup> Discente do curso de Psicologia pelo Centro Universitário Sete de Setembro – UNI7. E-mail: rebeccacarvalho1998@gmail.com.

<sup>2</sup> Discente do curso de Psicologia pelo Centro Universitário Sete de Setembro – UNI7. E-mail: janielealb22@gmail.com.

<sup>3</sup> Mestre em Psicologia. Docente do curso de Psicologia pelo Centro Universitário Sete de Setembro – UNI7.

em cinco determinantes da saúde. No entanto, a população em situação de rua vive em um contexto vulnerável. Compreendeu-se que a população de rua não detém capacidade de se responsabilizar por sua promoção de saúde e qualidade de vida, considerando o ambiente, o serviço de saúde, a biologia e o estilo de vida que estão submetidos. No entanto, nota-se que se houver assistência efetiva das políticas públicas, a população em situação de rua pode desenvolver seu autocuidado.

**Palavras-chave:** Promoção de saúde. Qualidade de vida. Biopolítica. Políticas públicas. População de rua.

## 1 Introdução

Neste artigo realizou-se um estudo teórico e prático sobre a População em Situação de Rua – PSR, com o objetivo de analisar a responsabilidade dos moradores de rua sobre a promoção de sua saúde e qualidade de vida por meio das políticas públicas. De outro modo, visa-se problematizar a promoção de saúde destinada a população de rua, assim como a noção de qualidade de vida no contexto desta Política de Saúde. Para isso, identificaram-se as políticas de saúde para a população em situação de rua, como ocorrem e as dificuldades para a sua efetivação. Além disso, analisaram-se os efeitos que o *Decreto Presidencial n° 7.053*, de 23 de Dezembro de 2009 tem produzido sobre o corpo dos moradores de rua. Utilizou-se como referência para análise a biopolítica, questionando se o Estado e seus dispositivos atuam de modo a fazer o corpo dos moradores de rua viver ou a deixá-lo morrer.

A população de rua é definida como um grupo composto por pessoas diferentes em condição de extrema pobreza, cujos vínculos familiares estão rompidos ou debilitados, apresentando como consequência a situação de rua. (BRASIL, 2009). Desse modo, por se encontrar em um contexto de extrema vulnerabilidade diante da exclusão social, tem a identidade, dignidade e esperança fragilizadas, (ANANIAS, 2009), havendo, assim, a elaboração de sofrimento biopsicossocial.

A biopolítica, segundo Caponi (2012), é articulada dentro dos eixos das práticas de políticas públicas, destacando a importância do gerenciamento da vida para o fortalecimento da espécie, apresentando a importância em tratar o indivíduo como administrador de seu próprio corpo. Em consonância, a promoção de saúde, de acordo com Furtado e Spaziolo (2012), atua sobre a vida dos indivíduos, defendendo

que devem ser responsáveis pelo cuidado do seu próprio corpo, para ter qualidade de vida.

Diante disso, no contemporâneo há a preocupação em buscar manter hábitos saudáveis por meio da prática de exercícios físicos e de uma boa alimentação, por exemplo, desenvolvendo padrões que determinam como o sujeito deverá promover sua saúde e sua qualidade de vida. Dessa forma, questiona-se se a responsabilidade do Estado pela saúde da população diminuiu, dificultando a promoção de saúde da população pobre e principalmente da população de rua.

No mais, Lalonde, em seu célebre relatório, aponta cinco determinantes da saúde: a biologia, os serviços de saúde, o meio ambiente e o estilo de vida. (CUETO, 2015). Com base nisso, defende que os indivíduos devem ser responsáveis pela promoção de sua saúde e qualidade de vida, devendo, assumir as consequências de seus hábitos. No entanto, como a População em Situação de Rua poderá apresentar autonomia e responsabilidade por sua saúde se não detém de moradia, alimentação, segurança, educação, assistência social, esporte, lazer, trabalho, renda e políticas públicas de saúde eficazes?

Diante dessa exposição, deve-se apontar que este trabalho consiste em uma articulação entre um estudo exploratório de caráter empírico e uma análise dos documentos sob viés da biopolítica, a fim de compreender se as pessoas em situação de rua são ou não responsáveis por sua promoção de saúde e qualidade de vida.

## **2 Metodologia**

Na primeira etapa, realizou-se pesquisa bibliográfica, a partir de uma revisão de literatura por meio da base de dados *Lilacs*, utilizando os seguintes descritores: “promoção de saúde”, “políticas públicas” e “população de rua”. Os critérios de inclusão foram artigos, teses e monografias publicados entre 2009 e 2018, em português. Os critérios de exclusão foram artigos, teses e monografias publicados antes de 2009 e os que fogem do interesse do tema.

Somando-se todos os descritores, encontraram-se dezessete literaturas e, após a filtragem, identificaram-se nove estudos. No entanto, após a leitura dos títulos e dos resumos, notou-se que alguns não preenchiam os critérios desta pesquisa.

Assim, selecionaram-se três monografias e dois artigos que, ao lê-los, entendeu-se que supriam o interesse do tema. Ademais, utilizaram-se as referências apresentadas em sala de aula.

Para desenvolver o artigo, utilizou-se a metodologia qualitativa de pesquisa etnográfica com as técnicas de observação participante e entrevista sistemática. A etnografia ocorreu em dois momentos: 1) no Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua – Centro POP, onde houve uma entrevista sistemática com o seu coordenador e 2) na Praça do Ferreira, no centro de Fortaleza, onde se observou a atuação dos educadores sociais do Centro POP. Diante disso, houve observação, participação e interpretação da vivência da população de rua no dispositivo de assistência social e na rua.

### **3 As Políticas Públicas para a População em Situação de Rua e suas Repercussões na Saúde Coletiva**

A Política Nacional para a População em Situação de Rua - PNSR, com o *Decreto Presidencial n° 7.053, de 2009*, define a PSR como um conjunto de pessoas com diferentes características, mas que são extremamente pobres e que geralmente não possuem vínculos familiares, podendo estar fragilizados. O Artigo 7º deste Decreto apresenta os objetivos dessa política nacional, em que o primeiro constitui-se em promover o acesso a “políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda”. No tópico dez do Artigo 7º, indica a oferta de assistência médica a PSR a partir do Sistema Único de Saúde - SUS e do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, reforçando a necessidade de promover saúde a essa população. Ademais, no tópico doze, aponta a criação de Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP.

Ananias (2009) aponta que a rua é um espaço destinado a convivência, a encontros e a manifestações. No entanto, há uma grande parcela da população que tem a rua como um lugar de moradia, passando a viver em um contexto de extrema vulnerabilidade e exclusão, o que pode fragilizar sua autoestima, dignidade, esperança, identidade e subjetividade, podendo, ainda, tornar-se invisível para a

sociedade e para o Estado. O intuito da Política Nacional para a PSR é promover um espaço de acolhimento, onde eles possam se expressar e serem notados, a fim de resgatarem a identidade, autoestima, dignidade, esperança e subjetividade.

A promoção de saúde é um direito de todo cidadão, isto é, abrange os moradores de rua. De acordo com Andrade e Barreto (2002), a promoção de saúde foi construída no século XIX, pela Medicina Social, visando não somente promover a saúde, mas também prevenir, reabilitar e cura as doenças. Na Inglaterra, em razão da medicina social, surgiu a medicina da força de trabalho, a qual tornou o corpo social em força de trabalho, visando não realmente satisfazer as necessidades médicas do pobre, mas sim proteger a burguesia de ser acometida pelas epidemias que diziam ser provenientes da população pobre.

Diante disso, a burguesia investiu na Lei dos Pobres e na divisão dos espaços urbanos como políticas de saúde, havendo o esquadramento da pobreza e reforçando a necessidade de incluí-la na política médica, como forma de higiene social, para controlar seu corpo biológico e mantê-lo saudável, a fim de torná-lo útil para o trabalho. (FOUCAULT, 1972).

A necessidade de construir postos de saúde, por exemplo, para viabilizar políticas de prevenção de saúde e tratamentos de doenças para todos, está presente no Relatório Lalonde, o qual sugeriu que a biologia, os serviços de saúde, o meio ambiente e o estilo de vida fossem tomados como determinantes para a promoção de saúde da população. (CUETO, 2015). No entanto, nos anos 70, houve uma crise na saúde, surgindo à necessidade de promover mudanças nas políticas de saúde que focavam na APS e no desenvolvimento da comunidade. (ANDRADE; BARRETO, 2002).

A PSR enfrenta a pobreza e a insalubridade, possibilitando doenças. Com isso, há urgência em estabelecer políticas de saúde que, antes de atuarem na prevenção ou no tratamento de doenças, operam na assistência ao pobre, desenvolvendo políticas sociais que o tire da pobreza, ofertando-lhe saúde, moradia, educação, trabalho. Ademais, enfatiza-se a promoção do Sistema Único de Saúde - SUS que, de acordo com Andrade e Barreto (2002), é uma estratégia do Ministério da Saúde para pensar a saúde e o controle social, sendo um mecanismo biopolítico para regular o modo que cada indivíduo promoverá sua saúde.

O discurso sanitário contemporâneo, respaldado no Relatório Lalonde (1972), influi em uma reconfiguração no estilo de vida dos indivíduos, pois aponta que cada sujeito é responsável por sua saúde. No entanto, embora o Estado tenha o dever de gerir políticas públicas de saúde para toda a população, ainda há uma parcela da sociedade que dificilmente tem acesso aos dispositivos de saúde. Isso porque a PSR, embora seja amparada pelo *Decreto Presidencial* n° 7.053/2009, enfrenta a ausência de moradia, alimentação, saúde, educação, segurança e renda.

### **3.1 Estudo exploratório de caráter empírico no Centro Pop**

A primeira prática ocorreu no Centro POP, onde houve uma entrevista com o seu coordenador, o qual apresentou as atividades desenvolvidas pelo equipamento e as principais dificuldades encontradas para a efetivação dos direitos. O Centro POP é uma política pública, promovida pela Política Nacional para a População em Situação de Rua - PNSR. De acordo com o coordenador, seus deveres consistem em oferecer banho, lavagens de roupa, oficinas educacionais, rodas de conversas, orientação jurídica e psicológica, buscando atuar de modo a acolher os usuários deste dispositivo social.

Para isso, há a elaboração de uma programação mensal para organizar e oferecer essas atividades, partindo também das exigências da população de rua. Além disso, o Centro POP articula-se com todas as políticas públicas, em que, dependendo da demanda de cada usuário, é feito o encaminhamento para o setor responsável por determinada necessidade, como a Unidade Básica de Saúde - UBS.

O coordenador apresentou que a maior dificuldade em efetivar as políticas públicas para os moradores de rua é a alta demanda e poucos dispositivos, apontando que só há dois Centros POP em Fortaleza, sendo a unidade do Centro e a do Benfica. Problematisa-se isto, tendo em vista que a PSR que reside na Messejana, por exemplo, não se deslocará para o Centro da cidade, para ser acolhido, havendo até mesmo a possibilidade de desconhecer o dispositivo. Com isso, há uma hierarquização do serviço, dificultando o acesso aos aparelhos de saúde e ao atendimento psicológico e jurídico.

Assim, o coordenador apontou que deve haver uma descentralização do dispositivo, para poder atender e acolher todas as pessoas que estão em situação de

rua em Fortaleza. A descentralização, de acordo com Campos (2006), tem como objetivo redistribuir os dispositivos sociais e de saúde em todo o território, considerando a demanda da população, para garantir a oportunidade e a continuidade do acesso ao Centro POP, por exemplo.

A promoção de saúde para a PSR, de acordo com o coordenador, é complexa, pois a própria situação de rua não favorece essa promoção, tendo em vista que as pessoas estão desprovidas de qualquer tipo de cuidado, como higiene e alimentação. Diante disso, o coordenador apontou que há uma desnutrição, pois a alimentação é resultado de doações, as quais não são regulares. Ademais, há a interferência do tempo, em que o sol e a chuva possibilitam uma série de doenças. Assim, não se pode afirmar que os moradores de rua possuem saúde, pois, além disso, há a violência e o consumo de álcool e outras drogas que os permeiam e que repercutem em seu autocuidado.

Quando questionado sobre a possibilidade dos moradores de rua assumir a responsabilidade sobre a promoção de saúde e qualidade de vida, o coordenador respondeu de modo negativo, apontando que a PSR não detém essa capacidade. Isso porque, segundo o coordenador, a rua não é um espaço com recursos e condições favoráveis para alto se proverem, havendo a probabilidade de contrair doenças.

O Centro POP, então, atua para fazer viver o corpo da PSR, de modo a inserir as pessoas em situação de rua na rede de assistência social e de saúde, oferecendo encaminhamentos e promovendo rodas de conversa para repassar as orientações básicas sobre a proliferação de doenças, como a AIDS, além de oferecer acesso a programas como o bolsa família, o aluguel social e o minha casa minha vida.

No entanto, abordar sobre a prevenção é complicado, pois, como já citado, na rua não há estratégias de higiene acessíveis aos moradores de rua. Assim, de acordo com o coordenador, passar essa responsabilidade para os moradores de rua, seria uma medida no mínimo complexa, sendo necessário garantir a cidadania para essa população, para depois poder se responsabilizar pelas questões básicas da sua própria existência, como no caso sua saúde.

A ideia de tornar o indivíduo gestor de sua própria vida e responsável por sua saúde se remete a uma série de condições que o indivíduo precisa se apropriar para efetivação dessa gestão, como o ambiente, o estilo de vida, a biologia e os serviços



de saúde. (CAPONI, 2012; CUETO, 2015). Posto isso, pode-se dizer que o ambiente em que a PSR está inserida é em si um fator que dificulta a sua responsabilização sobre a sua saúde, partindo da observação de que o morador de rua é desprovido de um cuidado amplo e efetivo na rua. No entanto, a população de rua continua a ser gestora de sua própria vida, devendo responsabilizar-se pelas consequências de seus hábitos.

### **3.2 Estudo exploratório de caráter empírico no Centro Pop**

A segunda inserção no campo ocorreu na Praça do Ferreira, no centro de Fortaleza, onde se observou a atuação dos educadores sociais. A partir das visitas, foi possível identificar nos relatos que as políticas públicas direcionadas para a população de rua é higienista, e não uma política que tem continuidade. Com isso, de acordo com Foucault (1972), não visa o bem-estar do pobre, mas sim controlar seu corpo, para proteger a burguesia, sendo assim, um retrato da Lei dos Pobres.

Diante disso, notou-se a ineficiência do Estado em promover uma assistência de saúde básica efetiva a PSR, dificultando a gestão desse corpo e pondo em foco o deixar morrer e não o fazer viver. No entanto, os dispositivos de saúde tem a obrigação de fazer viver o corpo do morador de rua, por meio da ampliação das políticas de modo universal e integral, a fim de contribuir com a promoção de direitos a todos os cidadãos, visando às potencialidades das pessoas que vivem na rua, a fim de promover saúde, proteger, curar e reabilitar os sujeitos, além da equidade e do empoderamento de cada um deles. (CUETO, 2015; FURTADO; SPAZIRO, 2012; CAMPOS, et al, 2006).

A noção de norma e de risco refere-se ao controle da vida do sujeito através das mídias sociais, as quais apresentam o sofrimento ora como entretenimento ora como algo a ser prevenido. (VAZ, et al, 2007). Com isso, o sujeito deve ir à rede de saúde, a fim de estar de acordo com a norma e distante de fatores de risco. No entanto, em relação à PSR, pode-se dizer que não vão à rede de saúde, embora sejam encaminhados, motivados pelo preconceito sofrido ao chegar a algum equipamento de saúde, tendo em vista que há profissionais que os discriminam, agindo de modo a impedir a universalidade e colocando-os em um lugar de invisibilidade. Assim, a



situação de rua em conjunto com a discriminação, são em si fatores de risco, deixando a PSR longe da norma e, portanto, da saúde.

Desse modo, a partir das observações e entrevistas, identificou-se a dificuldade que a PSR tem em frequentar os equipamentos de saúde, pois há uma grande demanda de preconceitos. No entanto, o morador de rua deve se responsabilizar pelas consequências de suas decisões enquanto a sua saúde ao negar acessar a rede de saúde.

Diante disso, Cueto (2015) aponta que Lalonde defendeu que, para que haja a promoção de saúde e qualidade de vida, é necessário que os indivíduos se responsabilizem por sua saúde a partir da manutenção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista que a ideia de promoção à saúde para a PSR implica em moradia, alimentação, saúde, etc. Todavia, notou-se que a rua não oferece tais recursos para essa promoção, dificultando o autocuidado. Assim, a população de rua pode ser considerada virtualmente doente, pois está sujeita às intempéries da rua, necessitando de moradia, alimentação, lugar para banhar-se e lavar suas roupas, por exemplo. (VAZ. et al, 2007).

No século XXI, a biopolítica alcançou o controle, a prevenção e a promoção de saúde, partindo de recomendações sanitárias, colaborando com a elaboração de políticas públicas de saúde, com a finalidade de possibilitar qualidade de vida. (FURTADO; SZAPIRO, 2012). No entanto, após a política eugenista, a morte passou a ser desumanizada e naturalizada, focando apenas na manutenção da vida de alguns. Com isso, a situação em que os moradores de rua se encontram não é visada, havendo a promoção de sofrimento biopsicossocial, contrariando o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS.

A saúde pública foi fortalecida a partir das conferências mundiais de promoção de saúde, as quais contribuíram com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, como a construção de postos de saúde pela Declaração de Alma-Ata. (ANDRADE; BARRETO, 2002). No entanto, são perpassadas por questões políticas, culturais, sociais e econômicas, as quais têm profundo impacto sobre a saúde.

O posto de saúde Paulo Marcelo, no centro de Fortaleza, por exemplo, promove o atendimento a população de rua. Nele, há o Consultório de Rua, que deve ser composto por uma equipe multiprofissional, como médico, assistente social,

psicólogo, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. (BRASIL, 2010). No entanto, no caso do Consultório de Rua do posto de saúde Paulo Marcelo, não havia psicólogo, sendo percebida apenas a presença da enfermagem e da assistência social.

Entretanto, foi notado que o Centro POP e o Consultório de Rua atuam sobre o corpo do morador de rua por meio do seu próprio corpo, revelando, assim, de acordo com Foucault (1972), uma realidade biopolítica. Isso porque há um controle social sobre a população de rua, vigiando seu ambiente e seus hábitos, investigando sua história, seu contexto e suas necessidades, a fim de criarem planos de intervenção sobre o corpo e a vida da população de rua.

No caso do Centro POP, isso é perceptível quando os educadores sociais fazem a abordagem de rua, pois foi observado que nesse momento houve uma série de perguntas sobre a idade, o local de origem, a família e suas necessidades, havendo a apresentação da possibilidade do morador de rua entrevistado pelo educador social ser direcionado a um abrigo. No entanto, houve uma recusa por parte do morador de rua, podendo apontar que esse cidadão controla sua própria vida, podendo assumir, assim, a consequência de suas escolhas.

Além disso, notou-se que, para que haja efetivação das ações do Centro POP, é necessário que seja construído vínculos entre os profissionais e os moradores de rua. Isso porque, no caso do morador de rua citado anteriormente, o educador social defendeu que houve a recusa porque era um desconhecido para esse morador de rua e que isso é comum ocorrer, mas quando passam a conversar com mais frequência, o vínculo vai sendo elaborado e, conseqüentemente, poderá haver o ganho da confiança do morador de rua e, assim, buscar efetivar as ações do dispositivo, oferecendo e resguardando os direitos da PSR.

Na Praça do Ferreira, o Consultório de Rua distribuiu preservativos a população de rua, como uma ação do Dezembro Vermelho, que visa a prevenção da AIDS. Com isso, nota-se a biopolítica, pois intervém na saúde sexual dos moradores de rua. Além disso, promovem rodas de conversa para abordar sobre as doenças sexualmente transmissíveis, a fim de torná-las conhecidas e auxiliar a PSR quanto à prevenção. Ademais, atendem às mulheres grávidas, visando ensiná-las os cuidados básicos consigo e com o bebê durante as rodas de conversa realizadas nas praças, mas

poucas vão ao posto ser devidamente assistidas. Com isso, nota-se que podem contribuir para o autocuidado das pessoas que vivem na rua, levando-as a norma.

Em consonância, o Ministério da Saúde, em 2011, realizou uma parceria com projeto piloto Meninos e Meninas em Situação de Rua - MMSR, proposto pelo Programa Nacional de DST/AIDS, objetivando prevenir e reduzir o número de crianças e adolescentes que possuem ou que possam contrair DST e/ou AIDS, por meio de ações sociais como a músicas, desenhos, aulas de capoeira, informática e balé. (BRASIL, 2011).

Ademais, o Consultório de Rua conta com a intervenção da medicina, a qual, segundo Foucault (1972), é uma estratégia biopolítica, agindo sobre o biológico e o somático. Para isso, conta com o auxílio da enfermagem, por exemplo, para contribuir com a investigação de enfermidades da PSR, a fim de agir sobre elas, promovendo a saúde, a reabilitação e a cura. Diante disso, o trabalho dos agentes comunitários é uma estratégia para intervir na saúde de cada indivíduo na comunidade. (LOTTA, 2015). Assim, pode-se apontar que os agentes comunitários nas práticas das políticas públicas de saúde da população de rua são responsáveis pelo controle do autocuidado dos moradores de rua.

A promoção de saúde deve ocorrer por meio de mediações e buscas da PSR, a fim de possibilitar a visibilidade dessa população excluída, para promover a conscientização da comunidade, transformando agentes de saúde em agentes culturais de saúde, estimulando a PSR a participar das atividades em prol do seu desenvolvimento e com a perspectiva de mudar a realidade atual. (MATRACA, 2014). Assim, oferecem meios para que eles se sintam acolhidos, como é o caso do Centro POP e do Consultório de Rua.

Diante do exposto, pode-se apontar que há uma incapacidade da População em Situação de Rua em se responsabilizar por sua saúde e qualidade de vida, pondo em pauta o “fazer viver ou deixar morrer” expressado por Foucault. Ademais, devem-se efetivar as políticas públicas, para retirar as pessoas da situação de rua, assegurando seus direitos, com a finalidade de maximizar a vida. No entanto, não é garantido que a população que estava em situação de rua possa vir a se responsabilizar pela promoção de sua saúde biopsicossocial.

## 4 Considerações Finais

Este artigo pretendeu debater a possibilidade da População em Situação de Rua responsabilizar-se pela promoção de sua saúde e qualidade de vida, investigando as políticas públicas que a permeiam e suas dificuldades para a efetivação, considerando a biopolítica. Posto isso, considerou-se a princípio que os moradores de rua não teriam capacidade para assumir a responsabilidade sobre sua saúde e qualidade de vida. Isso foi confirmado com o estudo exploratório de caráter empírico e a análise dos documentos sob viés da biopolítica, considerando o ambiente, o serviço de saúde, a biologia e o estilo de vida que a população de rua está submetida. No entanto, pode-se notar que, se as políticas públicas forem efetivadas de modo a concretizar os direitos dos moradores de rua, há a possibilidade de que sejam reinseridos na sociedade de modo a aumentar a probabilidade de autocuidar-se.

Pode-se afirmar que este estudo proporcionou um olhar mais atento e compreensivo para a população de rua, pois se passou a compreender que não se configura como um perigo social, mas sim como mais uma vítima da exclusão social e política, as quais são promovidas e, ao mesmo tempo, promovem o desemprego, discriminação e ausência da efetivação dos serviços destinados a esta população. Posto isso, pode-se apontar que a promoção de saúde dessa população é complexa. Diante disso, faz-se necessário que o Estado intensifique as políticas públicas sociais e de saúde para contribuir com a efetivação dos cinco determinantes da saúde, havendo, assim, a promoção da saúde para todos de modo universal, integral e com base na equidade.

## 5 Referências

ANDRADE, L. BARRETO, I. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 150-171, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661-09.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: **Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ**, 2010, 48 p. Disponível em: <[http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio\\_ rua.pdf](http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio_ rua.pdf)> Acesso em: 07 nov. 2018.

Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 dez. 2009. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm)>  
Acesso em: 8 out. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Tecendo redes: uma experiência de prevenção de DST/AIDS entre meninos e meninas em situação de rua**. Brasília: UNICEF, 2011. 145 p. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-654710>>. Acesso em: 17 out. 2018.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2009. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-593474>>. Acesso em: 17 out 2018.

CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hacitec – Editora Fiocruz, 2006, 871 p.

CAPONI, Sandra. **Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos**. Florianópolis: Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis, v. 9, n. 2, 2012. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/27327>>. Acesso em: 16 out. 2018.

CUETO, Marcos. Atenção Primária à Saúde. In: **Saúde global: uma breve história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

FOUCAULT, Michel. A Política da Saúde no Século XVIII. In: **Microfísica do poder**. 7ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1972.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do poder**. 7ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1972.

FURTADO, M. SZAPINO, A. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. São Paulo: **Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 4, p. 811-821, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 out. 2018.

LOTTA, Gabriela Spanghero. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-782553>>. Acesso em: 17 out. 2018.

MATRACA, M., et al. O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro. Rio de Janeiro: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1529-1536, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736406>>. Acesso em: 17 out. 2018.

VAZ, P. et al. O fator de risco na mídia. Botucatu: **Interface**, vol.11 n. 21, p. 145-153, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100013)>. Acesso em: 05 nov. 2018.