A construção da eqüidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo

Nivaldo Carneiro Junior*
Marta Campagnone Andrade**
Miryam Mazziero***
Ricardo Cardoso Pinheiro****
Nancy Dias de Souza*****
Silvia Moreira da Silva******
Marco Akerman*******

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. A região central do município de São Paulo: território de inclusão e exclusão social; 3. A experiência do Centro de Saúde-Escola Barra Funda: a questão da exclusão social e da intersetorialidade; 4. Considerações finais.

PALAVRAS-CHAVE: rede social; intersetorialidade; eqüidade; área central de metrópoles; exclusão social; políticas públicas.

Este artigo traz a experiência de um projeto de articulação interinstitucional e intersetorial desenvolvido pelo Centro de Saúde-Escola Barra Funda no centro do município de São Paulo, visando à construção de uma rede de serviços que possibilite uma intervenção no processo de exclusão social dos

* Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e da Faculdade de Medicina do ABC e diretor do Centro de Saúde-Escola (CSE) Barra Funda/FCMSCSP.
** Médica sanitarista e pesquisadora do CSE Barra Funda/FCMSCSP.
*** Psicóloga e pesquisadora do CSE Barra Funda/FCMSCSP.
**** Psiquiatra e pesquisador do CSE Barra Funda/FCMSCSP.
***** Assistente social e pesquisadora do CSE Barra Funda/FCMSCSP.
****** Assistente social e pesquisadora do CSE Barra Funda/FCMSCSP.
******* Professor da Faculdade de Medicina do ABC e pesquisador do Cedec.

diversos grupos residentes na área. O projeto demonstrou potencial aglutinador e legitimidade como estratégia de articulação de vários setores (ONGs, instituições filantrópicas de assistência à saúde e educação, organizações populares, órgãos e serviços estatais das áreas da saúde e do bem-estar social) para a formulação de ações conjuntas. Através de encontros nas próprias instituições e de um cadastro efetivo de serviços e profissionais, o grupo passou a se sentir parte da rede, percebendo esta relação como significativa e promotora do atendimento às suas necessidades. A experiência incluiu, ainda, o projeto de uma casa de cuidados, para acolher indivíduos em situação de exclusão social e que necessitem de cuidados imediatos durante um período curto de recuperação.

Building up equity in access to public policies: an intersectorial and interinstitutional experience in central São Paulo

This paper presents the experience of an interinstitutional and intersectorial articulation project designed by the Barra Funda Health Center for the development of a network of services that may intervene in the social exclusion process suffered by the different groups of residents of São Paulo's central area. The experience identified the project's potential and its legitimacy as a strategy to articulate the several sectors (non-governmental organizations, healthcare and education philanthropic institutions, community organizations, governmental agencies and services related to healthcare and social welfare) to formulate common actions. Through meetings in the institutions and an effective record of services and professionals, the group was able to acknowledge belonging to this network, recognizing this relation as significant and as an answer to its needs. This experience resulted in the of a care home, developed to receive individuals in social exclusion conditions and in need of immediate care for a short period of recovery.

1. Introdução

Um desafio cotidiano para a equipe técnica do Centro de Saúde-Escola Barra Funda (CSEBF), da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo tem sido organizar a assistência à saúde, num contexto de pouco investimento estatal, enfrentando as demandas heterogêneas dos diferentes grupos populacionais assistidos, entre os quais, moradores tradicionais (*população mais idosa, que reside na região há mais de 40 anos, proprietários e remanescentes de famílias de imigrantes italianos*), empregados do mercado formal (*setor de serviços, predominantemente*) e informal (*ambulantes, autônomos em geral*), população de rua, favelados, moradores de cortiços e profissionais do sexo. Não há modelos prontos para lidar com essa realidade; necessita-se de formulações conceituais e metodológicas e de novas organizações tecnológicas.

O tema da exclusão social tem sido central nas reflexões da equipe, aliado a outras questões como a eficácia social das práticas de saúde e a eqüidade no acesso aos serviços e ações de saúde.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência de uma iniciativa local que visa à construção efetiva de uma política pública, através da articulação de serviços e entidades sociais numa determinada região do município de São Paulo, promovendo ações equânimes no acesso aos serviços, e, deste modo, construindo a cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS) guarda nos seus princípios o ideário do resgate da cidadania, reconhecendo que, para alcançar seus objetivos, necessita de formulações de políticas públicas e sociais que contemplem as várias dimensões envolvidas no processo saúde-doença, tais como habitação, transporte, alimentação, trabalho e lazer.

Sabe-se que a sociedade brasileira acumula anos de políticas sociais conservadoras, que a democracia ainda é um objetivo a ser atingido e que são necessárias lutas sociais cada vez mais amplas para que os direitos sociais sejam alcançados.

No Brasil, segundo Cohn, "o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, que na prática prevalece até hoje, elegendo como população-alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados" (Cohn & Elias, 1996:14) tem deixado numerosos contingentes populacionais sem direito à proteção social em áreas como saúde, educação e previdência.

A seção referente à saúde na Constituição de 1988 é a mais explícita entre as demais áreas sociais e a que já foi regulamentada. Apesar disso, não se tem o que a lei determina. Portanto, o SUS é mais um ideário que possibilidade e efetivação (Elias, 1997). Para tal, há necessidade de um Estado forte, compromissado com a justiça social. Por outro lado, "o poder de Estado é resultante de uma relação de classes, ele só se efetiva por meio do complexo de instituições que compõem a face mais visível do Estado" (Sallum Jr., 1994:136).

Esta é uma das questões centrais ao se discutir o lugar dos direitos sociais e da cidadania, isto é, a relação Estado e sociedade na construção do bem-estar social e da democracia. Para Touraine (1996:148), "a democracia apenas existe quando os problemas sociais são reconhecidos como a expressão de relações sociais que podem ser transformadas por uma intervenção voluntária de governos livremente eleitos".

A discussão torna-se importante frente à atual conjuntura política e econômica de forte traço neoliberal, que tem promovido no mundo e, particularmente, no Brasil um movimento de reformas, questionando e alterando os direitos sociais conquistados, sem colocar nada no lugar e sem vislumbrar medidas que combatam as iniqüidades sociais e econômicas. Conseqüentemente, aumentam ainda mais a miséria e a segregação social de uma sociedade já tão desigual.

Com esta realidade, como operar práticas de saúde orientadas para o exercício da cidadania? Como promover saúde para uma população bastante enferma e desprovida de recursos? Como lidar com a universalidade quando há grupos populacionais sem acesso e com diferentes perfis sociodemográficos e de saúde? Que instrumentos teóricos e práticos devem ser utilizados para fornecer respostas mais satisfatórias às demandas de saúde?

Essas são algumas perguntas formuladas no cotidiano do serviço, motivando a equipe do CSEBF a buscar formas de respondê-las de acordo com as exigências apresentadas. Isto é, algumas respostas são imediatas, no nível assistencial, e outras têm orientado a procura de novas maneiras de organização tecnológica do trabalho em saúde, na perspectiva da construção de políticas setoriais e intersetoriais equânimes, com fortes traços de discriminação positiva (Porto, 1995).

A abordagem intersetorial do problema é fundamental, pois a produção da saúde e da doença não se faz apenas no interior da esfera da saúde, mas, sim, na inter-relação dos diferentes campos da área social: educação, saúde, segurança pública, lazer e assistência social, entre outros.

Esses campos possuem diferentes instituições que desenvolvem ações específicas, voltadas para a recuperação, prevenção e promoção de modos de vida social que devem ser articulados. Infelizmente, em geral, não há experiências de trabalhos conjuntos, de lógicas comuns de intervenção, sendo, muitas vezes, serviços paralelos e não racionais quanto à ação social.

2. A região central do município de São Paulo: território de inclusão e exclusão social

A preocupação com a cidadania, com a democratização e, principalmente, com o aumento da violência e da pobreza nas cidades vem reforçando o interesse pela pesquisa sobre a questão urbana e a problemática dos segmentos que convivem no mesmo espaço, seja de moradia, seja de trabalho (Kowarick, 1995).

No caso particular de São Paulo, Santos (1994) caracterizou a região metropolitana como um espaço em que ocorre uma extrema fragmentação, onde se encontra uma população diferenciada e convivem diversas formas de produção, distribuição e consumo, e que, por isso mesmo, é uma área onde se revelam inúmeros conflitos, numa coexistência cujos sentidos devem ser buscados.

O centro histórico da cidade de São Paulo demonstra características evidentes de popularização, empobrecimento e diversificação, quando comparado ao centro tradicional do início do século, chegando aos anos 1990 com uma situação de extrema heterogeneidade entre os vários grupos sociais

que ali convivem no dia-a-dia e que dali demandam para os serviços existentes no local e nas áreas mais próximas (Frugoli Jr., 1995).

A heterogeneidade e deterioração determinam, por sua vez, uma segregação espacial entre pobres e ricos, centro e periferia, e uma divisão de "pedaços" entre os diversos grupos, que autores como Maffesoli (1987) denominaram "tribos", estabelecendo redes de relações sociais e tornando possível a própria cidade. Nestes "pedaços" as necessidades individuais se conjugam às expectativas e às possibilidades de inserção social, levando à construção de "identidades" em meio às privações e desigualdades de oportunidades (Magnani, 1984).

De acordo com a Lei Municipal nº 11.220, de 20 de maio de 1992, o município de São Paulo está dividido em 96 distritos administrativos. Destes, 10 constituem a região central: Sé, República, Santa Cecília, Bom Retiro, Pari, Brás, Cambuci, Liberdade, Consolação e Bela Vista. Segundo o censo de 1996 (IBGE, 1996), há 436.555 habitantes nessa região, sendo o distrito de Santa Cecília o mais populoso (75.826 habitantes), seguido pelo de Bela Vista (64.898) e pelo do Cambuci (64.349).

A zona central aglutina grande parte dos serviços de diferentes ramos de atividades, atraindo grandes segmentos populacionais que a utilizam como local de consumo, moradia e/ou trabalho. O traçado da malha viária da cidade favorece esse fluxo, concentrando na região os principais troncos rodoviário, ferroviário e metroviário.

Segundo o *ranking* do *Mapa da exclusão e da inclusão social da cidade de São Paulo*[1] (PUC-São Paulo, 1996), os 10 distritos administrativos da área central estão em situação mediana em relação aos demais. Todavia, há diferenças entre eles, que podem ser assim classificadas:

- melhores condições — Bela Vista, Cambuci e Consolação;
- médias condições — Bom Retiro, Liberdade, Pari, República e Santa Cecília;
- piores condições — Brás e Sé.

Nesse diagnóstico, merecem ser feitos alguns destaques: a presença marcante de cortiços como importante característica habitacional da região e os núcleos recentes de favelas e de população de rua.

---

[1] Estudo desenvolvido por várias entidades e coordenado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas de Seguridade e Assistência Social da PUC-São Paulo. Para a construção do *ranking* foram usados vários indicadores, tais como renda do chefe da família, taxa de emprego, mortalidade infanto-juvenil, longevidade, escolaridade, situação do meio ambiente, condições de habitação, acesso aos serviços públicos de saúde, educação e creches, mulheres chefes de família e transportes.

3. A experiência do Centro de Saúde-Escola Barra Funda: a questão da exclusão social e da intersetorialidade

A área de abrangência do CSEBF compreende os distritos da Barra Funda, do Bom Retiro e de Santa Cecília. Há nessa região aproximadamente 32 mil habitantes (IBGE, 1996).

O aparecimento de grupos populacionais que não são os tradicionalmente atendidos pelo serviço, como moradores de rua, imigrantes ilegais (principalmente bolivianos), ambulantes e profissionais do sexo, tem suscitado a necessidade de se formularem novas formas de abordagens técnico-administrativas e de interação intersetorial (Marsiglia & Carneiro Jr., 1997).

Apesar das críticas de diversos autores ao uso do termo exclusão social para designar situações socioeconomicamente desfavoráveis de indivíduos e grupos sociais, preferimos usar tal terminologia, mesmo reconhecendo seus limites, pois ela se popularizou tanto no discurso leigo quanto no meio acadêmico.

A principal crítica a essa forma de designar situações de inserções desfavoráveis na estrutura social, decorrendo daí modos diferenciados de acesso aos bens sociais, é que a denominação cristaliza uma situação, deixando-a estática, não dando conta da dinâmica que lhe é característica (Castel, 1997).

Para Martins, a discussão passa pelas formas precárias de inserção social, "*a sociedade capitalista desenraiza, exclui, para incluir*, incluir de outro modo, segundo suas próprias regras, segundo sua própria lógica. O problema está justamente nessa inclusão" (Martins, 1997:32; destaque do autor).

Nascimento (1994) enfatiza o aspecto da exclusão social pelo significado que o termo traz de rupturas na coesão e no vínculo sociais, ou seja, fraturas nos laços de solidariedade, levando a processos de não-reconhecimento do outro como portador de direitos. Assim, a exclusão social contemporânea no Brasil é reveladora de uma face cruel, que se traduz pela violência urbana.

Em nossa experiência, esta discussão se coloca na atuação e na problematização que temos desenvolvido em relação a alguns grupos populacionais, que podem ser enquadrados como excluídos socialmente, desfiliados ou em processos de inserções precárias, como a população de rua, profissionais do sexo etc. Temos realizado algumas investigações e organizado modos de trabalho em saúde para atender esses grupos de forma diferenciada, de acordo com suas necessidades e dinâmicas sociais (Andrade & Silva, 1999; Carneiro Jr. et alii, 1998; Maezuka et alii, 1999).

A partir das questões levantadas anteriormente, impulsionados para responder às demandas de assistência à saúde e limitados pela atuação isolada, sentimos necessidade de organizar um espaço que possibilitasse a interação de trabalho entre as diferentes instituições que prestam serviços na região próxima ao centro de saúde. Buscávamos a articulação e conseqüente potencialização das ações, a fim de atingirmos certa efetividade e eficácia social.

A criação desse espaço teve como referência o conceito de rede social, entendido numa perspectiva mais individual (Sluzki, 1997), como a soma de todas as relações percebidas como significativas ou diferenciadas do conjunto da sociedade. Já segundo Scherer-Warren (1996:9-10), a rede "implica buscar formas de articulação entre o local e o global, entre o particular e o universal, entre o uno e o diverso, nas interconexões das identidades dos atores com o pluralismo (...), ou seja, a do compromisso com os princípios humanísticos que permitem a comunicação, articulação, intercâmbio e solidariedade entre atores diversos".

Portanto, este tipo de iniciativa pode responder às demandas da realidade social vivenciada no cotidiano das práticas sociais e de saúde, intervindo de forma positiva no processo de exclusão social, como bem define Castel (1997).

Convidamos para a reunião inicial as instituições com as quais tínhamos contato em decorrência das trocas de referência para a resolução e encaminhamento de certas demandas, (como emissão de documentação, albergamento, orientação sobre questões de saúde e atendimento de urgências).

A primeira reunião aconteceu em fevereiro de 1999 e finalizamos o ano com nove encontros. No total, 30 entidades e serviços participaram ao longo desse período, entre organizações não-governamentais que trabalham com população de rua, profissionais do sexo, crianças e adolescentes de rua, instituições filantrópicas de assistência à saúde, organizações populares e órgãos e serviços estatais das áreas de saúde e bem-estar social.

A participação dessas instituições foi bastante assistemática em relação à freqüência. Todavia, formou-se um grupo com cerca de 10 delas que constituiu o núcleo central do projeto de ações intersetoriais.

Durante o primeiro semestre, discutimos os objetivos dessa iniciativa, suas potencialidades, sua legitimidade dentro dos sistemas oficiais de políticas públicas e a definição do objeto de trabalho do grupo.

Só a partir da sexta reunião é que pudemos definir que os encontros constituíam uma estratégia *de articulação intersetorial e interinstitucional de caráter informal e voluntário, visando à promoção de políticas públicas que garantissem a eqüidade de acesso aos bens e serviços sociais, particularmente na área da saúde, para grupos populacionais em situação de exclusão social na região central do município de São Paulo*.

A partir daí formaram-se dois grupos de trabalho com tarefas distintas:

- articular um cadastro efetivo de serviços e profissionais para a formação de uma rede social de cuidados — este trabalho tem-se desenvolvido através de contatos com instituições para explicar os objetivos dessa rede e convites para que participem da organização de encontros que propiciem formulações de ações conjuntas;

- conceber um equipamento (casa de cuidados) que acolha um indivíduo em inserção precária e que necessite de cuidados imediatos durante período de recuperação — por exemplo, uma gestante moradora de rua, após o parto, iria para essa casa por um período determinado, até uma resolução mais definitiva de seu caso ou que ela pudesse voltar para a rua em melhores condições de sobrevivência, tanto dela quanto do bebê.

Essas redes de movimentos sociais (*network organizations)*, que incluem relações formais e informais de indivíduos ou grupos que se interessam por alguma questão específica, são características das formas de organização dos movimentos sociais a partir da década de 1990 (Scherer-Warren, 1996).

4. Considerações finais

A partir de uma experiência concreta, procuramos apontar e analisar algumas questões presentes nas práticas sociais, mais especificamente nas práticas de saúde. Para Telles (1996:85), "discutir a questão social significa um modo de se problematizar alguns dos dilemas cruciais do cenário contemporâneo: a crise dos modelos conhecidos de w*elfare state* (...), que reabre o problema da justiça social, redefine o papel do Estado e o sentido mesmo da responsabilidade pública".

Ao tratar das questões de saúde relativas a esses grupos sociais "excluídos", devemos buscar as articulações possíveis, no que tange à noção de valor da vida e da saúde neste contexto singular. Algo que permita que a ação de saúde não seja apenas pontual, no sentido de avaliar um sofrimento agudo, mas, principalmente, que sirva de instrumento de resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania, da dignidade humana e do centro afetivo-intelectual do indivíduo.

A questão da eqüidade no acesso aos serviços de saúde e sociais tem balizado nosso trabalho institucional e a construção da ação intersetorial, mesmo reconhecendo os limites e as armadilhas das políticas de discriminação positiva, como bem alerta Castel (1997) em relação ao risco de criarmos categorias específicas de exclusão.

Uma outra questão refere-se à dificuldade de promover ações intersetoriais, isto é, *tornar comuns, entre os participantes desse processo, objetivos, estratégias e atividades, suplantando, deste modo, as necessidades imediatas e particulares de cada um dos integrantes do grupo,* pois estamos lidando com formações, estruturas técnicas e burocráticas diferentes, com linguagens e significados muito particulares e que constituem momentos históricos diferentes.

Nesse sentido, a construção de uma rede de cuidados para os grupos populacionais em situação de exclusão foi o que unificou as instituições participantes, fazendo sentido, assim, ações conjuntas, que foram operacionalizadas

através dos projetos de trabalho, da articulação de serviços e da formulação da casa de cuidados. É um desafio, portanto, superar as dicotomias e as fragmentações das práticas, criando uma nova lógica, que é a do público e do social.

Referências bibliográficas

Andrade, M. C. & Silva, J. L. DST em trabalhadoras do sexo: vulnerabilidade e exclusão. In: Congresso Paulista de Saúde Pública, 6. *Livro de resumos*. Águas de Lindóia, Associação Paulista de Saúde Pública, 1999. p. 18.

Carneiro Jr., N.; Nogueira, E. A.; Lanferini, G. M.; Martinelli, M. & Amed Ali, D. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade* (7.2), 1998.

Castel, R. As armadilhas da exclusão. In: Bógus, L.; Yazber, M. C. & Belfiore-Wanderley, M. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo, Educ, 1997. p. 15-48.

Cohn, A. & Elias, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo, Cortez, Cedec, 1996.

Elias, P. E. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Lua Nova* (40/41), 1997.

Frugoli Jr., H. *São Paulo: espaços públicos e interação social*. São Paulo, Marco Zero, Sesc, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo brasileiro 1996*. Rio de Janeiro, IBGE, 1996.

Kowarick, L. Investigação urbana e sociedade. In: Reis, E.; Almeida, M. H. T. & Fry, P. (orgs.) *Pluralismo, espaço e pesquisa*. São Paulo, Anpocs, Hucitec, 1995.

Maezuka, A. T.; Belleso, M.; Ribeiro, M. A. & Naves, T. M. Estudo do projeto "Favela dos Gatos". São Paulo, Centro de Saúde-Escola Barra Funda/Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 1999. mimeog. (Trabalho de conclusão do Rodízio de Saúde Pública.)

Maffesoli, M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.

Magnani, J. G. R. *Festa no pedaço: cultura e lazer na cidade*. São Paulo, Brasiliense, 1984.

Marsiglia, R. & Carneiro Jr., N. Condições de vida e saúde na região central de São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 5; Congresso Paulista de Saúde Pública, 5. *Livro de resumos*. Águas de Lindóia, Abrasco, APSP, 1997. p. 21.

Martins, J. S. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo, Paulus, 1997.

Nascimento, E. P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Cadernos CRH* (21):29-47, jul/dez, 1994.

Porto, S. M. Justiça social, eqüidade e necessidade em saúde. In: Piola, S. F. & Viana, S. M. (orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, Ipea, 1995.

PUC-São Paulo. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Seguridade e Assistência Social (coord.). *Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo, Educ, 1996.

Sallum Jr., B. Transição política e crise de Estado. *Lua Nova* (32):133-67, 1994.

Santos, M. *Por uma economia política da cidade: o caso de São Paulo*. São Paulo, Hucitec, Educ, 1994.

Sluzki, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativa terapêutica*. Trad. Cláudia Baliner. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

Scherer-Warren, I. *Redes de movimentos sociais*. 2 ed. São Paulo, Loyola, 1996.

Telles, V. S. Questão social: afinal, do que se trata? *São Paulo em Perspectiva, 10*(4):85-95, 1996.

Touraine, A. *O que é democracia?* Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1996.