

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

Tammy Ferreira de Lacerda

Bioética e Diversidade

**Condições de Saúde da População Adulta em Situação de Rua
do Distrito Federal**

BRASÍLIA

2012

Tammy Ferreira de Lacerda

Bioética e Diversidade

**Condições de Saúde da População Adulta em Situação de Rua
do Distrito Federal**

**Trabalho de dissertação apresentado para
obtenção do título de Mestre em Bioética
pela Cátedra UNESCO da Bioética da
Universidade de Brasília – UnB**

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA

2012

Tammy Ferreira de Lacerda

Bioética e Diversidade

**Condições de Saúde da População Adulta em Situação de Rua
do Distrito Federal**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestra em Bioética pelo
Programa de Pós-Graduação em Bioética da
Universidade de Brasília.

Aprovada em 13 de fevereiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Solange Baraldi
Universidade de Brasília

*Aos meus filhos Rafael e Davi eu dedico este trabalho e com
ele todas as minhas boas intenções na construção de uma
sociedade solidária e responsável, aberta à diversidade e onde
a ética não seja uma meta, mas uma prática cotidiana.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro pela sua magistral orientação, mas também pela sua atenção, generosidade e compreensão diante do cotidiano de uma mulher, mãe e profissional que decide 'tirar do baú' desejos e vontades para aprofundar conhecimentos, estudos e idéias, na intenção de melhor contribuir na gestão pública, na sociedade e, principalmente, junto às pessoas em situação de rua.

Ao meu professor Prof. Dr. Volnei Garrafa agradeço a disponibilidade e atenção de sempre mesmo à frente da ocupada atuação como coordenador da Cátedra UNESCO de Bioética.

Agradeço ao Movimento Nacional da População de Rua e, em especial, ao Fórum Permanente da População em Situação de Rua do Distrito Federal, nas pessoas de Jacinto Mateus e Antonia pelo companheirismo e força na luta cotidiana pela cidadania do segmento.

Ao meu amigo Valmir de Moraes e minha amiga Anja Kamp, cuja amizade e solidariedade me impulsionaram na tarefa por mim incumbida, minha gratidão.

A todos os homens, mulheres e crianças que de alguma forma contatei, entre olhares e conversas, e, de uma maneira especial aos entrevistados, minha gratidão e meu eterno compromisso. Estes transformaram a pesquisa em tarefa agradável e enriquecedora, tanto do ponto de vista profissional como pessoal, mantendo-a estimulante em todo o processo.

*“Custa um rico entrar no céu
(afirma o povo e não erra)
Porém, muito mais difícil
É um pobre ficar na terra”.*

(Mário Quintana)

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com 20 moradores das ruas do Plano Piloto, Brasília, com o objetivo de conhecer seu perfil sócio-epidemiológico, bem como o acesso aos serviços de atenção à saúde. Pretendeu-se com este trabalho dar visibilidade ao cotidiano deste segmento historicamente excluído dos benefícios estatais, bem como para o indivíduo que vivencia a vida na rua em sua dimensão biopsicossocial. Em adição, argumentar, sob o ponto de vista da Bioética, as persistentes situações de vulnerabilidade que afetam os moradores de rua em processos discriminatórios, excludentes e que violam direitos conquistados. Confirma-se, na pesquisa, a heterogeneidade deste segmento que, em sua maioria, vive em família e comunidade, constatação esta que deve ser considerada no desenvolvimento de programas e ações inclusivas e eficazes para esta população.

Palavras-chave: população em situação de rua; discriminação; direito à saúde; equidade; bioética.

ABSTRACT

This survey was carried out among 20 homeless people living in the Pilot Plan, in Brasília, identifying their social and epidemiological profile, as well as their access to health care services. The aim of our work was to provide visibility to this segment of the population, which has been historically excluded from the benefits provided by the State, as well as the bio-psycho-social dimension of the lives of homeless individuals. This paper also aims to expose – from the perspective of Bioethics – the persistent vulnerability faced by the homeless, the consequence of discriminatory and excluding processes that violate human rights. The survey has confirmed the heterogeneity of this population segment, the majority of which lives with their families and as a community, a finding that must be considered in the design of inclusive and effective programs and actions for this population.

Keywords: homeless; discrimination; right to health; equity; bioethics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Serviços públicos a serem ofertados nas áreas prioritárias do Mapa da Pobreza. Caderno Brasil Sem Miséria, MDS, 2011.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cor declarada entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 2 – Religiões praticadas por homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 3 – Grau de escolaridade entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 4 – Ocupações relatadas por homens e mulheres, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 5 – Incidência de homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, de acordo com a região de origem, 2011.

Tabela 6 – Estados e municípios de origem de pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 7 – Procedência (município e estado), por número de pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 8 – Local atual e tempo de moradia na rua, entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 9 – Tipo de documentação entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 10 – Tipo de discriminação referida pelas pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 11 – Atividades de lazer entre pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, por sexo, 2011.

Tabela 12 – Unidades e serviços de saúde por tipo de atendimento procurado pelas pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 13 – Medicamento por finalidade e acesso para pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

Tabela 14 – Grau de (des) conhecimento do SUS, por pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGEFIS – Agência de Fiscalização do Distrito Federal

BPC – Benefício de Prestação Continuada

GDF – Governo do Distrito Federal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MNPR – Movimento Nacional da População de Rua

PBF – Programa Bolsa Família

PIB – Produto Interno Bruto

PR – Presidência da República

SDH – Secretaria de Direitos Humanos

SEDEST – Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda

SENARC – Secretaria Nacional de Renda e Cidadania

SEOPS – Secretaria da Ordem Pública e Social do Distrito Federal

SSP – Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TERRACAP – Companhia Imobiliária de Brasília

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	13
1.1	Processos inclusivos na história recente do Brasil.....	15
2.	Objetivos.....	26
3.	Métodos.....	27
3.1	Tipo de estudo e descrição da área.....	29
3.2	Amostra e técnica de coleta de dados.....	33
3.3	Variáveis analisadas.....	33
3.4	CrITÉrios de inclusão e exclusão.....	33
4.	Resultados.....	35
4.1	Diagnóstico situacional das comunidades e grupos visitados.....	70
5.	Discussão.....	79
5.1	A bioética no contexto da saúde pública.....	84
5.2	Caminhos e descaminhos da ação pública.....	90
5.3	Necessidades e possibilidades para o alcance da tica.....	95
6.	Considerações Finais.....	98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Parecer do comitê de tica em pesquisa

Declaração do Movimento Nacional da População de Rua

Termo de consentimento livre e esclarecido

Questionário aplicado

Mapa Administrativo Brasília – Plano Piloto

Regiões Administrativas do Distrito Federal

Imagens das ocupações

Legislação específica

1. INTRODUÇÃO

No tecido social difuso que é a sociedade brasileira com suas grandes diferenças, particularidades culturais e riquezas inerentes ao seu povo e território, enredam-se desigualdades na sua estrutura econômico-social, providas por uma dinâmica de auto sustentação que se perpetua desde os tempos do Brasil Colônia. Nesse sentido, a pobreza, situações de miséria e exclusão persistentes são condições requeridas pelos processos ligados ao desenvolvimento socioeconômico que mantém certo grupo ou classe social conduzindo uma coletividade homogeneizada. Mas essa homogeneização é aparente, ou relativa a um momento histórico, pois, mesmo os segmentos sociais invisibilizados conduzem sua história, embora de forma marginal (no sentido etimológico da palavra: à margem), transformando a tessitura social com seus saberes e micro poderes, os quais consagram sua sobrevivência cotidianamente. Nesse contexto, a população em situação de rua é parte constitutiva da pobreza, da histórica exclusão social – ou da ordem econômica e social macro estruturada – e das condições de vulnerabilidade persistentes. Tais pessoas e grupo são vulnerados por sua própria condição e vulneráveis a todo e qualquer risco à sua saúde e integridade de pessoa, enquanto ser físico, emocional, social e dotado de inteligência (1). Em verdade, as capacidades humanas estão diretamente ligadas às oportunidades, e estas às condições socioeconômicas de indivíduos e grupos populacionais inteiros.

Fatores político-sociais retroalimentados pela estrutura econômica desenvolvimentista estão diretamente relacionados às condições que moldam diferentes formas de viver e de se relacionar, e divide a sociedade entre os que têm e os que não têm acesso a serviços básicos, benefícios sociais e ao livre exercício dos direitos civis. As desigualdades macro estruturadas promovem o enriquecimento da economia em detrimento da vida humana e das liberdades individuais, fato verificável na desproporção do aumento do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* com os baixos índices de qualidade vida ao redor do mundo. Para Sen, a pobreza resulta da ausência de liberdades substantivas, entendidas como acesso à saúde e educação, nutrição satisfatória, saneamento básico, segurança, assistência social, vestimenta, habitação (2). E desta resulta trabalho precário, falta de oportunidades

e de possibilidades de opção, baixa participação e mobilização social, e a alta vulnerabilidade frente às adversidades.

A população em situação de rua conforma um segmento social que carrega em si as marcas do desenvolvimento econômico que priva a expansão das liberdades reais e que se manifesta no histórico processo de exclusão vivenciado pelos desprovidos, pobres urbanos ou camponeses, desde a Europa pré Revolução Industrial. Marx (1988b) explica que o surgimento do fenômeno 'população em situação de rua' remonta às sociedades pré-industriais da Europa no contexto da chamada acumulação primitiva em que os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras sem que as indústrias nascentes, nas cidades, os absorvesse com a mesma celeridade com que se tornaram disponíveis. Em face disso, muitos se tornaram ladrões, mendigos, vagabundos, fazendo aparecer o pauperismo (3).

No pensamento de Elias & Scotson (2000) estes são os 'outsiders' que carregam como estigma os mesmos atributos - anomia, delinquência, violência e desintegração – como resultado das relações de poder que se perpetuam na sociedade contemporânea e tecnológica. É o mundo do 'establishment' e dos 'established' no qual se destaca a minoria dos melhores, os guardiães do bom gosto no campo das artes, das boas maneiras e da excelência científica, e que detêm a posição de prestígio e poder na sociedade. As diferenças e desigualdades sociais e de acesso a bens e serviços são o cerne da relação entre os estabelecidos e os 'outsiders' sociais. Essas relações de poder são os elementos da vida social que se manifestam na dicotomia vivenciada individual e coletivamente na experiência de pertencimento e exclusão, de superioridade e inferioridade social e moral, ou, ainda, na auto percepção e reconhecimento de si como 'pessoa' integrada no saber-fazer social. Muitas vezes as relações entre estabelecidos e 'outsiders' se exacerbam, chegando ao uso da força física, da violência e do assassinato (4).

Cabe-nos refletir: Quais os códigos que legitimam a manifestação da superioridade como o estigma, a violência e o assassinato? Como superar a auto percepção negativa de carência de virtudes e inferioridade humana? Há uma sociodinâmica na estigmatização: o estigma, o preconceito e a violência são socialmente aprendidos, da mesma forma que uma educação e cultura voltadas

para o respeito à diversidade e o cultivo da paz pode ser estimulado. Até porque as diferenças e desigualdades residem mais nas oportunidades sociais (ou na falta destas) do que nas capacidades humanas. Elias & Scotson (2000) ressaltam que os problemas em pequena escala de uma comunidade ou segmento social e os problemas em larga escala do desenvolvimento de um país são inseparáveis, pois os fenômenos sociológicos não ocorrem em vazios sociológicos (4).

1.1. PROCESSOS INCLUSIVOS NA HISTÓRIA RECENTE DO BRASIL

No Brasil, apesar dos recentes avanços alcançados no âmbito da proteção social e da atenção à saúde, há fatores persistentes e geradores de iniquidades relacionados à efetivação de políticas e programas, como a falta de acesso a serviços de educação e saúde de qualidade, desemprego, falta de acesso à moradia digna, falta de saneamento básico e ambiental, inúmeras alterações no meio ambiente e seus ecossistemas. Tais fatores, essencialmente macroestruturais, suscitam a necessidade e a importância de reconhecer os fatores sociais e econômicos que determinam a promoção e a manutenção da saúde de grupos historicamente vulneráveis para superá-los. O impacto de projetos e programas sociais na saúde do indivíduo e de grupos populacionais tem sido verificável e tem alcançado proporções consideráveis no acesso a bens e serviços. Porém, o estudo das condições econômicas e sociais relativas ao processo saúde-doença carece de profundidade científica para que venha a se consolidar em políticas estruturantes e macro dimensionadas no âmbito social, econômico, e, especificamente, na saúde. Isto implica em intervenções que levantem, nivelem e eliminem obstáculos que dificultam a preservação da saúde, e, principalmente, o acesso à rede de saúde por parte da população (5)(6)(7).

Sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) a base da política de saúde pública brasileira, configura-se, hoje, de uma enorme complexidade devido a quadros situacionais dos quais citamos alguns:

Distintos atores – diferentes grupos populacionais com diversidade sócio antropológica (étnica e racial, moral, cultural e econômica);

Diferentes níveis de capacidade administrativo-operacional – diferentes níveis de gestão e de práticas gerenciais e de saúde, com forte atuação do setor privado;

Diferentes cenários político-conjunturais – alternância na condução técnico-política, principalmente nos níveis locais;

Recursos humanos da saúde – quadro de profissionais sem preparo para lidar com as diferentes realidades de um país heterogêneo e diverso em sua cultura, geografia e povo.

Configuram-se, então, novos paradigmas para a consolidação do SUS: análises de emergências sociais; novas estratégias e posicionamentos são discutidos; atenção, na perspectiva do acolhimento e do cuidado, das demandas de diferentes grupos populacionais; articulação com outros órgãos do governo para atuação conjunta; observância e ratificação da potencialidade, efetivação e consolidação de uma política pública de saúde resguardada na seguridade social.

Observa-se que desde a década de 90 com a implantação do SUS a distribuição regional do gasto em saúde melhorou substancialmente, embora a rede de média e alta complexidade, concentrada nas regiões Sudeste-Sul, consuma uma parte importante dos recursos da saúde, em detrimento da atenção básica à saúde, principal porta de entrada do SUS.

Na história recente do Brasil, instituições e setores governamentais vêm, direta ou indiretamente, trabalhando em prol dos direitos relacionados à cidadania com destaque para a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), a qual tem apoiado e coordenado discussões que auxiliam na elaboração de políticas públicas que asseguram a universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos, de forma interdependente e articulada, e, conseqüentemente, o acesso da população a bens e serviços garantidos pela Constituição Brasileira de 1988 (8).

A discussão sobre desigualdades, sua determinação de ordem política, social e cultural, sua relação com as condições de vida dos diferentes segmentos populacionais, e com o processo saúde-doença, somada às crescentes demandas de grupos populacionais específicos, como é o caso da população em situação de rua, exigem políticas públicas intersetoriais e desenvolvimento de ações intrasetoriais com espaços de governança que busquem a solução dos problemas de saúde nos níveis locais e regionais, com identificação das iniquidades existentes e definição de estratégias para combatê-las. Isto inclui fortalecer políticas e práticas existentes voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde, especialmente

aquelas fundamentadas em ampla participação social, popular ou comunitária.

Os princípios assegurados pela Constituição Brasileira em relação à assistência à saúde como universalidade, integralidade e participação social vêm gradativamente incorporando componentes inclusivos na prática de atenção à saúde da população com grau elevado de qualidade (8). Embora sejam visíveis os avanços alcançados nas políticas sociais no âmbito federal, muitas Unidades Federadas ainda não incorporaram tais políticas em sua gestão, deixando parcela da população distante dos benefícios estatais. É o caso da população em situação de rua, segmento em condições de extrema vulnerabilidade, que apresenta um maior grau de exposição aos riscos de adoecer e morrer, bem como de agravos decorrentes do rompimento de vínculos sociais e de maior exposição às diversas formas de violência.

Em relação às políticas, programas e ações muito se avançou na área da saúde da mulher, da criança e do idoso, bem como em políticas voltadas para segmentos populacionais com demandas específicas como povos indígenas e população negra. O eixo norteador dessas políticas é a promoção da equidade em saúde não só no aspecto da regionalização e do financiamento, como também da inclusão social de grupos historicamente excluídos ou com demandas reprimidas. Segmentos populacionais como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, ciganos, e pessoas em situação de rua estão em processo de acolhimento de suas demandas junto aos órgãos do Governo Federal e setores específicos. No entanto, questões relacionadas ao volume e prioridade de financiamento, qualidade dos serviços e acessibilidade à rede de saúde continuam relevantes na pauta dos movimentos sociais.

A população em situação de rua, mesmo com reivindicações matricialmente semelhantes aos outros segmentos como inclusão social e acesso à benefícios estatais, requer atenção às suas especificidades. Trata-se de uma população historicamente excluída e estigmatizada, que tem como realidade central a vida em pobreza, condição da qual decorre inúmeras violações de seus direitos de pessoa humana.

Neste sentido, movimentos locais centralizados no Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), têm atuado em conjunto com setores do Governo

Federal e governos locais com o objetivo de definir estratégias e ações estruturantes para o segmento.

No período de agosto de 2007 a março de 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua em 71 cidades brasileiras com mais de 300 mil habitantes. Destas, 23 eram capitais. Não foram inseridas as cidades de Belo Horizonte, Recife, São Paulo e Porto Alegre, pois estas tinham levantamentos censitários anteriores sobre este segmento populacional. A pesquisa foi resultado da parceria do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) (9)(10).

A pesquisa revela que os quase 32 mil habitantes das ruas têm mais de 18 anos, são homens em sua maioria (82%), e apenas 16% são pedintes ou mendigos, já que 59% afirmam ter profissão.

Quanto ao acesso aos programas governamentais, 88,5% não tem atendimento. A aposentadoria, o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) atingem apenas 3% desta população. Dentre os principais motivos para viver na rua estão os problemas decorrentes do alcoolismo e uso de drogas (35,5%). A pesquisa levantou em Brasília 1.734 pessoas morando nas ruas com percentual de 0,071% em relação à contagem de população residente (IBGE, 2007) maior do que a média nacional que foi de 0,061% (9)(10).

Com base nas informações contidas na Pesquisa Nacional, o Governo Federal instituiu por meio do Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, sob a coordenação da SDH/PR, com o objetivo de articular, elaborar e implementar ações voltadas para a população em situação de rua de caráter inclusivo e intersetorial, com a participação do Movimento Nacional de Pessoas de Rua e pesquisadores (11).

De acordo com a Instrução Operacional nº 20 da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome,

(...) família em situação de rua é aquela cujos vínculos familiares foram interrompidos ou fragilizados e que não possuem moradia convencional regular, habitando logradouros públicos (ruas, praças, jardins, canteiros, marquises e baixos de viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, cemitérios e carcaças de veículos), fazendo destes

locais seu espaço de moradia e sustento, temporária ou permanentemente, podendo utilizar albergues para pernoitar, abrigos, casas de acolhida ou moradias provisórias (12).

O Decreto nº 7.053/2009 avança quando considera a abrangência do perfil das pessoas em situação de rua como ‘grupo populacional heterogêneo’ (11):

(...) população em situação de rua é o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Resguardada a constatação da inexistência de moradia convencional regular, é de especial importância a observação da diversidade da população em foco quando da elaboração e desenvolvimento de ações intersetoriais. No entanto, a legislação ainda homogeneiza o segmento com relação aos seus vínculos sociais, comunitários e familiares interpretando-os como ‘interrompidos e fragilizados’. Tal fato é verdade para uma parte do segmento, especificamente aqueles com histórias de drogadição, alcoolismo e rupturas afetivas. Outros grupos, conforme constatamos na presente pesquisa, mantêm fortes laços familiares e comunitários, e uma atividade ocupacional, que, embora informal, é pequena fonte geradora de renda. Isto pressupõe abordagem diferenciada no desenvolvimento das ações preconizadas na Política, que tem como diretrizes a garantia dos direitos sociais, acesso a serviços públicos e oportunidades de ocupação e renda.

Mais recentemente o Decreto nº 7.492 de 02 de junho de 2011 instituiu o Plano Brasil Sem Miséria com a finalidade de superar a situação de extrema pobreza da população brasileira em todo território nacional, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações nas três esferas de governo e junto à sociedade civil. O Brasil Sem Miséria considera a multifatorialidade da situação de pobreza e define em linha de extrema pobreza a população com renda familiar per capita mensal de até R\$ 70,00. Para o Plano a insuficiência de renda é um relevante indicador de privações, mas não é o único, pois *“fatores sociais, geográficos e biológicos multiplicam ou reduzem o impacto exercido sobre cada indivíduo”*, além da falta de acesso à saúde, moradia, instrução e oportunidades (13).

Os programas de inclusão social e econômica da última década retiraram 28 milhões de brasileiros da pobreza absoluta e alçaram 36 milhões à classe média. Mesmo com resultados tão significativos, 16,2 milhões continuam vivendo na extrema pobreza, sendo que destes, 59% estão concentrados na região Nordeste. O Plano Brasil Sem Miséria elaborou o Mapa da Pobreza por meio de busca ativa tanto na zona rural como na zona urbana, observando as diferentes realidades do campo e da cidade. Visando ao desenvolvimento de ações nacionais e regionais criou o Mapa de Oportunidades que terá a participação de estados e municípios, relacionando programas e projetos de governo já existentes voltados para geração de emprego e renda. Foi realizado, também, um levantamento da insuficiência de renda e da carência de oferta de serviços públicos à população brasileira, especialmente aquela em situação de vulnerabilidade (14).

O Plano trabalhará a partir de três eixos:

- 1) garantia e elevação da renda familiar per capita;
- 2) ações de inclusão produtiva; e
- 3) acesso a serviços públicos, com aumento das capacidades e oportunidades, e das condições de bem-estar.

A partir da multidimensionalidade da pobreza, o Plano tem o desafio de retirar a população extremamente pobre de sua condição, rompendo o círculo vicioso dos condicionantes socioeconômicos da pobreza (14).

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) será o instrumento básico para identificação do público e planejamento das ações, onde serão incluídas as famílias que vivem fora da rede de proteção e promoção social. As estratégias para o enfrentamento da extrema pobreza contam, ainda, com a ampliação do Programa Bolsa Família (PBF) que beneficiará mais 800 mil famílias e aumentará o limite de três para cinco filhos. Por meio do cartão Bolsa Família serão incluídos créditos de fomento para o meio rural, Rede Cegonha e Bolsa Verde. As áreas prioritárias do Mapa da Pobreza contarão com a ampliação do acesso a serviços públicos e programas de governo como o Brasil Alfabetizado, Mais Educação, Olhar Brasil, Rede Cegonha, Brasil Sorridente e Saúde da Família. Os serviços constantes do Plano fazem parte de programas governamentais existentes os quais serão ampliados em atenção aos objetivos, conforme está representado na figura abaixo (14).



Figura 1 – Serviços públicos a serem ofertados nas áreas prioritárias do Mapa da Pobreza
 Fonte: Caderno Brasil Sem Miséria, MDS, 2011.

Observe-se que há uma especial atenção à população em situação de rua, embora ações na educação, habitação, documentação, segurança alimentar e saúde também alcancem esta população direta ou indiretamente. O Censo Demográfico 2.010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) serviu de base para a elaboração e definição de estratégias do Plano Brasil Sem Miséria em domicílios permanentes e ocupados, sendo 67% de pessoas na área urbana e 33% na área rural (15).

Consideramos na pesquisa a heterogeneidade da população que mora e trabalha na rua, como grupos que mantêm seus vínculos familiares e afetivos, além de uma vida em comunidade, fato esse configurado como elemento surpresa, visto que a literatura aborda, em geral, a população em situação de rua dos grandes centros urbanos caracterizados pela perda de vínculos afetivos e familiares, bem como histórias de drogadição e alcoolismo, inclusive em documentos oficiais (9)(10)(11)(12)(16). Destes, temos na literatura poucas informações sobre

estratégias de sobrevivência ou de sustento, ou de situações que tornam a vida ainda mais precária e difícil. A grande maioria dos (as) entrevistado (as) ganha a vida e sustenta suas famílias em trabalho informal, preponderantemente, com catação de material reciclável.

Diante do universo trabalhado na pesquisa, apenas no Plano Piloto, estima-se haver muito mais que o número referido na Pesquisa Nacional para o Distrito Federal, necessitando um maior e melhor detalhamento da quantidade, demandas e necessidades não percebidas desta população por parte do poder público local.

A despeito de compromissos formalizados pela atual gestão do Governo do Distrito Federal (GDF), como o Decreto nº 32.986 de 13 de junho de 2011 (que institui o Comitê Intersetorial para elaboração da Política de Inclusão Social da População em Situação em Rua do Distrito Federal), e a Lei nº 4.601 de 14 de julho de 2011 (que institui o Plano pela Superação da Extrema Pobreza – DF Sem Miséria), a representação política do segmento, por meio das lideranças do Fórum Permanente da População em Situação de Rua do Distrito Federal, considera que a incorporação das reivindicações por parte da gestão caminha a passos lentos diante da urgência e intensidade das demandas reprimidas quanto à saúde, educação, habitação e segurança (17)(18). Os próprios entrevistados referem que, se, por um lado, reduziram-se sensivelmente as constantes violações de direitos por parte de órgãos do governo, por outro, ações de intervenção positiva ainda não alcançaram pessoas e comunidades. Para além da verdade, o Comitê Intersetorial que tem como membros secretarias de governo e movimento social, com a coordenação da Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Governo do Distrito Federal (Sedest/GDF), até o presente momento não havia publicado a Política de Inclusão Social da População em Situação de Rua.

De qualquer forma, o desafio é enorme. As questões de habitação, de segurança e de vulnerabilidade social no Plano Piloto e entorno são por demais delicadas para o universo humano de extrema pobreza no qual está inserida a população pesquisada.

Faz-se imprescindível refletir:

No Distrito Federal, o que se tem avançado após o Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009, o qual institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, e, mais recentemente o Decreto nº 7.492 de 02 de junho de 2011 que

institui o Plano Brasil Sem Miséria? Onde percebemos a ausência do poder público? Quais os principais fatores de risco que levam à exclusão, da qual a situação de rua é a sua mais extrema representação? Os serviços sociais e de saúde atendem às necessidades e demandas? É possível identificar modelos de boas práticas para esta população? Quais tipos de serviços são ofertados a essa população? São satisfatórios e inclusivos? Como minimizar as desigualdades? É possível desenvolver o cultivo de uma cultura de paz e respeito às diferenças?

E mais subjetivamente:

O que mais se pode compreender sobre as pessoas em situação de rua? Qual é o seu universo de convívio, aprendizado e relação com o mundo de entorno?

O interesse sobre a temática da equidade em saúde e, especialmente, equidade na atenção à saúde da população em situação de rua, deu-se com a aproximação profissional da autora, enquanto técnica especializada do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Dagep/MS), com lideranças do Movimento Nacional da População de Rua, em sua luta de enfrentamento das inúmeras desigualdades sociais vivenciadas por este segmento. Mas, sobretudo, por este segmento, enquanto fenômeno social construído historicamente, refletir uma síntese de múltiplas determinações, as quais se vinculam a pobreza, a falta de percepção de direitos, a inacessibilidade aos benefícios e programas estatais, o trabalho informal, a exclusão social persistente, a sistemática violação dos direitos humanos, promovida inclusive por órgãos de governo, entre outras. Por esse quadro desafiador de múltiplas origens do fenômeno, bem como das condições de superação diária de inúmeras dificuldades inerentes à sua condição de rua, interessou-se a autora. Junte-se a isso a intenção de ajudar a encontrar soluções norteadoras para superação das vulnerabilidades sociais e redução das desigualdades estruturadas.

No âmbito do Programa de Pós Graduação em Bioética da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, este trabalho vincula-se à linha de pesquisa 'Bioética das Situações Persistentes'.

A população em situação de rua é um segmento populacional heterogêneo, mas que não se constitui, apenas, como dito em vários documentos, inclusive

oficiais, de pessoas que possuem em comum a pobreza extrema, inexistência de moradia convencional regular, e vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Veremos aqui que os vínculos familiares e afetivos, individuais e comunitários são mantidos tanto com sua família nuclear – conformando famílias estruturadas objetiva e subjetivamente - como com sua família de origem, além da comunidade de rua a qual pertence em fortes laços de amor, companheirismo e solidariedade.

A constatação de situações precárias vivenciadas pelas populações em estudo, transformada em informação, torna-se fundamental para a compreensão da heterogeneidade deste segmento no que tange à formulação e implementação de políticas públicas que se orientem por uma intervenção do Estado positiva, estruturante e inclusiva.

Dentre os termos utilizados para abordar ou discutir este segmento, como povo de rua, população de rua, pessoas em situação de rua ou população em situação de rua, optaremos pelo termo ‘em situação de rua’, para reforçar o sentido de transitoriedade do ‘estar na rua’, que se revelou no sentimento e no desejo das pessoas pesquisadas.

Com os resultados desta pesquisa espera-se gerar informações que possam ser utilizadas pelas autoridades públicas e sanitárias no sentido de proporcionar meios que venham a auxiliar na ampliação da abrangência do acesso das pessoas que vivem e moram na rua, materializando os princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), e que o próprio morador de rua reconheça-se como cidadão que tem direito a uma vida livre de violência, ao acesso às políticas, programas e benefícios estatais existentes, inclusive qualificando-as a partir de suas experiências e demandas.

A pesquisa contida na dissertação propõe-se a elucidar os aspectos vinculados às condições sociais e de saúde da população em situação de rua, para que tenha o alcance de contribuir para a redução dos efeitos perversos da exclusão social, da pobreza e das desigualdades sociais estruturadas através da ação direta, proativa, eficiente e eficaz do poder público de forma articulada e intersetorial, principalmente no que concerne às autoridades sanitárias nos níveis regionais e federal.

Os estados, municípios e Distrito Federal são as entidades oficiais às quais cabem a efetivação, implementação e universalização de políticas sociais preconizadas recentemente (11)(13)(14), além de programas, leis e princípios consolidados na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde de 1.990 (19). Estas intervenções positivadas do Estado na realidade devem agregar valores na perspectiva da igualdade de condições e acesso, passando pela equidade e visando à superação das vulnerabilidades sociais e à liberdade humana.

2. OBJETIVOS

a) Geral - Conhecer sob o enfoque Bioético o acesso de moradores de rua do Plano Piloto do Distrito Federal aos serviços de atenção à saúde.

b) Específicos

1. Conhecer o perfil epidemiológico, sexo, faixa etária, estado civil, profissão, grau de escolaridade e cor declarada/etnia;
2. Verificar possíveis fatores associados à situação de morar na rua e tempo de vida nessa condição;
3. Conhecer o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde sob a visão Bioética.

3. MÉTODOS

A forma de condução do presente trabalho se deu em duas etapas. Na primeira foi feito um levantamento e estudo da bibliografia e da legislação referente ao assunto, bem como de informações e demandas deste segmento populacional para o setor saúde. Isto possibilitou uma análise da evolução da participação ativa institucionalizada deste segmento e da implementação de políticas inclusivas nas três esferas de gestão do setor saúde, bem como a observação das condições de vulnerabilidade a que está sujeito este segmento.

Em uma segunda etapa foram coletados dados com a utilização de instrumento elaborado para tal finalidade. Para tanto, o instrumento constou de questões do tipo semi-abertas visando responder aos objetivos do estudo. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores e abordaram aspectos biopsicossociais dos sujeitos relativos à sua condição social e familiar, além de questões relativas ao atendimento realizado pelo SUS nos níveis de atenção básica, de média e alta complexidade. Durante as entrevistas foram observadas e registradas em diário de campo as respostas e expressões corporais, comportamentais e gestuais das pessoas entrevistadas.

A metodologia de análise dos dados foi feita por meio de degravação. As observações mais importantes foram classificadas em categorias de análise, segundo Minayo (20).

Os pressupostos teóricos da ética e da bioética contidos em Beauchamp e Childress, Schramm, Cortina, Engelhardt, Garrafa e Jonas conformaram a base fundamental deste estudo.

Os princípios da autonomia e da justiça de Beauchamp e Childress foram aprofundados partindo-se da premissa de que grupos e populações historicamente excluídos e, portanto, em condições de vulnerabilidade persistentes têm sua autonomia diminuída e devem ser protegidos (21). Desta forma, foi necessário associar o estudo da Bioética de Intervenção, em Garrafa, que traz uma bioética possível para a América Latina, e revela o pluralismo de valores e a necessidade da responsabilidade individual e pública para uma nova abordagem ética com aplicação social e inclusiva (22)(23)(24). A Bioética de Proteção de Schramm revela a

possibilidade de alcance da justiça social e equidade considerando as diversidades existentes, com capacidade para superar as desigualdades no acesso à assistência à saúde, pois a equidade só será possível com a aplicação do Princípio da Igualdade formal em Aristóteles, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, dar a cada um de acordo com suas necessidades (25).

A Ética Cívica, em Cortina, permitiu vislumbrar o pleno convívio da diversidade de sujeitos, pois

(...) os mínimos compartilhados entre cidadãos que possuem distintas concepções de ser humano e distintos ideais de vida permitem uma convivência de máximos (26).

Para Engelhardt, a distinção entre amigos morais (pessoas que compartilham uma moralidade essencial) e estranhos morais (não compartilham premissas ou regras morais de evidência e inferência suficientes para resolver as controvérsias morais) pode ser percebida através da relação entre comunidades e sociedades. A sociedade funciona como uma associação que envolve os indivíduos participantes de comunidades morais diversas. Desta forma, estranhos morais devem resolver suas controvérsias por meio de um acordo comum, podendo reconhecer os mútuos compromissos morais (27).

O Princípio Responsabilidade de Hans Jonas provoca, a partir de uma profunda reflexão, uma atuação na coletividade e nas políticas públicas de forte impacto social. Estimula-nos a pensar sobre a necessidade de mudança nas estruturas organizacionais e políticas, com atuação global e local, coletiva e individual. Sua ética da responsabilidade traz como princípios o exercício da humildade, a busca do conhecimento e a aplicação da sabedoria. Tal ética é preventiva, olha para o futuro a partir de reflexões no presente. Por isso necessita de medidas públicas transversais às ações governamentais, com profunda mudança nas estruturas organizacionais e políticas. Implica um poder público centrado na pessoa e não na técnica. Exige políticas públicas centradas em elementos multiculturais que busquem a equidade na diversidade, respeitando a igualdade na diferença, através de ações afirmativas que promovam a vida e a qualidade de vida, além de uma cultura dos direitos humanos. O prazo é longíquo, para o futuro, e as ações devem enfrentar as profundas desigualdades econômicas e sociais, em

diferentes segmentos e regiões geográficas. Fundamentados numa nova natureza do agir, Jonas nos convoca a utilizarmos o *conhecimento* para o bem de todos os seres e formas de vida, a *responsabilidade* e *prudência* na aplicação do conhecimento e da técnica, a *humildade* para reconhecer os limites da fragilidade e do poder humanos, e a *sabedoria* para usar esse poder de forma a manter a integridade da vida (28)(29).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FCS/UnB). Os sujeitos da pesquisa foram orientados sobre os objetivos da mesma e convidados a participar em caráter voluntário, e, após concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se a confidencialidade das informações contidas nas entrevistas. A pesquisa teve anuência do Movimento Nacional de Pessoas de Rua (MNPR) e do Fórum Permanente da População em Situação de Rua do Distrito Federal.

Ao longo do processo de elaboração do estudo, principalmente na fase das entrevistas, foi contatado o Fórum Permanente da População de Rua do Distrito Federal, por ocasião do “Ciclo de Debates: Políticas Sociais para a População em Situação de Rua do Distrito Federal”, promovido pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Governo do Distrito Federal, em 12 de junho de 2011.

3.1. TIPO DE ESTUDO E DESCRIÇÃO DA ÁREA

Foi realizado um estudo quali-quantitativo tendo como base a Bioética, no Plano Piloto, região central de Brasília, em locais onde estavam instalados grupos de moradores. O Plano Piloto tem 8,1% da área total do Distrito Federal (472,12 km²) e integra a Região Administrativa I – Brasília – e é composto pela Asa Sul e Asa Norte onde habitam 198.422 pessoas (9,6% do total de habitantes do Distrito Federal) (30).

Para execução das entrevistas os pesquisadores fizeram um trabalho junto a grupos de moradores de rua a partir do contato com os próprios moradores das ocupações – ou ‘invasões’, termo utilizado pelos moradores. Foram realizados contatos com moradores de rua e catadores de materiais recicláveis, conforme a

Técnica de Conveniência (31). Desta forma, fizeram parte da pesquisa os moradores de rua do território circunscrito à Asa Norte. Os moradores dessas localidades chamam-nas de *'invasão'*, termo que será aqui substituído, quando da fala da pesquisadora, por *'ocupação'*, considerando ser este um termo mais apropriado do ponto de vista do empoderamento e autonomia dos sujeitos. Tais *'invasões'* conformam pequenos aglomerados de barracos armados em locais públicos onde estas pessoas moram e trabalham. Assim foram contatados seis grupos, a seguir descritos:

- 1) Ocupação ao lado da Diretoria Regional de Ensino Plano Piloto e Cruzeiro (DREPPC), próximo à Colina/Universidade de Brasília (UnB), via L3 Norte.
- 2) Ocupação próxima à Garagem do Senado.
- 3) Ocupação próxima à Estação Experimental de Biologia da Universidade de Brasília (EEB/UnB), ao lado da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (Caesb), via L4 Norte.
- 4) Ocupação próxima ao Carrefour Norte, ao lado do Setor Noroeste, em construção.
- 5) Moradores do final do Eixo L Norte.
- 6) Ocupação do Setor de Armazenagem e Abastecimento Norte (SAAN).

1) Ocupação ao lado da DRE-PPC próximo à Colina/UnB, L3 Norte - primeira visita realizada em 02/junho/2011

Este grupo tem membros provenientes dos estados de Pernambuco, Paraíba e Bahia. A primeira pessoa a chegar reside no local há 15 anos. São todos catadores de materiais recicláveis. A maioria tem casa em Brasília (própria ou alugada), mas passa a maior parte do tempo (quinzenas ou meses corridos) no local trabalhando para tirar o sustento da família. São sete famílias morando em barracos, com 22 adultos e 16 crianças. Alguns têm cavalos que usam para o trabalho de coleta do lixo a ser reciclado. No local também há cachorros. Essas famílias convivem com a falta de saneamento ambiental, visível no esgoto e lixo exposto, embora esta comunidade resida ao lado da Diretoria Regional de Ensino/Plano Piloto e Cruzeiro, e próximo à Universidade de Brasília.

2) Ocupação próxima à Garagem do Senado – primeira visita realizada em 29/junho/2011

Neste local moram membros de uma mesma família (um casal e nove filhos) que chegou à Brasília há 23 anos, vindos de Itaporanga, na Paraíba. Hoje são 20 adultos e 32 crianças e adolescentes, morando em 14 barracos. A maioria é analfabeta e as crianças, em sua maioria estão fora da escola. Trabalham com reciclagem de materiais coletados dos órgãos de Governo da Esplanada dos Ministérios. O terreno é tomado por lixo e esgoto exposto. Ressalte-se que as crianças e adolescentes tem idade que varia de seis meses a 17 anos. Três barracos/famílias tem a mulher como única provedora, sendo que duas mulheres têm oito filhos cada uma, e a terceira mulher tem três filhos. O número de crianças com idade inferior a sete anos é grande.

3) Ocupação próxima à EEB/UnB, ao lado da Caesb, via L4 Norte – primeira visita realizada em 06/julho/2011

São seis adultos vivendo em dois barracos pequenos. Só foi possível realizar uma entrevista na segunda visita. Na primeira visita foram cordiais, mas solicitaram retorno em outro dia para realizar entrevista. Este grupo não consegue trabalhar com reciclagem, pois não é permitido na área que, sistematicamente recebe visita da polícia civil ou militar. É visível uma placa do DETRAN/DF com o sinal de 'proibido carroças'. A fonte de renda é guarda e lavagem de carros nas superquadras próximas, venda de isca de peixe e pequena coleta de materiais para reciclagem, que vendem para outros recicladores, não chegando a juntar grandes quantidades.

4) Ocupação próxima ao Carrefour Norte (Setor Noroeste) – primeira visita realizada em 06/julho/2011

A recepção nesta comunidade foi muito boa. Na chegada ao núcleo denominado posteriormente 'núcleo 1' fomos conduzidos por uma moradora para conhecer toda a comunidade. Em levantamento feito nos núcleos familiares que habitam a 'invasão' do Carrefour Norte, onde está sendo construído o novo setor Noroeste, encontramos 43 famílias vivendo em 40 barracos distribuídos em seis núcleos familiares ou de aparentados.

Todos são provenientes do Ceará, principalmente do município de Iguatu. Os primeiros moradores chegaram há cerca de oito anos. Todos trabalham com reciclagem de materiais, de onde tiram o seu sustento. Atualmente, são 138 pessoas, sendo 83 adultos e 55 crianças e adolescentes.

Cada núcleo tem uma dinâmica, de acordo com seus moradores. De uma maneira geral, os 'terreiros' são limpos, com os materiais recicláveis separados em grandes sacos, e os barracos mantendo espaço entre si. Vivem como se estivessem na zona rural nordestina. Trouxeram consigo seus hábitos de vida e modo de se relacionar. Nesta comunidade foi construído um barraco de madeira onde eles recebem um padre que faz a missa aos sábados. Toda a comunidade participa.

5) Moradores do Final do Eixo L Norte – primeira visita realizada em 05/julho/2011

No dia da visita havia três pessoas - um casal e um homem solteiro, os quais se abrigam em um barraco embaixo de uma árvore, próximo ao final do Eixo L norte. Na minha chegada a mulher estava cozinhando alimentos doados e adquiridos em lixeiras. O homem casado mostrou-me que um dos produtos estava com prazo de validade vencido, ao que ele considerava que não havia problema, visto que o produto estava bem armazenado e não havia resquícios, visíveis, de deterioração.

6) Ocupação do Setor de Armazenamento e Abastecimento Norte (SAAN) – primeira visita realizada em 11/julho/2011

É uma das mais antigas do Distrito Federal. Todos são provenientes do Iguatu/CE. São 13 famílias com 45 pessoas, sendo 24 adultos e 21 crianças. Todas as crianças estudam, pois a comunidade se reúne e paga um carro que leva e busca as crianças na escola. São todos catadores de materiais recicláveis. Cada família tem seu barraco. O esgoto é exposto. Os barracos são arrumados em seu interior, demonstrando zelo na vida doméstica. Os materiais recicláveis estavam separados em grandes sacos. Todos os moradores foram bastante acolhedores, demonstrando interesse em participar da entrevista.

3.2 AMOSTRA E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Segundo Minayo (20), na definição do número de participantes de uma pesquisa, a medida é interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação. A partir deste critério, foram entrevistadas 20 (vinte) pessoas o que corresponde a 1,153% do total da população de moradores de rua, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua que afirma existirem 1.734 pessoas em situação de rua na cidade de Brasília (9)(10). Considerou-se que tal amostra indica a tendência do grupo pesquisado sobre o entendimento de questionamentos e para o levantamento das condições de vida, situações cotidianas e acesso aos serviços de saúde, revelados na análise dos dados. Para tanto, foi utilizada a Técnica de Conveniência, contemplando-se a amostra entre moradores de seis ocupações da Asa Norte. Não sendo alcançados moradores da Asa Sul, os dados analisados representam os moradores que vivem na Asa Norte de Brasília (31).

3.3 VARIÁVEIS ANALISADAS

Foram analisadas variáveis relacionadas à identificação pessoal e questões epidemiológicas e sociais, como faixa etária, sexo, cor declarada/etnia, origem e procedência, motivo que o levou a morar na rua e tempo de moradia na rua, prováveis problemas de saúde, procura da assistência e em quais ocasiões, qualidade da assistência percebida, qual tipo de assistência (básica, de média e alta complexidade), e percepção de direitos. Utilizou-se para análise das variáveis quantitativas o software EPI-INFO 6.04.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram estabelecidos como critérios de inclusão:

- 1) a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após leitura, explicações necessárias e anuência;
- 2) ter idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos; e
- 3) morar na rua.

Considerou-se 'morar na rua' as situações de ter a rua como local de abrigo, de trabalho e de maior tempo de permanência. O critério de exclusão foi não ser alfabetizado.

4. RESULTADOS

A amostra pesquisada envolveu 20 pessoas, 10 homens e 10 mulheres, com idade superior a 18 anos, que moravam nas ruas no Plano Piloto, em Brasília, Distrito Federal. As pessoas entrevistadas tinham por origem diversos estados brasileiros, sendo, em sua maioria, provenientes da Região Nordeste, com predominância do estado do Ceará. Vieram para Brasília na esperança de conseguir uma melhor qualidade de vida, surpreendendo-se, segundo alguns relatos, com a vida na rua.

As ocupações identificadas variam desde o trabalho de coleta e reciclagem de papel, sendo essa a ocupação majoritária, até atividades como vigília e lavagem de carro em estacionamentos públicos, ou ajudante de mecânico, e outras atividades comuns como os cuidados com a casa, em boa parte das mulheres. Todas as pessoas que concordaram em ser entrevistadas relataram histórias de sofrimento e superação, na esperança de que dias melhores possam acontecer, principalmente no que concerne às condições de estudo e novas perspectivas de vida para seus filhos.

O questionário dividiu-se em dois momentos: a) Dados de Identificação e b) Perfil Epidemiológico-Social. A análise dos resultados foi realizada em duas etapas distintas: a primeira constou de dados quantitativos e a segunda discorreu sobre a análise qualitativa dos dados. As entrevistas foram realizadas nos locais onde vivem os entrevistados, a partir de busca ativa, sendo áreas de cerrado, próximo a instituições e órgãos como a Universidade de Brasília e o Senado Federal, e à margem de vias.

A pesquisa foi realizada no período de 02 de junho a 12 de julho de 2011 e os entrevistados tinham, na ocasião, idade entre 19 e 52 anos.

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição de acordo com a cor declarada.

Tabela 1 – Cor declarada entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Cor Declarada	Homem	%	Mulher	%
Parda	5	(50,0)	5	(50,0)
Preta	3	(30,0)	1	(10,0)
Branca	2	(20,0)	4	(40,0)
Total	10	(100,0)	10	(100,0)

Ressalte-se que, segundo o IBGE a população de cor negra refere-se a pretos e pardos, perfazendo entre os pesquisados, 80% dos homens e 60% das mulheres. Uma mulher, que nunca participou de pesquisas censitárias, insistiu em se dizer morena, pois não conhecia a identificação 'parda' para cor. Outra mulher, de cor parda, declarou sua origem indígena, enquanto um homem de cor parda revelou que seu pai e avó eram índios.

Com relação ao estado civil, a maioria dos (as) entrevistados (as) vive em relação conjugal, sendo oito em união estável, quatro casados e dois que se disseram 'amasiados'. Um 'amasiado' diz estar em um relacionamento sério, pois, a namorada, filha de ciganos, está grávida. Cinco estão solteiros (as), sendo que uma mulher solteira tem filhos, e um homem solteiro está separado há oito anos e desde então vive só. Uma mulher viúva assume sozinha o trabalho de catação de material reciclável para garantir o sustento para si e seus dois filhos.

A maioria dos (as) entrevistados (as) (dezesseis) relatou possuir uma religião, enquanto que duas mulheres e dois homens informaram não possuir religião, e dois homens informaram ter uma religião própria, entendida aqui como religiosidade sem caráter de religião oficial. Todos (as), no entanto, revelaram "*ter fé em deus*" e acreditar em uma força suprema.

As religiões de origem cristã - católica e evangélica - predominaram entre os/as entrevistados (as). Os (as) católicos (as) vão à igreja sistemática ou esporadicamente, assim como os (as) evangélicos (as) participam de seus cultos, vivenciando sua religião na prática formal. Na Tabela 2 são apresentadas as religiões referidas.

Tabela 2 – Religiões praticadas por homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Religião	Homem %	Mulher %	Total %
Católica	3 (15,0)	6 (30,0)	9 (45,0)
Evangélica	3 (15,0)	2 (10,0)	5 (25,0)
Sem religião formal	4 (20,0)	2 (10,0)	6 (30,0)

É importante ressaltar que foi considerada a percepção pessoal e livre de religiosidade identificada como o caso do homem que revela fazer parte da igreja de ‘*Jesus Cristo*’ sem, no entanto, seguir nenhuma religião formal, fazendo alusão a uma religiosidade interna e independente de instituições oficiais. Outro entrevistado diz ter sua própria religião, “*a minha mesma*”, e, embora de base católica, também visita cultos evangélicos. Ainda, entre os ‘sem religião formal’ uma mulher diz visitar tanto a igreja católica como as dos ‘crentes’.

Na Tabela 3 são mostrados os diferentes graus de escolaridade dos moradores e moradoras de rua. Verifica-se que a maioria apresenta um elementar grau de instrução. Na observação geral, os moradores entrevistados, em sua maioria, possuíam um baixo grau de escolaridade.

Tabela 3 – Grau de escolaridade entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Escolaridade	Alfabetizado %	1º GI %	1º GC %	2º GI	2º GC	Total
Homens	1 (5,0)	6 (30,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	10(50,0)
Mulheres	0 (0,0)	8 (40,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10(50,0)
Total	1 (5,0)	15 (75,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	20(100,0)

Verifica-se que 75,0 % das pessoas entrevistadas têm o primário incompleto (quinze), seguidas por 10,0% que possuem o primeiro grau completo (duas), enquanto 15,0% são alfabetizadas e apresentam o secundário incompleto e completo (5% cada). O homem alfabetizado aprendeu a ler e escrever sozinho, sem,

ao longo de sua vida, ter vivenciado uma educação formal. Não foi encontrada uma diferença significativa entre gênero e escolaridade.

Ressalte-se que nenhum dos (as) entrevistados (as) alcançou o grau universitário, sendo também baixa a incursão no ensino médio e mesmo a finalização do ensino fundamental. Este quadro reflete a lógica perversa de que os pobres e excluídos em algum momento de suas vidas, certamente no início da juventude, são obrigados a se exilarem da vida estudantil para cuidarem da própria sobrevivência.

Paradoxalmente, essas famílias, onde se incluem parte dos (as) entrevistados (as) esforçam-se para manter os filhos na escola como pressuposto de uma vida melhor, e conseqüente saída da zona de exclusão que significa o 'viver na rua' mesmo que não seja totalmente percebido em sua complexidade.

Várias foram as ocupações referidas, embora a maioria trabalhe com catação de material reciclável. Esse processo inclui a catação e seleção de material retirados dos lixos de prédios, escolas, supermercados, instituições e órgãos públicos próximos do local de moradia. Atente-se que o local de moradia é escolhido exatamente por ser propício à garantia de meios de sobrevivência relacionados a essa atividade.

Outras atividades principais no período de realização das entrevistas foram de guardador e lavador de carro, serviços gerais, ajudante de oficina mecânica e dona de casa.

Tabela 4 – Ocupações relatadas por homens e mulheres, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Ocupação	Homem %	Mulher %	Total %
Reciclagem	5 (50,0)	6 (60,0)	11 (55,0)
Guarda e lavagem de carro	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (10,0)
Serviços gerais	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (10,0)
Ajudante de oficina mecânica	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,0)
Dona de casa	0 (0,0)	4 (40,0)	4 (20,0)

Os casos referidos de 'serviços gerais' são de moradores do final do Eixo L norte, os quais não têm ocupação fixa ou continuada. Estes fazem serviço de jardineiro, vigia de carro na superquadra próxima e de reciclagem esporádica.

A atividade de 'guarda e lavagem de carro' não é oficial visto que a Administração do Plano Piloto exige carteira com definição de área, e os entrevistados não conseguem tirá-la, pois um é egresso do sistema penitenciário e outro tem registro na Polícia Civil como usuário de drogas. O ajudante de oficina mecânica trabalhava na reciclagem e com esse novo trabalho tem carteira assinada. Uma mulher refere ser 'dona de casa' sua ocupação principal, pois o marido é ajudante de pedreiro, embora também ajude seus familiares na reciclagem. Outra mulher, dona de casa, refere que seu tempo é para cuidar do bebê que ainda amamenta. Outra conta que seu tempo é para cuidar dos cinco filhos, incluindo um bebê também em fase de amamentação.

De uma maneira geral, a ocupação de doméstica é uma atividade sistemática entre as mulheres. Esta ocupação tem sua origem nos primórdios do patriarcalismo que se perpetua até hoje e está diretamente vinculada às questões de gênero em pauta na nossa sociedade contemporânea.

Além das atividades de cuidados com a casa, filhos e alimentação da família, e da reciclagem como principal atividade produtiva, algumas mulheres desenvolvem ocupações secundárias como lavagem de roupas de outras pessoas da comunidade em que vivem, ou trabalham no movimento social como é o caso de uma liderança do Movimento de Catadores de Material Reciclável do Distrito Federal.

Todos (as) referem ocupações anteriores em seus locais de origem ou última procedência como borracheiro, chacareiro, empreiteiro na roça, pintor, agente de endemias, ajudante de pedreiro, batedor de pasto, jardineiro, empregada doméstica, faxineira, ajudante de padeiro e ajudante de servente.

A maioria tem em comum a percepção de que o trabalho com reciclagem é livre. É uma atividade sem patrão na qual eles são os donos... Donos de seu horário e de seu tempo. É um trabalho árduo realizado com a própria força, sendo o corpo o motor principal. Alguns, com melhores condições utilizam bicicletas ou cavalos, o que não exime o valor e o significado de uma atividade informal em que ele – o trabalhador – é o principal protagonista. Aqui o ideal é a liberdade, embora, após a separação do material, este é vendido para atravessadores que ganham muito mais

do que os que trabalham diretamente com o serviço de catação e separação do material a ser reciclado.

Os termos aos quais se percebem são variados: *'reciclador'*, *'catador de papelão'*, *'puxador de papelão'*, *'catador de material reciclável'*. Estes termos se opõem a jargões utilizados pelos transeuntes ou desconhecidos, como *'catador de lixo'*. Concebe-se aqui uma auto percepção positiva que descreve sua intenção de ser reconhecido como trabalhador, mesmo que de um trabalho informal.

A moradia habitual dos (as) entrevistados (as) é descrita a seguir:

1. Ocupação ao lado da Diretoria Regional de Ensino/Plano Piloto e Cruzeiro, próximo à Colina da UnB, na altura da quadra 608 norte, na via L3 Norte. Neste local - também chamado pelos moradores de Chacrinha, Favelinha, Cerrado – seis pessoas foram entrevistadas. Parte destes tem casa alugada em Brasilinha, bairro de Planaltina/GO, e trabalham no local, onde passam a maior parte do tempo, configurando períodos de semanas e quinzenas. Isto reflete a necessidade de maior permanência no local de trabalho.
2. Ocupação da Garagem do Senado. A mulher entrevistada tem casa no Paranoá, mas trabalha na invasão onde passa a maior parte do tempo com a família.
3. Ocupação do final do Eixo L Norte, embaixo de uma mangueira. Aqui foram entrevistados dois homens. Dois dias depois de realizada a entrevista os três moradores (dois homens e uma mulher) não estavam mais no local.
4. Ocupação do Carrefour Norte, hoje setor Noroeste. Foram entrevistadas sete pessoas nesta área do cerrado. Todos (as) têm esta habitação como único local que serve para moradia, acesso ao trabalho e vida em comunidade. Muitos possuem vínculos de parentesco ou amizade entre si, inclusive desde o local de origem.
5. Ocupação próxima à Estação Experimental de Biologia da UnB e à Caesb, na via L4 Norte. Aqui foi entrevistado um homem que tem este como único local de moradia e acesso ao trabalho de vigia e lavador de carro nas superquadras do final da Asa Norte.

6. Ocupação do SAAN, Quadra 1. Neste local os moradores têm algum grau de parentesco e amizade. Muitos chegaram aqui por intermédio dos que vieram primeiro. Este grupo mantém contato com a comunidade do setor Noroeste, visto que alguns moradores habitaram juntos em outras ocupações que sofreram 'derrubadas'. Todos têm este local como único para moradia e trabalho. Aqui foram entrevistadas três pessoas.

A *origem* das pessoas fornece subsídios para compreensão de sua forma de viver na rua. A este fator junte-se o *tempo* de moradia na rua e o *motivo* que a levou a morar na rua. Desta maneira, dos grupos e comunidades pesquisadas, observou-se que a maioria, de origem rural, mantém seu padrão social e moral na esfera familiar e comunitária. O tempo de moradia interfere na manutenção deste padrão, de maneira que aqueles que estão na rua há mais tempo, aos poucos, desfazem-se de seus valores.

Aqueles que mantêm fortes vínculos familiares e sociais, inclusive com parte da família que ficou no local de origem, conseguem sustentar seus valores e transmiti-los aos seus filhos. Atente-se que 75% dos pesquisados tem uma sólida estrutura familiar com filhos que nasceram e/ou estão sendo criados em Brasília.

Tabela 5 – Incidência de homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, de acordo com a região de origem, 2011

Região	Homem %	Mulher %	Total %
Norte	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,0)
Nordeste	6 (60,0)	10 (100,0)	16 (80,0)
Centro Oeste	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (10,0)
Sudeste	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,0)
Sul	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Conforme mostrados na Tabela 5, a totalidade das mulheres entrevistadas é do Nordeste. Todas vieram para Brasília acompanhando os maridos ou os pais.

Dos homens, os oriundos do Nordeste têm vínculos com a família de origem, além de serem provedores de suas famílias. Um deles revela que na primeira tentativa trouxe sua família, mas para garantir a segurança da mesma permaneceu sozinho em Brasília, com o objetivo único de subsidiar sua família no interior do Ceará. Dos homens oriundos do Nordeste apenas um tem história de drogadição.

Três dos homens oriundos das outras localidades (Norte, Centro-Oeste e Sudeste) têm história de desagregação e conflitos familiares, e drogadição. O quarto, nascido em Brasília, é filho de imigrantes nordestinos e trabalha com reciclagem de materiais.

Tabela 6 – Estados e municípios de origem de pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Estado	Município	Total Município	Total Estado
Bahia	Barra	1	3
	Juazeiro	1	
	Salvador	1	
Ceará	Acopiara	1	9
	Fortaleza	1	
	Iguatu	7	
Distrito Federal	Brasília	2	2
Paraíba	Conceição de Piancó	1	2
	Teixeira Piancó	1	
Pernambuco	Floresta	2	2
São Paulo	Santos	1	1
Tocantins	Araguaína	1	1

A última procedência revela o tempo de moradia na rua, visto que muitos moraram em outras ocupações antes de morar no atual local. Estas ocupações são em Taguatinga, Recanto das Emas, Cruzeiro (próximo à Ceasa), antiga Encor, Quadra 912 norte (próximo ao Colégio JK), Quadra 315 norte (próximo ao posto de

saúde), atrás do Carrefour, ao lado do Cage (no late Clube), debaixo das pontes do Bananal e do Bragueto. Há relatos de dormirem dentro de carros e nos estabelecimentos onde trabalhavam.

Muitos tiveram passagem em outras cidades do interior nordestino e de Goiás tentando a *'ganhar a vida'* sem sucesso, vindo, posteriormente, morar nas ruas do Distrito Federal. Na Tabela 7 é apresentada a última procedência dos moradores de rua, por município e estado.

Tabela 7 – Procedência (município e estado), por número de pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Estado	Município	Total Município	Total Estado
Bahia	Irecê	1	2
	Valente	1	
Ceará	Iguatu	7	7
Distrito Federal	Invasão Taguatinga	1	6
	Invasão 912 norte	1	
	Invasão do Cruzeiro	1	
	Parque Olhos D'Água	1	
	Paranoá	1	
	Presídio da Papuda	1	
Goiás	Águas Lindas	1	4
	Formosa	1	
	Goiânia	1	
	Planaltina	1	
Pará	Belém	1	1

Das pessoas entrevistadas, todas moram na rua, em barracos armados com papelão, compensado e plástico. O formato depende de cada grupo. Os moradores do Setor Noroeste e SAAN optam por barracos na forma quadrada, de maneira que

seja possível uma pessoa manter-se em pé, enquanto nos outros locais os barracos têm o teto no formato triangular, sendo necessário abaixar-se e manter-se curvado dentro do barraco. Uma explicação para isso é o aquecimento do espaço interno. Por outro lado, observa-se que essas habitações são mais expostas, estando à margem de vias – como a L3 Norte, L4 Norte e N2 Norte – e suscetíveis a situações de risco. Como seu formato e tamanho, à noite ficam quase imperceptíveis. Não serem vistas, para essas pessoas é questão de proteção. Os barracos no formato quadrado são mais espaçosos, sendo, inclusive, divididos em cômodos. Da mesma forma, todas as pessoas trabalham ou tiram seu sustento da rua direta ou indiretamente, como é o caso das mulheres que auxiliam o esposo ou parentes.

O tempo de moradia na rua variou entre dois meses e 25 anos. Os casos recentes na rua (dois meses e oito meses) relatam vivência de drogadição, soropositividade e separação conjugal. As comunidades do Setor Noroeste e SAAN descrevem um tempo de rua que varia entre quatro e oito anos quando aqui chegaram as primeiras famílias provenientes de Iguatu no Ceará, mantendo estabilidade no seu local de moradia, variando entre dois locais dentro do SAAN, dependendo das ‘derrubadas’. As pessoas com longa trajetória na rua (entre 10 e 25 anos) relatam passagem por outras ocupações até o local atual de moradia.

Apenas um morador do setor Noroeste refere ter tido moradias diversas, habitando há 19 anos no cerrado. Veio à Brasília, proveniente de Valente (BA) a convite de um irmão e surpreendeu-se com a moradia embaixo da ponte do Bananal. Posteriormente ocupou, junto com outros moradores de rua, a região atrás do Carrefour (empresa de comércio e indústria de alimentos e outros produtos situada próximo ao Setor de Oficinas Norte/SOFN), tendo, também, morado de aluguel pago pela administração de uma obra na qual trabalhou por um período de três meses.

Parte dos moradores do setor Noroeste e SAAN procederam da antiga ocupação próxima ao Carrefour/SOFN. Esta área garantia a sobrevivência das pessoas que aproveitavam os produtos descartados pela referida empresa, mas, depois de inúmeras ‘derrubadas’, sofreu a última há cerca de quatro anos. As pessoas que habitavam o local distribuíram-se entre o SAAN, o setor Noroeste e outras ocupações.

Moradores entrevistados da L3 Norte, vizinhos da Diretoria Regional de Ensino, têm uma longa trajetória nas ruas. Um senhor, de 52 anos, informa que,

vindo de Juazeiro/BA, mora há 20 anos nas ruas de Brasília, estando há 15 anos no mesmo local, e tendo morado por quatro anos onde hoje é o Parque Olhos D'Água. Parte dos moradores deste local tem casa em Brasília, Planaltina/GO, onde passam final de semana ou para onde vão quinzenalmente. Um dos entrevistados mora há 20 anos no mesmo local, intercalando passagem no sistema penitenciário, e diz ter morado dentro de carros em oficinas mecânicas e dentro dos comércios; certa vez morou dentro de uma panificadora na Quadra 706 norte, onde foi ajudante.

Um rapaz, recente morador de rua, conta que morou na laje do Banco do Brasil do Paranoá, na L2 Sul (em frente ao Hospital Infantil), debaixo da Ponte do Bragueto, e no estacionamento do Pão de Açúcar do Lago Norte, onde vigiava os carros. Oito meses de moradias instáveis. Um senhor, morador da L4 Norte, está nas ruas de Brasília desde o ano de 1.986, estando neste local há cinco anos.

Tabela 8 – Local atual e tempo de moradia na rua, entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Local de Moradia	Tempo	Quantidade	Homem	Mulher
Eixo L Norte	2 meses	1	1	-
	8 meses	1	1	-
Setor Noroeste	4 anos	2	1	1
	5 anos	3	-	3
	8 anos	1	-	1
	19 anos	1	1	-
SAAN	6 anos	2	-	2
	8 anos	1	1	-
L3/DRE-PPC	10 anos	2	2	-
	13 anos	1	-	1
	20 anos	3	2	1
N2/Gar Senado	23 anos	1	-	1
L4/EEB/UnB	25 anos	1	1	-

Conforme tabela, vemos que 70% das mulheres estão nas ruas do Plano Piloto há um tempo relativamente curto (entre 4 e 6 anos). Destas, todas vieram acompanhando seus maridos ou companheiros. Todas moram no mesmo local (setor Noroeste e SAAN) desde a chegada, com exceção de uma que morou na ocupação por trás do Carrefour/SOFN, vindo para o atual local depois da última 'derrubada'.

Das mulheres que registram maior tempo de moradia na rua (entre 13 e 23 anos), duas chegaram com a família. Todas relatam ter morado em casa alugada ou própria na cidade de origem ou de procedência quando ainda vivia no Nordeste. Uma moradora da L3 diz ter casa em Planaltina, onde moram os filhos e para onde vai de 15 em 15 dias, sendo o motivo de morar no local seu trabalho e sustento da família. Outra afirma que a casa da família no Nordeste foi vendida para que o pai e o irmão tentassem a vida em São Paulo, o que não dando certo, fez com que emigrassem – desta vez toda a família, com pai, mãe e nove irmãos – para Brasília no início dos anos 80. Vindos de carona de caminhão, desembarcaram na Central de Abastecimento/Ceasa, e por alguns meses a família sobreviveu dos produtos doados pelos comerciantes locais. Ela viveu na rua por 18 anos e há cinco tem casa no Paranoá onde passa os finais de semana.

“Logo que chegamos recebemos muita ajuda. Era uma fatura de frutas que alimentava toda família”.

Essas mulheres vivem há vários anos nas ruas do Plano Piloto e entorno, embaixo de ponte e viaduto, passando por ocupações em Taguatinga, Recanto das Emas, Ceasa, entre outras. Seus filhos nasceram, crescem e vivem nessas mesmas condições, embora sejam visíveis seus esforços por manter os filhos na escola e dar acompanhamento de saúde quando necessário. Esta parece ser a parte mais sensível – o acesso aos serviços de saúde – como veremos adiante.

Dos fatores que os levaram a morar nas ruas, os (as) entrevistados (as) em sua maioria informaram serem as condições socioeconômicas no seu local de origem. Trabalho e renda, sua escassez e suas precárias condições se revelaram como o ponto central – e crucial – de morar e trabalhar, e de criar seus filhos nas ruas e locais pesquisados. É o caso de uma moradora que, ainda jovem, veio para a

rua com a mãe e três irmãos menores. Outra veio com a família, migrada da Paraíba, composta de pai, mãe e nove filhos. Os mais jovens relatam que ‘falta emprego e experiência’, além de que é impossível estudar já que trabalham durante toda a semana na coleta de material. A falta de estudos e de qualificação é fator preponderante para introdução na vida na rua. Outros contam que vieram na esperança de encontrar emprego, encontrando como única opção de trabalho a reciclagem. O objetivo de alguns é juntar dinheiro para comprar uma casa na sua cidade de origem, sonho logo desfeito com a realidade das ruas. Eis os relatos:

“Eram muitas as dificuldades. Ou pagava aluguel ou comprava as coisas pra dentro de casa. Aqui tinha expectativa de conseguir dinheiro para comprar uma casa no Ceará, mas o dinheiro do trabalho é só para os filhos”.

“Onde nós ‘morava’ era quase a mesma coisa. Amanhecia e não tinha o que comer... o que dar às crianças? Mas lá nós ‘vivia’ de aluguel e não tinha serviço”.

A dificuldade para conseguir emprego que garanta o sustento da família é uma realidade para os brasileiros que não tem a qualificação exigida pelas empresas, além da informalidade com que comércios e pequenas empresas do interior tratam a situação trabalhista e a condição patrão-empregado, como informam uma moradora e um morador do SAAN:

“Lá no Ceará ganha muito pior do que aqui. Eu morava de aluguel e trabalhava em padaria por R\$ 90,00”.

“‘Eles’ (as empresas) pegam pessoas indicadas. ‘Eles’ têm medo (de pessoas) de invasão”.

Uma mulher, moradora do SAAN, informa que o marido veio através de um amigo e que ela chegou depois nas condições descritas a seguir:

“Eu vim depois de 15 dias com os filhos, em ônibus clandestino. Demoramos seis dias... o ônibus quebrou, a polícia parou e ‘liberou’. Precisei pedir ajuda na estrada porque o dinheiro acabou”.

Os fatores de chegada são os mesmos da permanência nas ruas, como diz uma mãe a seguir:

“Vivo na rua para dar condições aos filhos. É da rua que tiro o meu sustento”.

Segue, ainda, um relato de um homem de 38 anos, que – conta - sofreu um acidente de espingarda deixando uma sequela numa das mãos e tem um problema no joelho que impossibilita uma livre locomoção:

“Falta de trabalho. Sempre não tem condições de alugar casa. E sem trabalhar como é que vai pagar aluguel? Sou ‘encostado’, nem todo trabalho posso fazer”.

A liberdade do trabalho informal, de ser seu próprio chefe – ou da ilusão de sê-lo – também apareceu, conforme exposto nos relatos:

“Aqui a gente ganha mais... Trabalhava fichado e recebia R\$ 17,00 por dia (...). As lixeiras em Brasília têm ‘boca rica”.

“A gente ganha o dinheiro e o dinheiro não ganha a gente”.

“Apesar de morar na rua, acho melhor do que em Juazeiro porque a gente passava fome e não tinha trabalho”.

Histórias de separação conjugal também foram relatadas como motivo de vinda para as ruas, embora nos dois casos entrevistados estejam associadas a uso de drogas como o crack e resultado de HIV positivo. Com relação ao uso de drogas, um entrevistado comentou:

“Fui viciado em crack e fui para na cadeia. Mas álcool não falta na cadeia”.

Casos de transgressão e família disfuncional foram relatados, como o de uma imigrante do Ceará, uma vez órfã de mãe, saiu de casa aos 14 anos porque o pai bebia, não trabalhava e passavam fome. Veio para Goiânia onde morou num barraco no lote da irmã. Viveu com um rapaz com o qual teve dois filhos. Este a ‘largou’ por outra mulher. Depois veio direto para a ocupação do Setor Noroeste, onde havia parentes. Numa ida ao Ceará trouxe o atual marido.

A seguir o relato de um homem sobre sua história de desagregação familiar:

“Fui ovelha negra da família, descartado, ninguém me quis. Saí de casa aos 12 anos. Sou de família pobre de Ceilândia”.

Um homem de 52 diz que trabalha na rua porque o serviço é mais leve. Paradoxalmente, esse senhor sofre há quatro anos com uma hérnia umbilical e duas hérnias inguinais, provavelmente resultado de sua atividade diária de coleta de materiais na qual ele próprio puxa sua carroça, sendo seu corpo a força motriz.

Questionados quanto aos sentimentos experimentados e fatos vividos ao chegar na rua muitos revelaram a satisfação de ter um trabalho mesmo que informal e repleto de dificuldades cotidianas. A dignidade ao se colocarem como trabalhadores e pessoas honestas, pais e mães de família nos dá clareza quanto ao fato de serem sobreviventes num ambiente cotidianamente inóspito no qual convivem mantendo firmeza de caráter e capacidade de superação impressionante. Ambiente deveras inóspito segundo a maioria dos relatos visto que as ameaças e intervenções oriundas de órgãos policiais e setores do governo têm sido, ao longo de suas trajetórias nas ruas, sistemáticas. Os relatos a seguir falam por si:

“Melhor do que ficar parado ou roubar”.

“Normal, já estou acostumado. Estou aqui desde pequeno, cheguei com minha mãe”.

“Cheguei aqui e fui logo no Carrefour conseguir cesta. Vendia coisa no sinal. Nada faltava”.

“Vim de carona com colega de viagem. Aqui é melhor, mesmo com barraco de lona, passando frio, é melhor que passar fome”.

“Você pensa uma coisa e é só engano”.

“Foi difícil... me arrependi porque não encontrei o emprego que pensava. Pensei em voltar, mas não quis voltar sem nada. Achei melhor dar duro, trabalhar”.

“Não foi fácil. Aconteceram várias ameaças e intervenções da Terracap. Por causa de uns os outros pagam do mesmo jeito”.

“Estranhei morar na rua. Não esperava que fosse assim. Sabia que ia trabalhar com reciclagem, mas achava que ia morar numa casa”.

“Viemos de carona de caminhão. Vim esperando arrumar meio de vida. Me surpreendi quando cheguei. Pensei que todo mundo ia arrumar emprego. Meus filhos logo começaram a trabalhar com reciclagem”.

“Achei ruim demais. Queria voltar na mesma hora... por morar no meio da mata, (com) a maior dificuldade de água”.

“Só sofrimento. A pessoa morar num canto que não tem água é horrível”.

“Meu irmão morava debaixo da ponte do Bananal e vim morar com ele em 1992. Foi estranho, mesmo com a situação difícil do Nordeste... eu esperava morar na obra. Mas fui acostumando”.

“Eu já sabia que vinha pra barraco. Vim direto pra invasão em 2005 com meu marido. Quando eu cheguei aqui chorava e queria ir embora. Trabalhei em padaria no Cruzeiro. Agora estou na reciclagem”.

“Quando montei barraco, no outro dia derrubaram. Aí caiu a ficha! E começou: era eu fazendo e eles derrubando. Eu pensava que ia ser uma coisa melhor e não foi”.

“Nunca tinha morado em barraco. Achei muito esquisito. Alugamos uma casa em águas Lindas, mas não deu pra continuar pagando e voltamos pra invasão. Desde então estamos direto aqui”.

“Aos 12 anos me senti uma pessoa liberta. Morei três anos na 706 norte dentro da panificadora Suzana, onde era ajudante. Depois dormia com um amigo dentro dos carros, nas oficinas, dentro dos comércios. Abria os carros só pra dormir. Sofria violência, me batiam quando os donos dos carros chegavam. A gente chamava a polícia para nos proteger mas ‘ia’ parar na Funabem. Ficava uns meses lá e depois fugia”.

“Mudou tudo. Sem dinheiro dormia sozinho no estacionamento do Pão de Açúcar. Antes dormia no Plano Piloto, mas estava perigoso”.

“Fiquei sozinho na rua três meses, deprimido. Até que encontrei minha atual mulher”.

Todos têm família e parentes com os quais mantêm algum tipo de contato. A maioria mora e compartilha o mesmo espaço ou barraco com seu/sua esposo/a e filhos, e mantêm contato sistemático com os parentes distantes, sejam mãe ou pai, filhos, irmãos e esposa. No caso das famílias do Setor Noroeste e SAAN percebe-se uma vida em comunidade, onde muitos têm uma relação de parentesco ou amizade desde o local de origem. A maioria das pessoas (80%) refere ter contato com outras pessoas, seja da área ou comunidade em que vive, ou em diferentes situações.

Estas informações se opõem às informações contidas na literatura existente que, em suas afirmações, homogeneiza a população de rua como um segmento que tem como características centrais a perda dos vínculos afetivos, e/ou história de alcoolismo e drogadição (9)(10)(11)(12)(16). Na presente pesquisa, que aborda especificamente a população do Plano Piloto do Distrito Federal, observa-se que a grande maioria dos entrevistados tem uma situação diferenciada. Tal fato afirma que o segmento e, especificamente, os grupos pesquisados, é heterogêneo e configura modos diferentes de viver e de se relacionar com o meio social e ambiental,

necessitando, inclusive, abordagens e estratégias específicas para a diversidade dos grupos quando da elaboração e implementação das ações governamentais.

A partir desta pesquisa estima-se, também, ser muito maior o número de pessoas em situação de rua no Distrito Federal, que os 1.734 encontrados na Pesquisa Nacional (9)(10).

No quesito ‘documentação’ 16 pessoas (80%) relataram portar algum tipo de documento, enquanto 20% não têm nenhum tipo de documentação. Muitos tiveram documentos destruídos durante as ‘derrubadas’. Um homem informa que só possui Certidão de Pessoa Física (CPF) e Título de Eleitor, visto que o Registro de Nascimento e a Identidade foram queimados em uma intervenção da Companhia Imobiliária de Brasília (Terracap) há 10 anos. O Título foi cancelado por falta do documento de Identidade, e não vota desde então.

As mulheres têm a maioria dos documentos. Apenas uma mulher não porta identidade, pois esta foi perdida na viagem. Outra não tem Carteira de Trabalho, pois se ocupa unicamente de seu filho bebê. Todas têm CPF e Título de Eleitor, embora duas estejam com este em atraso por falta de justificativa de não ter votado.

Dos catorze Títulos de Eleitor, apenas um é de Brasília; o restante é de outra localidade. Das treze Carteiras de Trabalho apenas duas foram assinadas: a de uma mulher, por ocasião de trabalho em uma padaria no Cruzeiro, e de um homem, enquanto ajudante de oficina mecânica.

Tabela 9 – Tipo de documentação entre homens e mulheres em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Tipo de Documento	Homem %	Mulher %	Total %
Identidade	5 (50,0)	9 (90,0)	14 (70,0)
CPF	6 (60,0)	10 (100,0)	16 (80,0)
Título de Eleitor	5 (50,0)	10 (100,0)	15 (75,0)
Carteira de Trabalho	4 (40,0)	9 (90,0)	13 (65,0)
Certidão de Nascimento	-	2 (20,0)	2 (10,0)
Reservista	1	-	1 (5,0)
Nenhum	4	-	4 (20,0)

Daqueles que não portam nenhuma documentação todos são homens. Um rapaz de 20 anos ainda não retirou documentos. Outro morador teve seus pertences roubados ao chegar à rodoviária de Brasília. Outro morador perdeu seus documentos numa ‘derruba’ há 20 anos e nunca tirou segunda via. O casal de moradores do final do Eixo L Norte (só o homem foi entrevistado) informou que cinco dias antes da ocasião da entrevista duas pessoas num carro com adesivo governamental (GDF) levaram suas identidades sob alegação de que iriam conseguir benefícios para os mesmos, de forma que na ocasião da entrevista nenhum deles portava seu documento. Esta situação – não portar documentos de identificação - configura risco iminente à sua integridade, principalmente diante dos recorrentes casos de violência cometidos contra moradores de rua e divulgados pela mídia. Seus documentos, além da função de identificação, são seu registro de ‘pessoa’.

Em relação à processos de discriminação, dos 20 entrevistados 17 (85%) referiram já ter sofrido, ou sofrer sistematicamente de algum tipo de discriminação, enquanto que apenas três (15%) afirmaram não terem sido discriminados. Observa-se, mais uma vez, a falta de percepção de processos discriminatórios, pois essa pessoa demonstra uma autoestima bem elaborada que a faz ter um conceito positivo de si mesma.

Segundo os relatos, a discriminação provém de diferentes personagens da esfera social, descritos pelos entrevistados com diferentes nomes, aqui organizados em dois grupos: representantes de órgãos de governo e indivíduos de melhor posição social. As citações são aleatórias, mas consistentes e repetitivas: policiais militares e civis, funcionários e agentes do Governo do Distrito Federal (GDF), autoridades e governantes, repartições públicas, moradores das quadras, e desconhecidos nas ruas, nos ônibus e nos supermercados. Órgãos do GDF como a Secretaria da Ordem Pública e Social (Seops/DF), a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSP/DF) por meio das Polícias Civil e Militar, as empresas públicas Companhia Imobiliária de Brasília (Terracap) e Agência de Fiscalização do Distrito Federal (Agefis), além da Vara da Família são muito citados por causa das ‘derrubadas’ promovidas pelos mesmos, visto que os moradores ocupam áreas ilegais. A Terracap e/ou Agefis atuam em conjunto com a Polícia Militar e nessas

intervenções os barracos são derrubados e seus pertences queimados ou soterrados, inclusive documentos, como é o caso de alguns entrevistados. Pertences de maior valor como bicicletas, cavalos, carroças, aparelho de som e celulares são retidos pelos representantes dos órgãos do governo e levados para um depósito da Terracap, de onde são reavidos pelo (a) dono (a) mediante pagamento, segundo relato de entrevistados. Crianças são retiradas do convívio familiar sem uma atenção e cuidados preventivos e educativos junto à família, necessitando ‘recolhimento’ posterior das crianças mediante apresentação de documentos. É de um morador do SAAN o seguinte relato:

“Você não tem o direito de falar nada. Os policiais podem lhe prender. Uns mexem com coisa errada e (eles) acham que é todo mundo”.

Os desconhecidos são passantes de carro ou moradores das quadras, denominados pelas pessoas em situação de rua ‘burguesia’, ‘barão’, ‘gente rica’, pessoas de classe mais abastecida, adultos e crianças, que se utilizam de jargões como ‘favelado imundo’, ‘sujo’, ‘pobre’, ‘mendigo’, segundo os próprios entrevistados, como se esses adjetivos fossem uma aberração optativa.

Uma mãe citou que seus filhos sofrem discriminação de seus colegas de escola por sua condição de moradores de rua, sendo chamados de ‘comedores de lixo’. Nos ônibus as pessoas expressam nojo e muitas vezes as lotações não param para atendê-los. As mulheres referem discriminação quando pedem ajuda nos supermercados ou nos sinais de trânsito. Um homem proveniente do interior do Ceará, onde foi agente de endemias, diz se sentir abandonado pelos governantes. Outro homem diz que a discriminação acontece

“(...) na rua por algumas pessoas que acham que a gente é bicho”.

Uma mulher, atualmente liderança do Movimento de Catadores de Material Reciclável do Distrito Federal, diz, sobre a discriminação sofrida:

“Não sinto agora... Antes de saber os direitos do ser humano a gente se sentia discriminado. Policiais achavam que a gente era bandido”.

A pobreza foi o mais relevante tipo de discriminação percebida seguido de moradia, trabalho, trajés e condições de limpeza, e cor. Ressalte-se que o item ‘cor’

foi citado por apenas duas pessoas num universo de catorze pessoas auto identificadas negras e pardas. Este fato nos indica que, para essas pessoas, sua condição de vida – trabalho e moradia – revela-se muito mais importante na sua inserção na sociedade – como ela se percebe no meio e como o meio a percebe – do que a questão da cor e raça. Evidentemente, num país de herança colonialista e escravagista, a pobreza tem cor. Mas entre os (as) entrevistados (as) este binômio não é percebido em toda a sua dimensão e complexidade.

A Tabela 10 sistematiza as formas de discriminação referidas pelas pessoas entrevistadas.

Tabela 10 – Tipo de discriminação referida pelas pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Tipo de Discriminação	
Pobreza	9
Moradia	6
Trajes, condições de limpeza	6
Trabalho	5
Cor	2
Prisão progressiva	1

A pobreza é a condição mais auto percebida que deflagra a discriminação vivenciada pelos (as) entrevistados (as). Com relação aos processos discriminatórios vinculados ao trabalho informal de catador de material reciclável ressalte-se que este fator, assim como a moradia irregular, trajes e condições de limpeza, está diretamente ligado à situação de pobreza. Desta forma, a condição socioeconômica caracterizada pela pobreza e suas formas consequentes de trabalho, moradia, e falta de acesso a bens e serviços, conduz à discriminação tanto quanto é a pobreza construída e consolidada historicamente.

Vejamos as frases que seguem quando perguntados sobre qual o tipo de discriminação percebidas:

“Por se pobre, morar no cerrado, pela roupa, a (falta de) limpeza no corpo... a gente só pode andar limpo de noite”.

“Porque tou catando lixo, sou pobre, tou com a roupa suja, boné na cabeça. Tem gente que xinga, outros mangam”.

“Pobreza, medo que nós ‘roube’ eles”.

“Por mau cheiro nos ônibus... fiquei muito envergonhado”.

Desta forma, expressões e frases pejorativas acompanham o cotidiano destas pessoas e interferem diretamente na percepção de si como sujeito de direitos do ponto de vista legal e constitucional. Muitos não dizem onde moram ou não se dirigem aos filhos quando catam lixo na escola onde são alunos para protegê-los da discriminação. Vivem na invisibilidade de seu trabalho e de sua condição de morador de rua. A discriminação e desvalorização quanto ao trabalho de catação de material reciclável se apresenta nas seguintes frases:

“Lá vai o lixeiro!”.

“Sai daí sebosa! Procura outro emprego! Está fazendo isso porque gosta!”.

Reflexões sobre o valor do tipo de trabalho realizado também se apresentaram:

“Sou discriminado pelo tipo de trabalho... não temos proteção de nada... é como se a gente não existisse”.

“Tem muitas pessoas que não consideram o trabalho da gente, acham o seu superior”.

Egressos do sistema prisional revelam a dificuldade de conseguir trabalho:

“Por que já fui preso não arrumo trabalho... minha cor... mão, pé e roupa suja”.

Representações sociais das questões de gênero também se apresentam nas falas dos desconhecidos frente a uma moradora de rua:

“Mulher nova, bonita, boa de trabalhar fica por aí pedindo... Vai ligar (as trompas) em vez de ficar fazendo menino!”.

As formas de discriminação se mesclam com a condição de pobreza e de escassez de recursos, inclusive de acesso à água, pois muitos têm de recorrer a comércios, escolas ou córregos nem sempre pertos de seu local de moradia, contando com a boa vontade de terceiros para conseguir água para beber, banhar e se alimentar.

A discriminação por vezes alcança o limiar do ódio e aversão, visto que há relatos de violência contra os moradores de locais à margem de vias, os quais uma vez mais expostos, sofrem violência de motoristas de carro e motociclistas que passam atirando em direção aos barracos. Entrevistados contam que se recolhem logo que escurece por medo das agressões.

Relatos de discriminação e violência por representantes dos órgãos do governo são comuns. As intervenções da Terracap e Agefis em conjunto com a Polícia Militar costumam ser com abuso de poder e violação dos direitos humanos. As crianças choram e se escondem quando se comenta das intervenções revelando o intenso trauma sofrido.

Alguns (mas) entrevistados (as) inicialmente relatavam não se sentirem discriminados, mas ao final das perguntas reconheciam sofrer diferentes tipos de discriminação. Pensar sobre si mesmo (a), refletir sobre sua condição a cada pergunta, faziam-nos chegar a conclusões sobre as quais não haviam pensado antes.

Questionados com relação a seus hábitos de vida os registros são focados no trabalho com reciclagem e vigília de carros. Aqui percebemos as manifestações das relações sociais de gênero, que se perpetua em todas as classes sociais, nas atividades desenvolvidas por mulheres e homens. Alguns homens, além do trabalho, citaram *'jogar bola'*, *'jogar sinuca'*, *'ouvir música'*, *'fumar'*, *'beber'* e *'pescar'* como atividades de lazer, enquanto que as mulheres parecem não diferenciar lazer de trabalho tendo incorporado nos seus hábitos o trabalho na reciclagem – coleta e/ou seleção; o cuidado com filhos, sobrinhos e netos – alimentação, higiene e escola; cuidados com a casa – lavagem de roupas, limpeza do barraco e terreiro; entre outras atividades.

A Tabela 11 descreve as citações que deflagram a perpetuação das relações de gênero nesse segmento.

Tabela 11 – Atividades de lazer entre pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, por sexo, 2011

Homem	Mulher
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Trabalhar e jogar bola no final de semana.</i> 2. <i>Fora trabalhar, vou pescar. Não sei estar parado. Uma cabeça ocupada só faz coisa boa.</i> 3. <i>Não faço nada do que não gosto. Jogo futebol, vídeo-game, ouço música (sertanejo e pagode). Vou pro colégio (matemática é minha matéria preferida). E o trabalho na rua catando papelão.</i> 4. <i>Gosto de pescar, vendo boró (isca de peixe). Gosto de jogar sinuca. Jogo bola na quadra 209 norte, pingue-pongue e vôlei na pracinha da 210 norte.</i> 5. <i>Acordo 5h e caço algo para trabalhar. Vivo de bico (jardinagem, construção, catar lata, vigiar carro). Faço serviços gerais, qualquer coisa eu 'tou' fazendo.</i> 6. <i>Cato reciclagem, vigio carro, passo o dia conversando, fumo trevo, bebo muito.</i> 7. <i>Catar lata, guardar e lavar carro.</i> 8. <i>Eu capino, rastelo, mexo com madeira, e trabalho com reciclagem.</i> 9. <i>Trabalho de dia e nas noites que tem culto eu vou.</i> 10. <i>Trabalhar com reciclagem e sossego à noite na fogueira daqui.</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Gosto de tudo um pouco, mas gostaria de ter casa, trabalho e cuidar dos filhos. O que faço é cuidar dos filhos e trabalhar na reciclagem duas vezes por dia.</i> 2. <i>Cuidar da casa, limpar tudo, cuidar dos netos. Gosto de estar arrastando carrinho e juntando papelão.</i> 3. <i>Levanto 5:30h da manhã, faço café, dou pros sobrinhos que ficam no abrigo Casa de Ismael. Levo os filhos na escola. Trabalho catando o lixo do Ministério da Agricultura. Participo de reuniões do movimento (MNCMR). Pego as crianças nas escolas e volto pra casa no Paranoá.</i> 4. <i>Varrer o terreiro, fazer as tarefas de casa. Vou pra rua catar lixo nas 2ª 3ª e 5ª. e nos outros dias separo o lixo em casa. Todas as noites tem fogueira pra esquentar o frio.</i> 5. <i>Lavar roupa, fazer comida, ajudar na reciclagem, saio pra pedir ajuda nas casas do Cruzeiro, vou pras rezas.</i> 6. <i>Faço comida, ajudo na separação da reciclagem, lavo roupa, dou banho nos meninos e arrumo o barraco.</i> 7. <i>Ajudo minha sogra, cuido da bebê e ajudo a separar a reciclagem.</i> 8. <i>Faço o fogo, dou merenda para as crianças, cuido das coisas da casa, e ajudo na separação dos materiais.</i> 9. <i>Arrumar a filha pra escola de manhã e pegar o carrinho pra trabalhar. Eu mesma separo o material.</i> 10. <i>Faço coisas em casa, vou pra reciclagem. À tarde vou pra igreja, assisto televisão. Cuido dos filhos, levo pra escola e busco.</i>

No momento da entrevista, um morador do Setor Noroeste estava, em seu momento de lazer, construindo uma cama e uma mesinha com materiais de madeira recolhidos durante o trabalho.

A comunidade do Setor Noroeste tem, ainda, uma referência de lazer e celebração que é a 'igreja do cerrado', espaço construído pela própria comunidade da ocupação que congrega cristãos católicos e que recebe um padre que reza a

missa uma vez por semana. Todos os cristãos católicos da comunidade participam da 'igreja do cerrado', principalmente as mulheres.

Em relação aos processos saúde-doença, 12 entrevistados (60%) referiram ter algum problema de saúde na ocasião da entrevista, em sua maioria crônico. Alguns inicialmente relatavam não ter nenhum tipo de problema de saúde, mas com a continuação da entrevista acabavam por se lembrar de condições de adoecimento, algumas, inclusive, sérias como vírus da imunodeficiência humana (HIV), depressão e hipertensão. Foi o caso de uma mulher com deficiência visual (miopia avançada) e que sofre de depressão há dois anos quando foi atendida no serviço de saúde com estresse agudo; e de um homem jovem portador de HIV, diagnosticado há sete meses da ocasião da entrevista. Este rapaz não fazia acompanhamento de HIV e disse que já foi usuário de drogas das quais se livrara havia três anos. O diagnóstico positivo para HIV foi motivo de separação conjugal, migração e inserção nas ruas de Brasília. Seu sentimento e condição estão expressos na frase:

“Quando descobri o HIV fiquei louco, deprimido, vontade de não fazer nada. Minha família não sabe”.

Mais uma vez observamos que as perguntas faziam-nos refletirem sobre si, sobre sua condição de saúde e de doença, inclusive de perceberem fatos e sentimentos até então obscurecidos.

Os entrevistados que referiram problemas de saúde citaram casos crônicos ou persistentes como dor de cabeça e dor muscular, hérnia abdominal (que após consulta médica confirmou diagnóstico de hérnia umbilical e hérnias inguinais), HIV, gastrite nervosa, hipertensão, dores e problemas articulares, deficiência decorrente de traumatismo, tabagismo, cravo nos pés.

As quatro pessoas que sofrem de hipertensão são mulheres e apenas uma faz controle e acompanhamento no posto de saúde. São dois os casos de HIV positivo, sendo que um não faz nenhum tipo de acompanhamento desde o diagnóstico, e o outro se diz soropositivo, pois sua atual esposa é portadora, não tendo realizado nenhum exame que comprove o diagnóstico. Diz que aceitou sexo sem proteção por amor.

De todos os entrevistados apenas um tem o Cartão SUS. Uma mulher, mãe de cinco filhos e fumante desde os 14 anos, diz sentir dor no peito, mas tem medo

de ir ao médico e descobrir que tem câncer.

Uma mulher diz não ter problemas de saúde e nunca ter recorrido aos serviços de saúde, porém faz uso de medicamentos (antibióticos) para crises de garganta. Apenas dois entrevistados – um rapaz de 20 anos e um homem de 28 anos – referem não ter nenhum problema de saúde, sem intercorrências médicas ou medicamentosas. A percepção dos mesmos faz-se sentir na seguinte frase:

“É praticamente difícil de eu adoecer... tenho saúde, disposição”.

Em muitas situações, o entrevistado buscou o serviço de saúde para acompanhar doentes em casos de emergência. Um homem tem um filho de nove anos portador de necessidades especiais que faz tratamento no Sarah-Brasília/Hospital de Reabilitação.

Oito dos entrevistados (40%) afirmam não ter nenhum problema de saúde, embora cinco tenham usado os serviços de saúde em processos agudos de adoecimento. Do total de entrevistados 16 (80%) precisaram e buscaram o serviço público de saúde para solução de problemas agudos ou crônicos, recorrendo principalmente aos níveis de média complexidade. Os casos relatados foram dor de dente, gripe, diarreia, dengue, dor imobilizante nas costas, dor de cabeça, pico hipertensivo, infecção intestinal, infecção renal, hemorragia uterina, estresse agudo, pré-natal e parto. Um deles faz uso abusivo de álcool, embora não perceba essa condição como problema de saúde. Dois homens não foram atendidos, sendo que um deles procurou atendimento em dois postos de saúde não conseguindo assistência por falta de documento e moradia fixa; ele revela que *“nunca mais buscou atendimento médico”*.

A maioria das mulheres, quando grávidas, volta ao seu local de origem para realizarem o pré-natal e o parto por sentirem-se mais seguras quanto ao atendimento prestado. Uma mulher diz que fez o pré-natal em todas as gestações com exceção da última *“por descuido, pois o posto era longe e não tinha dinheiro para o ônibus”*.

As unidades de saúde mais procuradas para atendimento foram: Hospital Universidade de Brasília (HUB), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), embora também tenham recorrido aos Hospitais Regionais do Paranoá, de Ceilândia, de São Sebastião e de Planaltina. Os serviços atendentes foram Ambulatório, Urgência-Emergência e Pronto-Socorro. Esta situação é bastante recorrente entre a população em situação de rua, o que não difere do restante da população brasileira, que é buscar os serviços de média complexidade mesmo nos casos de resolubilidade pela baixa complexidade. Este fenômeno se deve ao fato de que nos postos e centros de saúde sempre falta profissional médico, seja clínico geral ou ginecologista. Porém, o fator principal de distanciamento dos moradores de rua dos serviços de atenção primária à saúde é não portarem documento de identidade ou não terem domicílio, requisitos para acesso a esse serviço, os quais vão na contramão de preceitos e dispositivos normativos e legais existentes (6)(45). A emergência no sistema de saúde do GDF é o serviço que garante o atendimento e a inexigibilidade de tais requisitos.

Os ambulatórios dos Postos e Centros de Saúde oferecem as especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e odontologia, e serviços de imunização, curativos, coleta de material para exames laboratoriais, nebulização, teste do pezinho e farmácia/posto de distribuição de medicamentos.

Os postos e centros de saúde procurados são os mais próximos dos locais onde vivem as comunidades e grupos pesquisados. No caso de impossibilidade de atendimento outras unidades de atenção primária e média complexidade são procuradas. Seguem os postos de saúde citados: PS 212 Norte, PS 216 Norte, PS 315 Norte, PS 715 Norte, PS 10 (Lago Norte), PS 11 (905 Norte), PS 12 (208/408 Norte), PS 13 (114/115 Norte), PS 14 (Cruzeiro Velho), PS 15 (Vila Planalto), PS Planaltina. No entanto, quando comparados com os postos de saúde indicados no *site* da Secretaria de Saúde do GDF, alguns (não identificados com número) não foram encontrados.

Os postos de saúde são buscados, principalmente, para vacinação dos filhos, embora também seja referência para tratamento odontológico, de hipertensão e tabagismo. No entanto, muitos entrevistados que têm buscado os serviços de atenção primária à saúde para solução ou acompanhamento de seus problemas de

saúde, não foram atendidos seja por ausência do profissional médico ou odontólogo, por reforma, ou por falta de documentação, ou, ainda, por falta de encaminhamento, e ficaram desassistidas. Os horários e a quantidade disponível de fichas por dia nem sempre possibilitam o acesso. Uma mulher diz que sempre que chega ao posto de saúde as fichas já encerraram às 7h da manhã; seu acesso aos serviços depende de expor-se ao risco de atravessar o cerrado em plena madrugada. Outra entrevistada não procura os serviços de saúde porque acha que não vai ser bem atendida, e conta que numa ocasião em que a filha sofreu queimaduras buscou uma farmácia para compra de medicamentos.

Uma mulher que diz *'morrer de medo de hospital'* faz uso de remédios caseiros com capim santo, erva cidreira e boldo. É sua a frase:

"A doença só aparece quando a gente tá parado sem fazer nada", fazendo alusão ao entendimento comum de que uma mente ocupada e um corpo ativo são, em princípio, saudáveis.

As dificuldades encontradas referem-se à acessibilidade aos serviços de saúde, à falta de profissional e às grandes filas de espera. Estas últimas são o maior 'gargalo' do SUS estampado nas manchetes de jornais impressos e televisivos no cotidiano da população brasileira, sejam usuários ou não do SUS. Uma vez atendidas, as pessoas registraram bom atendimento com encaminhamentos, exames e medicação realizados no serviço. Os encaminhamentos à farmácia do SUS não têm sido efetivados com a falta do medicamento prescrito pelo médico. Apenas uma entrevistada conta que, procurando o posto de saúde por três vezes com sintomas de gastrite, não conseguiu encaminhamento para realizar os exames. Descreve sua experiência:

"No posto não tinha médico e no hospital tinha fila de espera. Na farmácia do SUS não tinha o medicamento. Encontro fila de espera para os encaminhamentos e exames. Exame é uma raridade para conseguir nos postos".

Sobre a demora e longa espera nas filas do SUS, seguem as descrições:

“Hospital é coisa crítica. Vá numa emergência!... se for fazer ficha demora pra ser atendido”.

“Desisto de ir quando penso em enfrentar filas”.

“Só vou quando estou morrendo e graças a deus eu tenho saúde”.

“No HRAN tem que dormir, passar o dia todo. No posto tem que chegar 4 ou 5 horas pra pegar ficha pra manhã e 10h pra pegar ficha pra tarde”.

“Há um ano espero para fazer o exame de endoscopia”.

“Se precisar ir pro HRAN ou Hospital de Base leve logo colchão”.

“É triste... levei meu filho no HRAN 7h da manhã e 22h voltamos pra casa. Como a febre aumentou, voltamos e ele foi atendido meia-noite com a ficha da manhã” (o filho é portador de necessidades especiais).

A Tabela 12 apresentada a seguir registra as unidades e serviços procurados, com o tipo de atendimento ofertado.

Tabela 12 – Unidades e serviços de saúde por tipo de atendimento procurado pelas pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Unidade	Serviço	Atendimento
HRAN	Especializado (3)	Bom *
	Ambulatório (2)	Bom
	Emergência (2)	Bom
	Maternidade (1)	Bom
HUB	Ambulatório (1)	Bom
Hospital de Base	Ambulatório (2)	Bom
	Ortopedia (1)	Bom
HR Planaltina/GO	Ambulatório (1)	Bom
HR Paranoá	Emergência (2)	Bom
HR São Sebastião	Emergência (1)	Bom
HR Ceilândia	Ambulatório	Ruim
SAMU	Emergência (2)	Muito bom
PS 212 N	-	Não foi atendido
PS 216 N	-	Não foi atendido
PS 315 N	-	Em reforma
PS 408 N	Ambulatório	Bom
PS 715 N	Ambulatório	Bom/Em reforma
PS 905 N	Ambulatório	Bom
PS Cruzeiro Velho	Imunização	Bom
	Ambulatório (HT)	Bom
PS Lago Norte	-	Não foi atendido
PS Vila Planalto	Ambulatório (tabagismo)	Bom
PS Planaltina/GO	Odontologia (2)	Bom

(*) O entrevistado procurou o serviço como acompanhante

Atente-se que os diferentes serviços foram utilizados várias vezes por diferentes pessoas, enquanto outras acompanharam pacientes. Um entrevistado nunca esteve no serviço de saúde. Desta forma, oito pessoas relataram não ter tido nenhuma dificuldade no acesso, sendo que o serviço em questão foi de emergência, o qual prescinde de documentação e moradia fixa. Onze entrevistados afirmam ter encontrado dificuldades diversas como fila de espera e conseqüente demora na realização do atendimento – chegando a atrasos de 20 horas, falta de profissionais e falta de requisitos como moradia fixa e documentação da parte do paciente. Este último é exclusivo da população de rua e principal entrave deste segmento para o acesso aos serviços públicos de saúde.

A comunidade do SAAN informou que o SAMU não entra onde os barracos estão localizados e que das vezes que precisaram do serviço tiveram de se locomover até a via mais próxima onde a ambulância os aguardava. Também apareceu o descontentamento com o profissional médico encobrendo a deficiência do sistema:

“O SUS atende bem, mas os médicos não. Vejo gente deitada no corredor... não tem maca, a coisa tá crítica, tá um ‘deus nos acuda’. Uma pessoa precisa esperar a boa vontade do médico como no Hospital de Base e no Hospital da Ceilândia”.

Um homem que refere nunca ter tido dificuldades para conseguir atendimento conta:

“Toda vez fui atendido. Primeiro deus, segundo o doutor e o SUS que deu a vida”.

O uso de medicamentos foi referido por metade (50%) dos entrevistados. Dentre aqueles que referiram o uso, os motivos são dor na coluna, dor na garganta, gripe, hipertensão, estresse, e os remédios têm finalidade calmante, analgésico, anti-inflamatório, anti-infeccioso e hipertensão arterial. A aquisição se faz de diferentes maneiras como retirada nas farmácias dos postos de saúde, compra e envio pelos correios. Dos 50% que não fazem uso de medicamentos, alguns se utilizam de remédios caseiros, como ervas, principalmente na forma de chás. Esse conhecimento é uma herança cultural, mantida de pais para filhos, e é mais comum entre os oriundos do Nordeste. Um entrevistado referiu fazer uso da maconha como

remédio tranquilizante, fazendo questão de reafirmar seu conceito de uso medicinal da planta.

As informações contidas nas entrevistas expuseram o frágil sistema de assistência farmacêutica da Secretaria de Saúde do GDF. O medicamento prescrito pelo médico nem sempre é encontrado na farmácia do SUS necessitando ser adquirido com seus próprios recursos. Neste caso, há duas possibilidades: falta de abastecimento ou falta de conhecimento pelo médico do medicamento disponível no posto de saúde. Das dez pessoas que fazem uso de algum medicamento, oito os adquire com seus próprios recursos, enquanto que uma pessoa prefere aguardar diante de possíveis atrasos e outra suspendeu sua medicação por conta própria. Ressaltem-se as aquisições de medicamentos efetuadas nas farmácias sem a apresentação do receituário médico, pois muitos que adquiriram remédios em farmácias não passaram por consulta médica.

Não tivemos o objetivo de analisar o medicamento e seu modo de uso ou finalidade, mas apenas de transcrevê-la na compreensão do usuário, e, principalmente, verificar a acessibilidade à assistência farmacêutica.

Na Tabela 13 são apresentados os tipos de medicamentos, sua finalidade e acesso.

Tabela 13 – Medicamento por finalidade e acesso para pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

Medicamento	Finalidade	Acesso	Na falta de acesso
Neosaldina	Dor de cabeça	Compra	<i>“Fico sem, só sentindo a dor”</i>
Dorflex	Dor na coluna	Compra	-
Maconha	Tirar a ‘ <i>caretagem</i> ’, calmante	-	
Paracetamol	Dor de cabeça	Compra ou pede	<i>“Fico quieto, tento dormir”</i>
Indapamida/Natrilix*	Hipertensão	Posto de saúde	-
Torsilax e Voltaren	Analgésico e anti-inflamatório	Posto de saúde/compra	Remédio ‘do mato’
Diclofenaco e Amoxicilina	Crise de garganta	Vem do Ceará	-
Dipirona	Dor de cabeça, gripe, mal estar	Compra	Usa boldo e limão
Dipirona	Gripe, febre	Compra	Usa remédio caseiro
Microvilar	Contracepção	Compra	-
Captopril, Natrilix, Sinvaston e Omeprazol	Hipertensão, colesterol alto e gastrite	Posto de saúde	Fica esperando

(*) Obs.: parou de tomar a medicação porque dormia demais

Questionados quanto ao conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), observamos um total desconhecimento da rede de serviços públicos de saúde, embora muitos deles se utilizem dos serviços, mesmo que de forma precária. Frases como *“nada”, “já ouvi falar”, “não estou bem informado”, “não sei dizer”* e *“sinceramente, não entendo”* demonstram a dissociação entre o que é vivido e as informações disponíveis. É importante salientar a dificuldade de acesso a todo tipo de informação por parte deste segmento, bem como a ausência de informações dirigidas pelo setor saúde a esta população, deixando espaço para que a mídia preencha esta lacuna com sua visão peculiar.

As informações, quando disponibilizadas, são repassadas pela grande mídia de forma fragmentada e com boa dose de polêmica, através das redes televisivas, enaltecendo os pontos negativos do Sistema. Desta forma, algumas respostas ficam confusas quando mesclam o tipo de atendimento vivenciado no SUS – em grande parte sentido como ‘bom’ - e a percepção difundida pelos jornais televisivos os quais demonstram, por vezes, experiências contrárias, ou confirmam o vivido no cotidiano do SUS, como é a questão persistente das grandes filas de espera. Observamos, ainda, que a aparição panfletária da rede de saúde na mídia nem sempre é a mesma vivenciada pelo entrevistado embora pese na sua percepção conceitual do SUS. Desta mesclagem derivam algumas falas:

“Só soube que existia no programa Zorra Total”.

“Vejo falar que as pessoas que têm problemas esperam muito pelo SUS”.

“Nada. Só vejo falando mal na TV. Quando vou pro serviço vejo os comentários. Eu mesma passo por isso”.

“Quando vejo o que o pessoal passa na TV fico boa ligeiro. Tenho medo de adoecer e precisar de hospital”.

“Eu acho muito fraco. Eu fui bem atendida, mas a gente vê cada caso passando na mídia. O que eu acho fraco é o que eu vejo na mídia”.

O conhecimento do SUS quando visível vem acompanhado de uma percepção positivada e, às vezes, até endeusada. Isto possivelmente se deve ao fato de atendimentos de emergência estarem relacionados a experiências de quase morte:

“Sei pouca coisa: se pedem exame, é o SUS que cobre”.

“Só sei que quando a gente chega eles atendem. E atendem bem apesar da dificuldade que é muita gente procurando”.

“Acho que é uma coisa assim: praticamente um santo... se a pessoa tiver morrendo ele salva. É quase um anjo”.

Na Tabela 14 é apresentado o grau de conhecimento do Sistema Único de Saúde pelas pessoas entrevistadas, que se mescla entre um conhecimento vivenciado na busca por atendimento para si e para terceiros, e num conhecimento repassado pela mídia, principalmente televisiva.

Tabela 14 – Grau de (des) conhecimento do SUS, por pessoas em situação de rua, no Plano Piloto, Brasília, DF, 2011

SUS	
Desconhecimento	12
Conhecimento pela mídia (negativizado)	3
Conhecimento experimentado (positivado)	5

Questionados com relação as suas expectativas quanto ao Sistema de Saúde do Distrito Federal os entrevistados apresentaram desejos de universalidade e equanimidade na atenção à saúde, com assistência de qualidade e imediata para todas as pessoas sem distinção de classe social, com redução ou eliminação das filas, e aumento do quadro de profissionais. Também fizeram referência a tratamentos específicos como para o HIV. Descontentamento e descrédito com relação ao uso apropriado dos recursos públicos também apareceram, assim como uma comparação com a atuação da segurança pública. Entendemos este fato como uma compreensão de que todas essas ações partem do Poder Público, sendo, portanto, uma ação do Estado, apreendida e vivenciada pelos entrevistados no seu cotidiano. Eis os relatos:

“Que melhore... para a população toda... pobre, rico, feio, bonito. O problema é o dinheiro. Esse povo gosta é de dinheiro”.

“Mais médicos nos hospitais e o atendimento melhor”.

“Força de vontade dos profissionais. Melhorar na mudança de plantão que é deficiente”.

“Acabar com as filas. É só isso que atrapalha, pelo menos no lugar onde moro”.

“Que os médicos trabalhassem e parassem de enrolar”.

“Tratamento e medicação para HIV”.

“Mais consideração pelas pessoas”.

“Espero que faça bondade. Porque do jeito que a polícia faz... eles parecem que colocam mais a polícia que faz espancar. É remédio, é saúde, é ajudar (que eles têm de fazer)”.

“Não ter fila de espera. Isso é um descaso... estar numa fila de espera sofrendo pra ganhar neném. Tem as prioridades que são: idosos, gestantes, mas aqui não teve, que foi o caso de minha amiga que eu levei pra ter neném”.

“Ser bem atendida. Se precisasse, procuraria o serviço de saúde, caso o remédio caseiro não dê certo”.

“Ser atendida quando chegar com as crianças, independente de ser pobre”.

“Quando eu for espero ser atendido o mais rápido possível e que tudo dê certo”.

“Médico. Na maioria das vezes falta médico no HRAN”.

“Melhora no atendimento, as pessoas tratem a gente bem. Os seguranças do HRAN são ignorantes”.

“No posto os medicamentos só são liberados com ficha. Era bom outro jeito pra pegar medicamento, pois precisa de receita médica toda vez que vai”.

Um caso que não fez referência pessoal de busca de serviços de saúde refere dificuldade para atendimento de seu filho portador de necessidades especiais na atenção básica. Esse fato tem se revelado comum entre as mães, visto que a maioria recorreu aos serviços de saúde para atendimento aos seus filhos, principalmente vacinação nos postos de saúde.

Há casos em que o relato não corresponde à resposta, pois apesar de não identificar dificuldades para ser atendido (a), foi considerada a falta de profissionais dentistas quando houve demanda para atendimento odontológico. A falta de profissionais não é percebida como dificuldade na atenção à saúde.

Encontramos completa falta de informação sobre o SUS tanto na relação com os serviços procurados quanto aos níveis de atenção oferecidos, apesar do uso sistemático da rede de serviços de saúde.

Ressalte-se a negação ou falta de percepção sobre os processos de adoecimento – e das necessidades próprias de atenção à saúde - associados à total descrença quanto à busca de atenção nos serviços de saúde, e desta com a percepção de ausência de dificuldades para atendimento e o total desconhecimento sobre o SUS. No entanto, observamos que as perguntas sobre os processos de

saúde e adoecimento faziam-nos refletirem sobre si, sobre sua condição de saúde ou doença, o acesso – ou falta – à rede de serviços de saúde, e direitos de cidadania.

4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS COMUNIDADES E GRUPOS VISITADOS

Aqui descreveremos um levantamento geral do cotidiano dos grupos familiares visitados e sua forma de convívio, a partir da observação e dos dados e informações relatados nas entrevistas, durante as visitas feitas em cada grupo e comunidade.

O grupo morador do final do Eixo L destaca-se dos demais pela sua condição de usuários de drogas e portadores de HIV/AIDS.

Os outros cinco grupos visitados conformam famílias estruturadas, em sua maioria vindas da Região Nordeste, em busca de melhores condições de vida para suas famílias. Muitos moram no local com toda a família, enquanto outros deixaram sua família no local de origem, evitando submetê-los a situações de risco e violência.

O diagnóstico será descrito a seguir seguindo a ordem de visita pela pesquisadora. Em algumas situações, por questão metodológica, organizaremos por ‘núcleos’ os grupos com grande número de famílias residentes.

1) Ocupação ao lado da Diretoria Regional de Ensino Plano Piloto e Cruzeiro, na via L3 Norte próximo à Colina/UNB

Este grupo tem membros provenientes de Pernambuco, Paraíba e Bahia. A primeira pessoa a chegar reside no local há 15 anos. São todos catadores de materiais recicláveis. A maioria tem casa em Brasilinha (própria ou alugada), mas passa a maior parte do tempo (quinzenas ou meses corridos) no local trabalhando para tirar o sustento da família. São sete famílias morando em barracos, com 22 adultos e 16 crianças, organizados da seguinte maneira:

Núcleo 1 - um grupo familiar com cinco adultos (sendo três mulheres e dois homens) e onze crianças;

Núcleo 2 - três homens adultos solteiros (33, 23 e 20 anos);

Núcleo 3 - três adultos (duas mulheres e um homem), um adolescente de 17 anos, uma adolescente de 16 anos (casada com o homem de 21 anos, cujo pai morreu em

um acidente puxando carrinho – estava bêbado – próximo à Granja do Torto), que tem duas crianças (uma menina e um menino; a menina, de três anos, tem problemas de crescimento e desenvolvimento);

Núcleo 4 - um grupo familiar (cinco adultos e um bebê) em três barracos (um casal com um filho adulto; um casal com um bebê de um ano), todos procedentes de Floresta /PE;

Núcleo 5 - um casal; ela paranaense, mas criada no Ceará, e ele de Moreilândia/PE; ambos procedentes de Juazeiro da Bahia e analfabetos;

Núcleo 6 - um casal, cuja mulher é analfabeta;

Núcleo 7 - (ao lado direito da DREPPC) – dois homens adultos (em situação de abuso de álcool);

Núcleo 8 - (ao lado direito da DREPPC) – um casal (em situação de abuso de álcool).

Os serviços de saúde procurados pela comunidade são o Hospital da Universidade de Brasília/HUB (ambulatório e emergência) e o Centro de Saúde da super-quadra 405 norte, por trás da Escola Canarinho que, na ocasião das visitas, encontrava-se desativado para reforma.

2) Ocupação próxima à Garagem do Senado

Neste local moram membros de uma mesma família (um casal e nove filhos) que chegaram em Brasília há 23 anos, vindos de Itaporanga, na Paraíba. Hoje são 20 adultos e 32 crianças e adolescentes, morando em 14 barracos. A maioria é analfabeta e as crianças, em sua maioria estão fora da escola. Trabalham com reciclagem de materiais coletados dos órgãos de Governo da Esplanada dos Ministérios.

As crianças e adolescentes tem idade que varia de seis meses a 17 anos. Ressaltem-se três barracos/famílias em que a mulher é a única provedora, tendo duas mulheres oito filhos cada uma, e a terceira tem três filhos. O número de crianças com idade inferior a sete anos é grande.

O Centro de Saúde da Vila Planalto é o serviço de saúde mais próximo, embora as pessoas da comunidade quase não o usem. Quando precisam de algum tratamento, utilizam remédios 'do mato' como barbatimão, boldo, arruda, erva

cidreira. Eventualmente compram medicamentos, sem receita médica, como amoxicilina e sabutamol para casos de gripe e bronquite.

A vacinação da maioria das crianças não é realizada. Segundo relatos, não é dada a devida importância à vacinação.

Há o relato de dois irmãos que vivem sós, pois a mãe era usuária de drogas e morreu há três anos, e o pai mora e trabalha em uma cidade do entorno de Brasília, aparecendo raramente. O irmão mais velho tem 16 anos e estudou até a 5ª série. Os dois estudaram na Vila Planalto e no Valparaíso.

3) Ocupação próxima à Estação Experimental de Biologia da UNB, ao lado da Caesb, na via L4 Norte

São seis adultos vivendo em duas barracas. Na minha chegada, quatro homens jogavam cartas. Foram cordiais, mas disseram para eu voltar outro dia. Em conversa com uma mulher, esta se desculpa por não participar da pesquisa, pois estava doente há duas semanas e sentia-se fraca. O Posto de Saúde da quadra 315 norte, no qual tem prontuário, está em reforma. Outra mulher estava dormindo em sua barraca. Está doente e também não se dirigiu a um posto por estar fraca demais, visto que o posto mais próximo está em reforma. Este grupo não consegue trabalhar com reciclagem, pois não é permitido na área.

Numa segunda visita fiz uma entrevista com um homem. A senhora anteriormente citada continuava doente. Nesta ocasião, um grupo da Sedest/GDF fazia entrega de documentos para alguns moradores. Numa terceira visita ao grupo, soube que a senhora havia morrido no hospital por pneumonia.

4) Ocupação próxima ao Carrefour Norte (Setor Noroeste)

Em levantamento feito nos núcleos familiares que habitam a ocupação do Carrefour Norte, onde está sendo construído o novo setor Noroeste, observamos 43 famílias vivendo em 40 barracos distribuídos em seis núcleos familiares ou de aparentados. Atualmente, são 138 pessoas, sendo 83 adultos e 55 crianças e adolescentes. Todos são provenientes do Ceará, principalmente do município de Iguatu. Os primeiros chegaram há cerca de oito anos. Todos trabalham com reciclagem de materiais, de onde tiram o seu sustento.

Nesta comunidade foi construído um barraco de madeira onde eles recebem um padre que faz a missa aos sábados. Toda a comunidade participa.

Boa parte das crianças e adolescentes estuda, embora a dificuldade seja premente: distância, ausência de transporte, falta de água ou dificuldade para conseguir água são barreiras cotidianas que levam a constantes faltas das crianças na escola, e advertências por parte desta junto às mães. Muitas adolescentes preferem ficar fora da escola por ser no período noturno e o risco ser iminente.

Os cuidados com as crianças são visíveis: crianças com cartão de vacinação em dia, amamentação de bebês e esforço para mantê-las na escola.

Usualmente, procuram o Posto de Saúde da quadra 315 norte que está em reforma. Assim, estão buscando os serviços de saúde da quadra 905 norte e da quadra 9 do Cruzeiro.

É evidente a dificuldade em colocar e manter as crianças na escola, devido à ausência de transporte. As crianças e adolescentes vêm e vão a pé pelo cerrado, suscetíveis a perigos e expostos à violência.

Não tem luz nem água. À noite fazem fogueira para se protegerem do frio. Alguns núcleos conseguem água na reserva dos índios, sendo que a água é só para beber e com horário certo. Nem todos têm acesso, só os núcleos mais próximos. Os outros vão pegar água ou lavar roupa de carroça no Bananal, ou pedir aos comerciantes do Setor de Oficinas Norte/SOF norte ou no SAAN.

A comunidade do Carrefour Norte foi organizada em seis núcleos descritos a seguir:

Núcleo 1 – catorze barracos/famílias – 44 pessoas (30 adultos e 14 crianças);

Núcleo 2 – quatro barracos/famílias – 17 pessoas (oito adultos e nove crianças);

Núcleo 3 – um barraco/família – cinco pessoas (dois adultos e três crianças);

Núcleo 4 – cinco barracos/oito famílias – 20 pessoas (15 adultos e cinco crianças);

Núcleo 5 – quinze barracos/famílias (próximo ao setor militar) – 51 pessoas (27 adultos e 24 crianças);

Núcleo 6 – um barraco, onde mora um homem.

1º núcleo - Este núcleo tem 14 barracos, representando 14 famílias, com 44 pessoas, sendo 30 adultos e 14 crianças. Todos são procedentes de Iguatu e mantêm algum nível de parentesco. Apresenta-se da seguinte forma:

Barraco 1 – um casal e três filhos (15, 14 e 13 anos);

Barraco 2 – um homem sozinho;

Barraco 3 – um casal e dois filhos (três e cinco anos). O cartão de vacinação das crianças encontrava-se desatualizado na ocasião da visita;

Barraco 4 – um homem sozinho;

Barraco 5 – quatro adultos (duas mulheres e dois homens, sendo um casal) e uma criança (seis anos). Os dois homens são irmãos. A criança está em fase de iniciar os estudos;

Barraco 6 – um homem sozinho;

Barraco 7 – três adultos (um casal e uma filha);

Barraco 8 – um casal;

Barraco 9 – um casal (a esposa tem 15 anos e parou os estudos);

Barraco 10 – um casal (a esposa tem 14 anos e parou os estudos);

Barraco 11 – quatro adultos e três crianças (uma mulher com dois filhos adultos portadores de deficiência, um sobrinho adulto e três menores);

Barraco 12 – dois adultos (pai e filho);

Barraco 13 – um casal e cinco filhos (menores, que estudam);

Barraco 14 – um casal.

2º núcleo - São 17 pessoas (oito adultos e nove crianças), todos procedentes de Iguatu, morando em quatro barracos e representando quatro famílias. Algumas crianças nasceram aqui.

Barraco 1 – um casal e uma criança de dois anos, com cartão de vacinação em dia;

Barraco 2 – um casal e quatro crianças (dez, nove, seis e um ano). Os três mais velhos estudam na escola da quadra 115 norte e o mais novo com cartão de vacinação em dia;

Barraco 3 – um casal e uma criança de um ano e dez meses;

Barraco 4 – um casal e três crianças (oito e seis anos, e oito meses). O bebê tem cartão de vacinação em dia. A criança de seis anos sofre de glaucoma congênito. Fez cirurgia com acompanhamento até cinco anos em Fortaleza. Faz tratamento em Iguatu. Este grupo passa tempos aqui e no Ceará. Lá sofrem a falta de emprego e aqui trabalham na reciclagem. Não procuram os serviços de saúde do GDF.

3º núcleo - Este núcleo tem um barraco no qual mora uma família formada de um casal e três filhos (cinco e quatro anos e um bebê de um ano e seis meses). Os filhos são registrados. Todos têm cartão de vacinação em dia e são atendidos no

posto da quadra 315 norte que estava em reforma, fazendo-os procurar o posto do Cruzeiro. A menina de cinco anos estuda na 316 norte. A mãe leva e busca todos os dias de bicicleta. Por duas tardes a menina tem reforço e a mãe também leva e busca. O menino de quatro anos está esperando resposta do Conselho Tutelar para acesso à creche. O casal é analfabeto. O marido é o mais antigo do grupo que veio do Iguatu/CE. Outros que chegaram com ele voltaram. Consideram que aqui o serviço é melhor do que no Iguatu embora não tenham casa. Lá moravam de aluguel. O homem entende de mecânica de bicicleta. Trabalhava na reciclagem, mas há quatro meses trabalha de carteira assinada (pela primeira vez) como servente (ajudante de pedreiro) para uma empresa na construção do setor Noroeste.

Os barracos da família já foram derrubados várias vezes dentro desta área do cerrado. A polícia civil é quem derruba. Os relatos demonstram a violência das intervenções. Numa dessas 'derrubas', há cerca de quatro meses, de madrugada, a família foi levada para a delegacia, onde o marido foi agredido fisicamente e a esposa agredida verbalmente com palavras depreciativas. De outra vez, a polícia civil chegou armada, ameaçando tomar seus filhos, inclusive obrigando a cortar o cabelo do menino de quatro anos, porque estariam criando um vagabundo. Nesta abordagem só estavam a esposa e os filhos. Por isso se mudaram para o local onde agora estão. Dizem que a polícia militar tem mais jeito para abordar, 'sabe falar'.

4º núcleo - São oito famílias aparentadas compostas de 20 pessoas, sendo 15 adultos e cinco crianças, morando em cinco barracos.

Barraco 1 – um casal e um filho de quatro anos;

Barraco 2 - um casal e um filho de dois meses (a mulher tem 16 anos);

Barraco 3 – um homem de 70 anos;

Barraco 4 – três casais e três crianças (um, seis e 10 anos). As crianças mais velhas não estudam. O bebê tem cartão de vacinação em dia, sendo atendido no posto do Cruzeiro.

Barraco 5 – dois homens, uma mulher e uma adolescente. O rapaz, de 18 anos, estudou até a 5ª série. A garota, de 17 anos, fez até o 1º ano do 2º grau. Não continuou os estudos, pois, sem transporte, tem medo de voltar pelo cerrado no escuro.

5º núcleo - Este núcleo mora próximo ao setor militar urbano. Tem 15 barracos, com 51 pessoas, sendo 27 adultos e 24 crianças.

Barraco 1 – um casal;

Barraco 2 – um casal e cinco crianças (oito, seis, cinco, dois anos e um bebê de três meses). As crianças mais velhas estudaram até o ano passado no RCG (escola militar), mas saíram porque perdiam muita aula, pela dificuldade de transporte e pela falta de água para tomar banho e para fazer a comida. O cartão de vacinação do bebê de três meses está em dia, e o da criança de dois anos está atrasado;

Barraco 3 – um homem sozinho;

Barraco 4 – uma mulher com cinco filhos (sete, seis, quatro e dois anos, e um bebê de seis dias). Nenhuma criança está na escola;

Barraco 5 – um casal com quatro filhos (estudam em Águas Lindas). O casal tem casa lá e trabalha aqui;

Barraco 6 - um casal com dois filhos (cinco e quatro anos). Cartão de vacinação em dia;

Barraco 7 – um casal (esposa adolescente) e uma filha. A mãe está grávida de sete meses e tem anemia;

Barraco 8 – um casal e quatro crianças (todos menores e não estudam);

Barraco 9 – um casal;

Barraco 10 – um casal com um filho (menor de cinco anos);

Barraco 11 – um casal com uma filha (menor de cinco anos);

Barraco 12 – um casal com um filho (menor de cinco anos);

Barraco 13 – três adultos homens;

Barraco 14 – um homem idoso sozinho;

Barraco 15 – um homem sozinho.

6º núcleo - Um barraco com um homem vivendo sozinho. Este barraco é afastado dos outros núcleos, e, diante da distância e da vida isolada de seu morador fez-se pertinente identificá-lo como um núcleo.

Esta área, habitada pela primeira família imigrada do Ceará há nove anos, também é moradia de grupos indígenas de cinco etnias diferentes. Residentes no local há mais de 30 anos, alguns integrantes reivindicam a terra e se recusam a sair do local que afirmam ser sagrado e que chamam de Santuário dos Pajés. Desde meados do ano de 2009 o local vem sendo centro de polêmica acerca de um novo

projeto imobiliário de grande vulto, um bairro com características de *ecovila* – o Setor Noroeste, destinado a segmentos de alto poder aquisitivo, prometendo tornar-se o metro quadrado mais caro de Brasília. Ambientalistas, urbanistas e arquitetos levantam dúvidas sobre a real demanda e necessidades do setor, além da área destinada ao empreendimento ser o último reduto de mata virgem de cerrado do Plano Piloto, o que consta do projeto inicial da Brasília dos anos 60-70 (32).

Estudantes e indigenistas têm se juntado à causa dos índios, politizando a luta e as reivindicações, enquanto as 43 famílias de moradores de barracos da área – 138 pessoas entre adultos, adolescentes e crianças – continuam na invisibilidade. Sem nenhuma proximidade com o movimento indígena e sem a proteção do Estado ficam sem orientação e direção sobre o rumo que devem tomar, e sem escuta sobre suas possíveis reivindicações.

5) Grupo de moradores do Final do Eixo L Norte

No dia da visita havia três pessoas, um casal e um rapaz solteiro. O rapaz admite confirmação de diagnóstico soropositivo para HIV. Vindo do Pará, quando chegou à rodoviária foi roubado em todos os seus pertences, inclusive documentos. Porta o documento de ocorrência como registro. O casal diz-se soropositivo, pois a mulher teria sido infectada e infectou o companheiro. Os dois relatam que dias antes do contato um carro com adesivo do GDF solicitou seus documentos originais com a alegação de que conseguiriam recursos e passagens para se deslocarem até sua cidade (Santos/SP). Até este dia os supostos funcionários não haviam voltado. Dois dias depois, os três moradores de rua não estavam mais no local.

6) Ocupação do SAAN – primeira visita realizada em 11/julho/2011

É uma das ocupações mais antigas do Distrito Federal. Todos são provenientes do Iguatu/CE. São 13 famílias com 45 pessoas, sendo 24 adultos e 21 crianças. Todas as crianças estudam, pois a comunidade se reúne e paga um carro que leva e busca as crianças. São todos catadores de materiais recicláveis. Cada família tem seu barraco.

O Posto de Saúde que atende à comunidade é o PS 14 no Cruzeiro, que está em reforma. O atendimento agora é feito no PS 13 e, segundo a comunidade é ótimo.

Barraco 1 – um casal e dois filhos (dez e quatro anos). As crianças estudam no RCG e vão à escola em transporte contratado pelos responsáveis;

Barraco 2 – um casal e três filhos (a mulher está grávida do 4º filho);

Barraco 3 – um casal;

Barraco 4 – um casal e duas filhas;

Barraco 5 – um casal e dois filhos;

Barraco 6 – um casal e dois filhos;

Barraco 7 – um casal e dois filhos;

Barraco 8 – um casal e um filho;

Barraco 9 – uma mulher e dois filhos;

Barraco 10 – uma mulher e um neto;

Barraco 11 – um casal e um filho;

Barraco 12 – um casal (a mulher está grávida);

Barraco 13 – um casal e três filhos.

A comunidade surgiu em 2003 e de lá pra cá houve cerca de 30 'derrubas'. Segundo relatos, a maioria delas aconteceu no governo anterior. A ação era feita pela Polícia Militar, Seops e Agefis. Contam que numa das derrubadas levaram tudo e as pessoas passaram nove dias dormindo embaixo do pé de mangueira. Descrevem a ação como violenta, os policiais sacam logo a arma, sem respeitar a presença de crianças e idosos.

5. DISCUSSÃO

O desafio primordial da gestão governamental deve ser avançar na regulamentação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde como uma conquista cotidiana nos estabelecimentos de saúde, junto às equipes, profissionais e usuários, e em cada prática sanitária.

Num país de diversidade geográfica, ambiental e sociocultural, e com desigualdades decorrentes de décadas de uma política baseada num desenvolvimento econômico excludente, faz-se urgente avançar nas políticas sociais, em observância à vulnerabilidade de diversos grupos e comunidades e ao respeito à integridade da pessoa enquanto ser individual e social.

O SUS tem se consolidado como política pública integral, inclusiva e de caráter universal. Não obstante, é impreterível a construção e a inovação de espaços criativos e coletivos de gestão que permitam a discussão, a crítica e a busca de soluções, em um ambiente democrático e plural, como condição essencial para que o SUS se concretize como um espaço que defenda e promova a vida em sua complexidade e diversidade.

As práticas participativas e comunicativas de gestão e planejamento atuam no sentido da efetivação do controle social, da redução das desigualdades e do combate às iniquidades micro e macro estruturadas existentes no saber-fazer-pensar a saúde em seu conceito e ações. Promovem a discussão, a crítica e a busca de soluções em um ambiente democrático e heterogêneo.

Ações governamentais intersetoriais vêm sendo estruturadas, e convergem para a promoção da equidade em vários níveis. No entanto, o enfrentamento das iniquidades, com sua gama de aspectos inter-relacionados, vai mais além. Significa promover uma ampla articulação intra e intersetorial favorável a uma atuação transversal e equânime nas três esferas de gestão; realizar um diagnóstico socioeconômico e da situação de saúde de grupos e regiões bem como de seus aspectos causais; questionar a cultura organizacional existente e a abordagem no cuidado e atenção à saúde; promover a superação dos problemas através de ações e estratégias inovadoras, entre outras.

Os movimentos sociais têm apresentado demandas e reivindicações, que, absorvidas transformam-se em ações, políticas e programas de Governo. Dado relevante tem sido a crescente pressão de diversos setores da sociedade para que o poder público encontre soluções concretas para reduzir esses desequilíbrios. É importante ressaltar que é no âmbito local, principalmente, que se pode implementar políticas capazes de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.

O quadro que temos ainda é alarmante. Mesmo com a garantia da universalidade, os vulneráveis ainda não têm acesso. Mesmo com a garantia da integralidade, a atenção não é baseada no cuidado e no respeito às diferenças. E os periféricos e dependentes continuam na fila de espera, pois a lógica que permanece é dar mais a quem tem mais, gerando níveis de complexidade em espiral ascendente (33). Se a promoção da equidade implica em dar a cada um conforme sua capacidade e suas necessidades, temos um desafio importante a enfrentar, o qual só será possível transpor revertendo essa lógica para uma que tenha por base a solidariedade e a inclusão da diversidade.

A visão da equidade para pessoas e grupos é uma construção em que todos os sujeitos sociais participam. A equidade configura-se como pedra fundamental para a igualdade e pressupõe autonomia, responsabilidade e empoderamento. Isto implica um novo olhar sobre a realidade, um olhar solidário que busque a equidade para além da superação das desigualdades locais e regionais quando da distribuição dos recursos. Um olhar que busque desenhar estratégias para o enfrentamento de problemas históricos e conjunturais vividos por pessoas e coletividades de forma sistemática e excludente. Um olhar que priorize os mais desfavorecidos e promova o empoderamento de pessoas e comunidades. Mas que também conduza à responsabilidade – sobre si e outros, o todo que nos cerca. Pois gerar poder é ter responsabilidade e autonomia. E assim como a desigualdade é socialmente construída, também o é a igualdade (22)(33).

A população em situação de rua é um dos segmentos enraizados na histórica exclusão. São resistentes e vivem na invisibilidade sem a proteção do Estado. Os grupos pesquisados do Plano Piloto, em Brasília, em sua maioria, têm sua origem direta do mundo rural do sertão nordestino. De condição rural à situação de rua, transitam entre população latente e estagnada, que, sem atrativos para inserção no

mercado formal, desenvolvem formas de ocupação e renda heterogêneas cuja organização não assume características tipicamente capitalistas. Integram o trabalho informal de catador de material reciclável, vigia e lavador de carro, entre outros, compondo uma fonte de reserva da força de trabalho (34).

O fenômeno da população de rua remonta à Europa Ocidental dos séculos XV e XVI e é uma síntese de múltiplas determinações. Não há uma única caracterização ou definição do fenômeno. Os camponeses expulsos de suas terras eram impelidos à rígida disciplina do trabalho assalariado e a uma não menos rígida legislação contra a vadiagem (leia-se pauperismo). Essas leis agiam como substituto da servidão e tinham como respaldo empregos a baixos salários com apoio dos poderes e estrutura material do Estado (3)(35)(36).

O elemento surpresa da pesquisa deveu-se à heterogeneidade da população que mora e trabalha na rua, como grupos que mantêm seus vínculos familiares e afetivos, além de uma vida em comunidade, visto que a literatura e documentos oficiais caracterizam unilateralmente a população em situação de rua dos grandes centros urbanos pela perda de vínculos afetivos e familiares, homogeneizando as diferenças existentes dentro do próprio segmento (10)(11)(12). Essa compreensão reducionista pode deixar lacunas na abordagem e desenvolvimento de políticas, programas e ações inclusivas.

Na história de vida do povo de rua o fator persistente é o empobrecimento que, muitas vezes deriva de gerações anteriores. A perda de emprego, de vínculos familiares, alcoolismo e drogadição, e processos de adoecimento são fatores recorrentes. Todos esses fatores têm características subjetivas que se mesclam aos processos que levam à pobreza e exclusão, pois a exclusão é um processo dinâmico no qual *“os indivíduos transitam da integração à vulnerabilidade, ou deslizam da vulnerabilidade para a inexistência social”* (37).

Minayo (*apud* Souza, Silva e Caricari) nos indica que o fenômeno da pobreza, assim como a exclusão social, é resultado do desenvolvimento centrado no mercado, que desagrega sujeitos e coletividades, e influencia na representação dos mesmos na sociedade:

A exclusão pode ser definida como um processo múltiplo de separação de grupos e sujeitos presente e combinado nas relações econômicas, sociais, culturais e políticas, resultando disso a pobreza, discriminação, não acessibilidade ao mundo do trabalho e do consumo e a não representação social e pública (37).

Embora nos últimos anos políticas afirmativas e inclusivas tenham feito parte da cena política nacional, o que impera, ainda, são programas sociais compensatórios e assistencialistas. Aquelas têm promovido crescente inclusão social, empoderamento e cidadania, alcançando uma pequena parcela desta população. No entanto, tais políticas ainda não se transformaram em ação, fato percebido nas ruas das grandes cidades. O resultado é que a maioria do povo de rua continua a ser ignorado ou é objeto de tutela estatal, da filantropia e da caridade das igrejas (38).

O povo de rua, dentre os segmentos populacionais historicamente excluídos, é o que mais escancara as contradições básicas do modo capitalista de produção: a falácia capitalista de que todos têm iguais oportunidades e a evidência de que embora a produção seja social a apropriação dos ganhos sempre é individual.

Outros fatores, subjacentes e profundamente arraigados na percepção das representações sociais é a negação da humanidade das pessoas que vivem na rua. É como se fossem de outra espécie com poucas similaridades, destituída de pertencimento à espécie humana, desqualificados para a ação humana e desvinculados das relações sócio afetivas que os humanizam. Tais fatores, além da indiferença, leva à violência física como recurso de eliminação, pois de tão incômodos e inferiores, os sujeitos devem ser eliminados, varridos do espaço público. Ademais, muitas vezes são tidos como pessoas perigosas, socialmente ameaçadoras, criminosos em potencial, numa expressa vinculação da pobreza com a violência e a delinquência (16).

O discurso religioso as transforma em pessoas dignas de piedade, coitadinhas, cuja vida de expiação e sofrimento pode levar à salvação pessoal. Essa impressão criada tem consequência significativa e impactante sobre como elas se veem. São diferentes dos homens e mulheres sedentários ou cidadãos domiciliados, e o 'diferente' causa repulsa e estranhamento. Sua condição inferior e digna de pena impossibilita a criação de processos de transformação e conquistas, gerando conformismo por um lado, caridade por outro, e total ausência do Estado.

Mattos e Ferreira (2004) esclarecem, ainda, que o conjunto dessas 'tipificações' forma o conceito de si mesmo, pois que a personalidade individual interage com o meio, a sociedade; ou seja, é modelada pela sociedade, ao mesmo tempo em que pode influenciá-la. Na rua tentam criar elos que, pela sua condição intrínseca, são rebuscados e/ou frágeis (16). No entanto,

... as representações sociais organizam as condutas e as comunicações sociais e intervêm na difusão e na assimilação dos conhecimentos, além de participar na definição das identidades pessoais (p 48).

Esses estigmas e discriminações têm um impacto tão forte sobre a personalidade que elas vivem em um estado permanente de humilhação. Esse estado associado ao peso das tipificações reforça a construção de identidades articuladas com valores negativamente afirmados, pois quando ocorre uma ruptura as concepções de si mesmo em torno das quais foi construída sua personalidade podem ficar descreditadas (16).

A interiorização dos papéis e personagens subjetivados decorre da culpabilização e exacerbação de suas imperfeições individuais, trazendo para si a responsabilização integral de sua condição e a apropriação das representações sociais que lhe são atribuídas. O corpo reflete a identidade construída a partir da interiorização de valores negativos. É um corpo que caminha a esmo, alienado de si mesmo, de cabeça baixa, com a expressão desconsolada. Seu corpo é uma resposta à negação de sua humanidade.

Das limitadas possibilidades que lhes restam, a resistência que consumaria numa transformação social em oposição à ideologia vigente através da luta pelos seus direitos seria a negação da negação, que está em curso com a visibilidade nacional da luta deste segmento através de suas lideranças. Estes são, no dizer de Escorel (*apud* Mattos e Ferreira), os que “*vivem de teimosos*” (16).

5.1. A BIOÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

A Bioética latino-americana vem crescendo principalmente desde o momento histórico-político pós ditaduras militares que conduziram a América Latina na

segunda metade do século passado. Numa crítica profunda à bioética de princípios, alerta para o perigo da maximização da autonomia em detrimento dos interesses coletivos, e traz outros referenciais na busca de diretrizes e formulação de normas ampliadas que incluam, entre outros, temas referentes à equidade no atendimento sanitário e universalidade do acesso aos benefícios do desenvolvimento na priorização, alocação, distribuição e controle dos recursos (39)(40). Considera que o principialismo anglo-saxão reduz a discussão bioética à dimensão individual focando sua atuação e reflexão nos aspectos biomédicos e excluindo o pluralismo e a coletividade, sobrepujando o princípio da autonomia em relação aos princípios da beneficência, não maleficência e justiça (21). A lacuna de questionamentos dos condicionantes econômicos e sociais da qualidade de vida – ou da ausência desta – pesa sobre o indivíduo responsabilizando-o unicamente pela criação de oportunidades que lhe confirmam o exercício pleno da autonomia.

O Movimento pela Reforma Sanitária brasileira surge naquele momento histórico junto com espaços de discussão de uma bioética incipiente, associando aspectos relacionados aos processos de saúde e adoecimento à ética, moralidade e relações de poder em sua dimensão social. Introduziu uma relação politizada entre bioética e saúde pública, na vertente da desconstrução do principialismo buscando o compromisso no campo científico com os grupos e segmentos excluídos e invisibilizados. As linhas autóctones da bioética brasileira fazem interface com a saúde pública, inclusive muitos bioeticistas derivam do movimento sanitarista (40).

As linhas da bioética no Brasil mantêm uma estreita articulação com os movimentos sociais sejam de origem religiosa, baseados na laicidade, sejam dos movimentos específicos como mulheres, negros, população em situação de rua, entre outros. Todas refletem e atuam no âmbito da garantia dos direitos humanos e do enfrentamento das gritantes disparidades e desigualdades econômicas, sociais e de gênero. Porto e Garrafa esclarecem que o foco de atuação da bioética brasileira tem várias frentes: a) Bioética da Teologia da Libertação; b) Bioética de Proteção; c) Bioética Feminista e Antirracista; e d) Bioética de Intervenção (40).

Tais linhas bioéticas estão voltadas para a superação dos problemas de grupos e segmentos populacionais que vivem sob a histórica opressão e exclusão social sem a devida proteção do Estado. No dizer de Porto e Garrafa:

Esses sujeitos são respectivamente identificados por essas vertentes como excludentes, vulnerados, oprimidos, vítimas das relações assimétricas de gênero, do racismo por cor e etnia, ou simplesmente, como os grupos e segmentos ou populações pobres, que no âmbito interno das nações ou na relação entre elas, são apartados das condições sociais e ambientais que caracterizam a qualidade de vida (40).

A Bioética de Intervenção, embasada nos tratados internacionais de direitos humanos, conforma uma bioética dura, classifica os problemas éticos como persistentes e emergentes, e busca garantir os direitos de primeira geração para as pessoas mantendo como parâmetros os direitos de segunda e terceira geração. Os direitos de 1ª geração são os que reconhecem a condição de pessoa como titular de direitos universais e exclusivos, os de 2ª geração abordam os direitos econômicos e sociais que se manifestam na dimensão material da existência, e os direitos de 3ª geração se apresentam na relação com o ambiente e preservação dos recursos naturais (39)(40).

De fundamentação filosófica e consequencialista, a Bioética de Intervenção atua no campo público/coletivo e no privado/individual. Na dimensão coletiva, os pressupostos utilitaristas justificam a priorização de políticas e ações públicas que privilegiem o bem comum atendendo ao maior número de pessoas no maior tempo possível, e que resultem nas melhores consequências coletivas, mesmo em detrimento de certas situações individuais, admitindo-se exceções pontuais. Na dimensão individual busca fomentar a libertação, o empoderamento e a emancipação dos sujeitos sociais por autogestão ou por medidas de compensação e proteção do Estado, o que pressupõe justiça social com equidade e busca de soluções viáveis e práticas para conflitos identificados no contexto em que ocorrem. Os pressupostos teóricos comungam com a solidariedade e avançam na politização dos conflitos e nos benefícios voltados para a coletividade, elucidando os caminhos para que as transformações sejam concretas e permanentes (39)(40). A Bioética de Intervenção, com o olhar focado nas disparidades socioeconômicas na América Latina, discute o pluralismo de valores e a necessidade da responsabilidade individual e pública para uma nova abordagem ética com aplicação social e inclusiva.

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) contou com a participação ativa dos bioeticistas-sanitaristas latino-americanos e brasileiros, que

exerceram papel decisivo quanto à responsabilidade social e de saúde do Estado, dando uma maior visibilidade à temática da igualdade, da justiça e da equidade. O texto avançou para além das questões biomédicas e biotecnológicas explicitando um claro enfrentamento aos interesses unilaterais de países desenvolvidos, trazendo à luz temas de interesse das nações periféricas, e incorporando os campos social e ambiental, dentre estes o da saúde com vistas à qualidade da vida humana. A presença dos bioeticistas latino-americanos garantiu a politização do discurso bioético (24)(41).

Os temas da diversidade cultural e pluralismo moral foram retirados da invisibilidade de uma bioética reducionista, garantindo-se as liberdades e direitos fundamentais. Com relação ao enfrentamento da discriminação e estigmatização elucida o texto, em seu artigo 11:

Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

No texto sobre Responsabilidade Social e Saúde (DUBDH/2005, artigo 14, reproduzido abaixo), a Declaração é clara quando afirma que a promoção e manutenção da saúde deve ser pauta central dos governos baseada em um desenvolvimento com justiça social, que busque não só eliminar todas as formas de exclusão, mas fomentar a criação de mecanismos para a garantia do bem viver. Esse bem maior – a integridade humana em sua diversidade - deve estar no centro das discussões da Bioética sem o qual a mesma não aprofundaria a temática sobre as inúmeras desigualdades que dividem sociedades e indivíduos. O desafio e o propósito da Bioética brasileira e latino-americana são enormes, e impõem que a teoria se manifeste na prática, e que as discussões, resultados e encaminhamentos sejam pautados na ordem social, em caráter emergencial, no cotidiano da sociedade e dos governos, pois nesse exato instante pessoas estão submetidas a condições deploráveis de vida sem a devida atenção e proteção do Estado (41).

Artigo 14 – Da Responsabilidade Social e da Saúde

a) *A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.*

b) *Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça,*

religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

(i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;

(ii) o acesso à nutrição adequada e água de boa qualidade;

(iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;

(iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e

(v) a redução da pobreza e do analfabetismo.

Como ética aplicada a Bioética tem muito a contribuir no processo complexo de discussão, aprimoramento e consolidação da cidadania, direitos humanos e justiça social, de forma politizada e interventiva e com o objetivo de diminuir as disparidades sociais (33). Busca unir, através do diálogo, os estranhos morais numa sociedade plural, observando a *“tensão fundamental entre alcançar o bem das pessoas e respeitá-las como agentes responsáveis e livres”* (27).

A Bioética de Intervenção busca a aplicação da ética voltada para as questões de justiça social e de responsabilidade pública do Estado para com os cidadãos, considerando a influência dos movimentos sociais nos últimos 30 anos, como os movimentos de mulheres, negros e homossexuais. Neste sentido,

(...) A Bioética defende a ideia de que o corpo é a materialização da pessoa, a totalidade somática na qual estão articuladas as dimensões física e psíquica que se manifestam de maneira integrada nas inter-relações sociais e nas relações com o ambiente. A escolha da corporeidade como marco das intervenções éticas se deve ao fato do corpo físico ser inequivocamente a estrutura que sustém a vida social, em toda e qualquer sociedade. Não há outra concretude social: “uma sociedade estará nos corpos de seus membros ou não residirá em parte alguma”¹ (39).

Segundo Jonas (1994), o Estado Democrático tem um papel e um dever frente a temas universais relacionados com a cidadania, saúde, direitos humanos e vida das pessoas. O Princípio Responsabilidade, por ele defendido, estimula reflexões sobre o papel do Estado e sua atuação frente a políticas públicas de impacto social. Estimula a pensar sobre a necessidade de mudanças nas estruturas organizacionais e políticas, com atuação global e local, coletiva e individual. Implica um poder público centrado na pessoa, e não na técnica; quanto mais individual, mais coletivo, abrangente e humanizado (28).

¹ Citando Rodrigues, JC. O Corpo na História rio de Janeiro. Ed Fiocruz: 177.

Para além da responsabilidade pública de cumprimento de normas, a responsabilidade individual e coletiva exige uma reflexão sobre as posturas psíquicas e comportamentais nas ações tanto privadas como estatais. Então, garantir direitos de cidadania para segmentos historicamente excluídos - como é o caso da população em situação de rua - é um dever da sociedade e do poder público, na perspectiva de compreender e respeitar as diferenças não permitindo que estas determinem desigualdade ou inferioridade, ou seja, a partir de parâmetros diferenciados, buscar atingir a igualdade como ponto final da utilização da equidade (22).

Segundo Garrafa, “*a visão coletiva é indispensável para o enfrentamento das tremendas injustiças sociais relacionadas com a exclusão*”. Neste sentido, a Bioética deve atuar positivamente, afirmativamente, empenhada com aplicação da ética nas situações da vida cotidiana, requerendo abordagens pluralistas e transdisciplinares do meio em que vivemos (22).

A inclusão e o acesso da diversidade de sujeitos aos benefícios sociais demandam uma reflexão ativa e consistente de toda a sociedade, em especial dos movimentos sociais, marcadamente politizados, emergentes e imprescindíveis na luta pela igualdade de direitos. O movimento da população em situação de rua em sua luta específica traz benefícios políticos para toda a sociedade, na ratificação dos direitos civis e políticos, aqui incluso o direito à vida, além de sociais, econômicos e culturais, como educação, atenção sanitária e participação na vida cultural e política. Citando Cortina (26):

A conquista da autonomia através da realização da igualdade é uma das grandes tarefas para o século XXI. E o é para as distintas dimensões da cidadania, pois como é possível falar de uma cidadania igual no legal e no político quando se constata radical desigualdade econômica, cultural, sexual, social e cívica? Seguir realizando a igualdade das distintas dimensões da cidadania é um programa que deve ser desenvolvido e que é, a todas as luzes, radicalmente transformador da realidade social.

De qualquer forma, a temática da exclusão e da pobreza, ainda que tomada por um escopo acadêmico e científico, não deixa de ser influenciada pelas posições políticas que a permeiam. É perceptível uma postura que desencadeia um processo de desresponsabilização tanto do Estado como da sociedade, caracterizando a situação como algo presente desde tempos imemoráveis, herança arrastada de

épocas lusas. No entanto, a pobreza não é uma realidade estanque, como o destino ou carma, pré-determinada. “A pobreza, longe de ser um resquício histórico, é constantemente recriada por processos econômicos e políticos”. Desta forma, a pobreza persiste não por uma inércia histórica, mas por renovados métodos alimentados por interesses dominantes (42)(43).

Milton Santos (2003) reflete sobre a ‘pobreza incluída’, derivada de uma condição natural ou social, incomum e individualizada, e a ‘pobreza estrutural’, generalizada e permanente, como resultado de uma produção científica, globalizada e voluntária, e da total ausência do Estado em sua função de proteção social. A ‘marginalidade’ seria a linha limítrofe para a pobreza absoluta resultante do subdesenvolvimento que classifica os indivíduos pela capacidade de consumir. Os pobres nem seriam incluídos nem marginais, mas excluídos. Santos (2003) é enfático ao colocar que a naturalização da pobreza é produzida politicamente pelos atores globais com colaboração consciente dos governos nacionais e legitimado pelos intelectuais (44).

Neste sentido, a responsabilidade dos bioeticistas brasileiros diante desse abismo ético-político, no qual a pobreza surge, impõe-se e explica-se como algo natural e inevitável, é enorme. Por outro lado, os objetivos da Bioética contidos na DUBDH se mostram relevantes e fundamentais, principalmente para os países do hemisfério Sul, com histórias de exploração e usurpação de seus recursos naturais, e de um desenvolvimento econômico centrado na técnica e na acumulação de riquezas nas mãos de poucos ‘muito ricos’, em detrimento da grande parcela da população submetida a uma pobreza estrutural, fabricada política e economicamente.

A contemporaneidade vivida atravessa uma crise sucessiva e estrutural, em todas as áreas, seja social, econômica, ambiental ou de saúde pública. Somem-se a isso os incríveis avanços tecnológicos em um tempo relativamente curto para a história humana. Os governos precisam encontrar soluções permanentes e estruturais de forma a evitar que mais crises se sucedam e se aglutinem. No Brasil, a recente condução política focada em ações de intervenção estruturante, com a inclusão de atores sociais na absorção de demandas e reivindicações, bem como na

solução para as múltiplas questões, tem mudado a lógica exclusiva dos atores hegemônicos.

Fazendo uma retrospectiva histórica que culmina na Constituição de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do estado, Siqueira-Batista e Schramm (2005) introduzem a temática da saúde, iniquidade e justiça. A falta de recursos não seria a razão das iniquidades e da falta de acesso à saúde e sim a distribuição da riqueza que determina as disparidades. No entanto, os condicionantes sociais da saúde não respondem a modelos simples de causa e efeito. São relações complexas, de retroalimentação. A enfermidade afeta o rendimento da família, mas também a condição de pobreza traz efeitos deletérios à saúde (25).

Os autores propõem, já destacando o aspecto eminentemente falho como qualquer teoria, o olhar atento às contribuições teóricas de Amartya Sen. Uma concepção de justiça distributiva que equaliza liberdade e igualdade seria o melhor que se tem, ao menos por ora. Um trabalho no sentido de fazer cumprir a intenção constitucional de universalização, mas sem ignorar o aumento da demanda que torna premente a necessidade de concentrar esforços para que as ações em saúde identifiquem e diminuam as desigualdades sociais. Esta discussão evidencia o intensamente e tensamente visitado binômio universalização-focalização (25).

No entanto, é preciso retomar o aspecto de retroalimentação para delimitar o problema. Desta forma se a pobreza e a doença dançam em círculos eternos, para atuar nas iniquidades em saúde seria necessário muito mais do que o SUS, ou se exigiria mais do SUS do que somente a atenção em saúde, mas a atenção à renda, à educação, à qualidade de vida, à capacitação humana para o exercício da liberdade.

5.2. CAMINHOS E DESCAMINHOS DA AÇÃO PÚBLICA

No âmbito nacional, sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos (SDH), será realizado, em 2012, o Censo Nacional da População em Situação de Rua. Desta ação pretende-se definir em 'águas claras' estratégias de enfrentamento às condições de vulnerabilidade e exclusão históricas a que estão submetidas este segmento, partindo das diferentes origens do fenômeno e eliminando o equívoco

das gestões anteriores de agir isoladamente, deixando espaço para ações finalísticas de cunho filantrópico, sem intervenções efetivas e sem a proteção do Estado. O Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos para a População em Situação de Rua e Catadores de Material Reciclável vem fortalecer as estratégias no sentido de, em conjunto com o Censo 2012, conferir maior visibilidade do cotidiano desta população para a definição de ações e estratégias dos governos locais e regionais.

Avançando para além do Decreto nº 7.053/2009 o Governo Federal lançou o anteriormente citado Plano Brasil Sem Miséria por meio do Decreto nº 7.492/2011, exigindo uma maior articulação interministerial para consolidação das ações elencadas, e uma atuação eficiente e consistente dos governos estaduais, municipais e distrital.

Recentemente, o Ministério da Saúde regulamentou por meio da Portaria nº 940 MS/GM (45), o Sistema Cartão Nacional de Saúde que, em seu artigo 23, parágrafo 1º, isenta ciganos nômades e moradores de rua de referir domicílio permanente no cadastramento do Cartão SUS. São avanços significativos para acessibilidade aos serviços de saúde. Cabe aos estados e Distrito Federal incorporarem em seu planejamento as ações intersetoriais com base no compromisso com o enfrentamento das vulnerabilidades e com a construção da equidade e da igualdade.

Em junho de 2011 o Governo do Distrito Federal (GDF) reuniu lideranças vinculadas ao Fórum Permanente da População em Situação de Rua do Distrito Federal no Ciclo de Debates “Políticas sociais para população em situação de rua do Distrito Federal” para discutir ações intersetoriais voltadas para o segmento. Na ocasião o governador assinou o Decreto nº 32.986, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal (17), em 13 de junho, o qual institui o Comitê Intersetorial com o objetivo de elaborar a Política de inclusão social para a População em Situação de Rua do Distrito Federal. Com o objetivo de enfrentamento da miséria, pauta da nova gestão federal, instituiu o Plano para Superação da Extrema Pobreza – DF Sem Miséria, por meio da Lei nº 4.601 de 14 de julho de 2011. Desta última consta a ampliação do Programa Bolsa Família com a estratégia de busca ativa de pessoas extremamente pobres, incluindo segmentos como catadores de materiais recicláveis

e população em situação de rua (18).

A Política de inclusão para o segmento e o Plano Operativo, ainda em fase de finalização, tem inúmeros desafios para sua implementação a despeito dos esforços empreendidos nos últimos seis meses pelas secretarias de governo e movimento social visto que a compreensão da diversidade do segmento com incorporação de demandas específicas tem um peso substancial para a efetivação das ações, preenchendo as lacunas causadas pela histórica falta ou insuficiência de ações voltadas para o segmento.

Para além das estratégias impetradas pelo Comitê Intersetorial, é fundamental o desenvolvimento de ações articuladas entre as secretarias de governo, movimento social e sociedade de entorno, na perspectiva de uma profunda mudança do sistema organizacional e do desenvolvimento de uma cultura de paz, sob pena de ficarmos mais uma vez à margem de nossos ideais de inclusão e igualdade, e à mercê do desenvolvimento econômico centrado na técnica e não nas pessoas. As Secretarias de Habitação e de Segurança Pública têm especial importância na efetivação da justiça e proteção social para a população em situação de rua do Distrito Federal. Ressalte-se que o Comitê tem uma única função com prazo determinado para cumpri-la e a implementação do Plano Operativo não terá sucesso sem uma articulação bem definida entre as secretarias, baseada na escuta ativa do movimento social. Obviamente as decisões e determinações políticas tomadas em curso definirão a efetivação da inclusão com justiça e proteção social para o segmento.

A aproximação do poder público com o segmento depende, também, do fortalecimento e unificação das ouvidorias, além de um levantamento descritivo desta população que inclua o cuidado, acolhimento e escuta de suas necessidades e demandas, a partir de sua origem, cultura, hábitos, moradia, condições sanitárias, acesso a serviços públicos e benefícios, exposição à violência, entre tantos outros fatores.

O Comitê Intersetorial tem trabalhado neste sentido. Porém, um trabalho isolado do setor saúde não será suficiente para solucionar os problemas estruturais macro dimensionados que interferem na manutenção da saúde e na qualidade de vida dessas pessoas. O cadastro único da população de rua a ser coordenado pela Sedest é uma forte estratégia de ação intersetorial. Fato é que as ações realizadas

até agora isoladamente pelas secretarias não têm chegado aos grupos pesquisados. As demandas levantadas nestes grupos têm sido intercambiadas pelo Fórum Permanente da População em Situação de Rua do Distrito Federal e pela pesquisadora junto à Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Sedest) e outras secretarias por meio do Comitê Intersectorial, mas, até o momento presente, o GDF não apresentou uma estratégia de interlocução com os grupos e comunidades, em aguardo dos resultados de ampla pesquisa realizada no ano de 2010 pela Universidade de Brasília abrangendo toda população em situação de rua do Distrito Federal.

A despeito dos esforços empreendidos pelo GDF, Sedest e Comitê Intersectorial, segundo relatos das comunidades e do Fórum/DF, intervenções policiais e da Vara da Família, embora em número reduzido, ainda têm acontecido e de maneira desastrosa tanto em alguns grupos pesquisados como contra moradores de outros setores do Distrito Federal. Esta 'dupla' ação do GDF é profundamente contraditória, visto que o Estado, corporificado pelo GDF, ao mesmo tempo em que legisla sobre a proteção dos vulnerados, aterroriza comunidades em ações violentas e questionáveis. Ademais, a atuação dos órgãos jurídicos e de segurança deve ser preventiva e não punitiva para este segmento populacional, potencializando o caráter de atenção e proteção do Estado para quem mais dele necessita.

Para além de avanços significativos conduzidos pela atual gestão, a questão da segurança pública e habitacional perpetua-se como ponto nevrálgico para a população em situação de rua do GDF. Enquanto os sucessivos governos não equalizarem a questão fundiária entre a especulação imobiliária e a terra para quem nela quer viver os problemas continuarão em escala ascendente. No Plano Piloto de Brasília, o forte setor imobiliário consegue concessão para construir em grandes espaços e áreas anteriormente ilegais o sonho 'injetado' por propagandas efusivas de moradia e lazer para as classes médias e altas do GDF, enquanto a população em situação de rua se mantém sistematicamente sob o cotidiano da violência por habitar pequenas áreas, também ilegais. Atravessamos governos de direita e de esquerda sem resolver esse paradoxo. Paradoxo este que se diluiria num governo com vontade política para orientar sua gestão centrada na vida humana, principalmente aquela historicamente em situação de vulnerabilidade. É o que se espera da gestão do Governo do Distrito Federal: que implemente as políticas, programas e ações preconizadas recentemente pelo Governo Federal e seus

diferentes órgãos e setores.

No setor saúde, as ações de redução de danos e enfrentamento ao crack preconizadas pelo Governo Federal, incluem a institucionalização de consultórios de rua, a ampliação dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e casa de acolhimento transitório. Tais estratégias da saúde mental impactarão na saúde de pessoas e grupos de usuários de álcool e outras drogas, e portadores de transtornos mentais que habitam as ruas do Distrito Federal. No entanto, é necessário garantir uma atenção integral e universal para os outros grupos que caracterizam a grande maioria dos (as) entrevistados (as) nesta pesquisa – e maioria estimada no Distrito Federal - quais sejam: pessoas e comunidades em situação de rua sem história de drogadição e transtornos mentais que estão excluídos dos programas e ações de governo mesmo após três anos do Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009.

Desta forma o cuidado e acolhimento na atenção à saúde devem transversalizar a atenção primária e especializada com protocolos integrados. Para a implementação eficiente da estratégia de Equipes de Saúde da Família sem Domicílio a capacitação de recursos humanos voltados para a inclusão da diversidade e acolhimento das demandas reprimidas do segmento é imprescindível tanto nas equipes do SAMU quanto junto aos profissionais da atenção primária e média e alta complexidade.

O atendimento de excelência deve estar presente em todas as formas de atenção com uma observação sensível com relação ao trabalho exercido e situações recorrentes de exposição à violência, risco de vida e processos de adoecimento. Pois que esta população tem o próprio corpo como instrumento de trabalho, utilizando cotidianamente força e condições físicas que exigem um estado pleno de saúde. Qualquer processo de adoecimento implica diretamente em risco a sua integridade física, emocional e mental, porque inviabiliza a vida laboral.

A precária situação de saneamento ambiental dos locais onde vivem os grupos e comunidades, sem acesso à água e esgotamento sanitário influenciam nas condições de saúde das famílias, especialmente as crianças. As Equipes de Saúde sem Domicílio devem atender as famílias em sua localidade e registrar as condições sanitárias de forma a respaldar e exigir das outras secretarias uma ação conjunta que favoreça o equilíbrio entre pessoa e ambiente, com vistas à qualidade de vida.

Enquanto as equipes de saúde sem domicílio não atendem toda a população em situação de rua do Distrito Federal, faz-se necessário disponibilizar horários e fichas para as pessoas que recorrem aos serviços de atenção primária considerando as dificuldades já descritas de acesso. A Portaria nº 940 GM/MS, que quebra a exigência de domicílio ou comprovante de residência para atendimento no SUS é um grande avanço neste sentido. Ações de educação popular em saúde são fundamentais para reforçar conhecimentos e práticas pré-existentes, além de atuar na prevenção de agravos e promoção e manutenção da saúde (45).

5.3. NECESSIDADES E POSSIBILIDADES PARA O ALCANCE DA ÉTICA

Para Sen (1993, 2000), o objetivo central do planejamento e do processo de formulação de políticas deve priorizar a vida das pessoas, e estar pautado na emergência de um desenvolvimento solidário, onde as oportunidades sociais, políticas e econômicas promovam o alcance das liberdades individuais. Isto significa que a produção e a prosperidade econômica objetivariam fins valiosos, e conviveriam em estreita relação com o enriquecimento da vida das pessoas (2)(46).

A experiência do alcance das liberdades substantivas e individuais teria como consequência a autonomia com responsabilidade sobre si e sobre o todo que nos cerca, numa perspectiva de alteridade e solidariedade, em que os direitos inerentes à vida e dignidade humanas se estendem a todo tipo de vida existente no planeta.

A igualdade e o exercício pleno da cidadania são referenciais dos direitos humanos e consequências desejadas da equidade e da responsabilidade individual e pública. A equidade, para além de tratar desigualmente os desiguais, passa pelo reconhecimento de diferentes necessidades de diferentes sujeitos para se alcançar os direitos humanos universais. A observância da diversidade de sujeitos sociais em seu pluralismo cultural, social, étnico-racial, moral e religioso, pressupõe a igualdade de direitos.

O direito à saúde é um direito primordial e pressupõe o direito de manter-se saudável, de recuperar a saúde em processos de adoecimento, de ter acesso à rede de saúde em suas portas de entrada e aos serviços especializados, de ter acesso a bens, produtos e serviços que assegurem a manutenção da saúde, de viver livre de toda e qualquer forma de violência e discriminação, e, principalmente, de ter a

garantia da proteção e atenção do Estado para a efetivação desse direito.

A responsabilidade social do Estado, na dinâmica do planejamento, desenvolvimento e funcionamento de um sistema de saúde universal pautado na seguridade social, requer uma atuação consistente e compartilhamento nas esferas de gestão. É fundamental a definição de prioridades na análise, decisão, alocação, distribuição e controle dos recursos; participação responsável da população em todo o processo; preparação adequada dos recursos humanos para a atenção à diversidade de sujeitos; revisão e atualização dos códigos de ética das diferentes categorias profissionais; adaptações curriculares nas universidades que contemple a equidade.

Observamos na pesquisa, de forma quase onipresente, a discriminação regional que divide o Brasil em dois brasis, o Brasil do Nordeste para cima, e o Brasil do Sudeste para baixo, fato que se originou e perpetua desde tempos da Colônia. O 'de cima' pobre, rural e de cultura popular, e o 'de baixo' rico, tecnológico e de cultura refinada e elitista. Esta discriminação tem foco na pobreza e no pobre como objeto a ser extirpado da sociedade, gerando violência verbal e física, por parte de setores da sociedade. Mas também se apresenta em forma de iniquidades, por parte do Estado, na rede pública de saúde, ainda hoje no jovem adulto SUS, quando da alocação de recursos priorizando o eixo Sul-Sudeste que concentra a atenção de média e alta complexidade.

Na pesquisa observamos o total desconhecimento do SUS como rede de saúde integrada, mesmo com a procura sistemática, embora fragmentada, ao Sistema. Como resultado registrou-se a falta de sentimento de pertencimento do SUS pela população. O segmento sente-se fora do Sistema, como se este não existisse para ele, o sujeito em sua diversidade. Tal paradoxo é resultado de anos de um sistema de saúde fundamentado na seguridade social, mas preso nas teias de uma economia desenvolvimentista excludente, fato que tem se modificado paulatinamente com a mudança na gestão do Governo Federal desde 2003, mas que encontra obstáculos na implementação das ações por parte dos níveis descentralizados.

Urge construir vínculos entre o SUS e comunidades e pessoas para as quais nasceu o Sistema. Este vínculo tem sido 'costurado' na tessitura de legislações

recentes que contemplam a inclusão de segmentos historicamente sem acesso aos benefícios estatais, como é o caso da população em situação de rua. Mas não tem sido suficiente... Há necessidade de uma mudança na cultura organizacional do Estado e da sociedade que exponha e esclareça os direitos de todos os sujeitos e segmentos sociais como direitos fundamentais que dependem da atenção e proteção de Estado para se consolidarem. Formação e informação devem estar na pauta diária dos governos. Formação que contemple a diversidade do povo brasileiro para os sujeitos que serão os futuros profissionais e gestores, formação continuada para os mesmos, e informação para os sujeitos usuários para que incorporem a ação de partícipes na tessitura social. A sociedade em geral deve estar bem informada sobre a pertinência da ação de proteção do Estado por meio da mídia televisiva e escrita. É fundamental educar a sociedade para uma cultura de paz e inclusiva.

Cortina fala que, no exercício da cidadania, há diferentes formas de pertencimento, e que a cidadania ativa exige reflexões teóricas e realizações práticas para o alcance da autonomia e da igualdade. Neste sentido, ser um cidadão ativo e participativo é ser 'seu próprio senhor', pois a percepção de si nos dirige à percepção do 'outro', trazendo alteridade para a diversidade das relações interpessoais (26).

A Bioética enquanto área transversal deve enfrentar o dogmatismo em todas as suas formas, e buscar caminhos para dar visibilidade às diferentes vozes. O resgate de um estilo de vida comunitária construída a partir do desenvolvimento solidário impulsionado pelo Estado não deve ser uma utopia, pois que é uma necessidade para uma coletividade saudável, feliz e solidária conformada por individualidades livres, autônomas e responsáveis. A observação e o consequente enfrentamento das vulnerabilidades humanas são pressupostos éticos para, em última instância, a consagração da felicidade e da liberdade, sem os quais a bioética perde-se em vãs discussões sócio filosóficas com soluções paliativas e reduzidas para grandes problemas ou respostas pontuais para problemas locais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confirmamos na pesquisa a heterogeneidade da população que mora e trabalha nas ruas do Plano Piloto, em Brasília, como grupos que mantêm seus vínculos familiares e afetivos, além de uma vida em comunidade, fato esse configurado como elemento surpresa, visto que a literatura aborda, inclusive em documentos oficiais, a população em situação de rua dos grandes centros urbanos caracterizados pela perda de vínculos afetivos e familiares, resultante de drogadição e alcoolismo. Essa interpretação reducionista homogeneiza as diferenças existentes dentro do próprio segmento e pode deixar lacunas na abordagem e desenvolvimento de políticas, programas e ações inclusivas.

Os (as) entrevistados (as), em sua maioria, emigraram da Região Nordeste – principalmente do estado do Ceará - para a capital do País na esperança de conseguir trabalho e renda. Muitos vieram diretamente para Brasília estimulados por parentes e amigos que aqui já moravam, tendo passado por outras cidades, onde moravam em casas alugadas e/ou ‘ocupações’ no Distrito Federal. São em sua maioria pardos, seguidos por negros e brancos, e apresentam baixíssimo grau de escolaridade. As mulheres revelam abandono precoce dos estudos principalmente para se dedicar ao cuidado com a família.

A maioria declarou viver em relação conjugal, formando uma família dentro dos padrões sociais vigentes, composta de marido, esposa e filhos. A religião mais praticada é a católica, seguida de uma religiosidade de caráter informal – sem vínculos com instituições religiosas, embora a religião evangélica também tenha sido referida.

O tempo de moradia na rua difere entre homens e mulheres. Estas, em sua maioria, estão na rua entre quatro e seis anos, na condição de acompanhante de seus maridos. Aquelas que têm um tempo relativamente longo nas ruas vieram ainda jovens com a família de origem. Os homens declararam um tempo maior de permanência nas ruas, embora dois estejam nas ruas há menos de um ano. Estes referem drogadição e alcoolismo, além de se declararem portadores de HIV.

Os (as) entrevistados (as) declararam possuir como ocupação principal o trabalho com reciclagem, seguido de vigília e guarda de carro. As mulheres, além do trabalho com reciclagem são responsáveis pelas tarefas domésticas. As atividades próprias de lazer foram referidas pelos homens, enquanto que entre as mulheres, estas estão relacionadas ao trabalho com reciclagem e cuidados com a casa e a família. Estes fatos deflagram a perpetuação da matriz patriarcal nas relações sociais de gênero também neste segmento populacional. É importante observar que, em sua maioria, são pessoas advindas de uma cultura patriarcal de origem rural e, portanto, não isenta da predominância do domínio masculino no cerne de suas relações cotidianas.

Quanto à posse de documentação, os (as) entrevistados (as) percebem-na como necessária para ter acesso a serviços públicos e benefícios estatais. Os documentos mais comuns foram identidade, CPF, título de eleitor e carteira de trabalho. A grande maioria porta algum tipo de documento. Foi relatado que registros de nascimento, assim como alguns documentos de identidade, foram destruídos durante as 'derrubadas'. Os títulos de eleitor foram pouco utilizados para votação, visto que apenas um é de Brasília, necessitando justificar aqueles que são de outra localidade. As mulheres registram possuir a maioria dos documentos; são 40 documentos entre as mulheres para 20 entre os homens. Os quatro entrevistados que não possuem nenhum tipo de documento são homens. Este fato deflagra dificuldade de acesso a serviços e benefícios, além de risco iminente na sua condição de morador de rua e de ausência de seu registro de 'pessoa' na sociedade. Apesar de um número relativamente alto de carteiras de trabalho, apenas duas foram assinadas e, ainda assim, por um breve período.

A grande maioria das pessoas se sente discriminada e isso afeta sua representação social de cidadã, implicando em sua auto percepção enquanto sujeito de direitos. Os processos de discriminação são variados, mas sistemáticos. Nos casos em que as pessoas não se sentem discriminadas observamos a falta de percepção de processos discriminatórios associada a um conceito positivado de si mesma. Dos tipos de discriminação relatados a pobreza apareceu como a mais relevante, seguida de moradia, vestuário e trabalho. O quesito 'cor', a despeito de a

maioria ter-se declarado 'parda' e 'negra' não foi percebida como motivo central de discriminação. As condições de moradia e trabalho decorrentes da situação de pobreza extrema são os principais motivadores das discriminações e violências sofridas sejam palavras e jargões preconceituosos, 'derrubadas' ou assassinatos. Segundo os relatos, a discriminação provém de diferentes personagens da esfera social, desde representantes de órgão de governo a indivíduos desconhecidos de melhor posição social. Dos órgãos de governo a Polícia Civil e Militar, Terracap e Agefis são muito citados por causa das 'derrubadas' promovidas pelos mesmos, visto que os moradores ocupam áreas ilegais ou de preservação ambiental, indisponíveis para habitação.

O acesso aos serviços de saúde é precário, principalmente no que concerne a falta de documentação e moradia fixa, além da ausência de profissionais tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade. Em relação aos processos saúde-doença, boa parte dos (as) entrevistados (as) referiu ter algum problema de saúde em sua maioria crônico ou persistente, como depressão, hipertensão, tabagismo, HIV, miopia avançada, alcoolismo e drogadição, dor de cabeça, hérnia abdominal, cravos nos pés, gastrite nervosa, hipertensão, dores e problemas articulares. Os casos de hipertensão são entre mulheres e apenas uma faz controle e acompanhamento no posto de saúde. Os casos declarados de HIV não fazem nenhum tipo de acompanhamento. Dentre os (as) entrevistados (as) apenas um tem o Cartão SUS.

Embora haja relatos de ausência de problemas de saúde, houve casos em que os serviços de saúde foram procurados para solução de processos agudos de adoecimento ou para acompanhar doentes em casos de emergência. Tantos em casos agudos como crônicos, a assistência de média complexidade foi a mais procurada. Os casos agudos relatados foram dor de dente, gripe, diarreia, dengue, dor imobilizante nas costas, dor de cabeça, pico hipertensivo, infecção intestinal, infecção renal, hemorragia uterina, estresse agudo, pré-natal e parto.

Os postos e centros de saúde procurados são os mais próximos dos locais onde vivem as comunidades e grupos pesquisados. As principais demandas são de vacinação dos filhos, tratamento odontológico, hipertensão e tabagismo. A ausência

do profissional médico ou odontólogo foi bastante referida, assim como as recentes reformas de alguns postos de saúde sem encaminhamento formal. A falta de documentação e de moradia fixa foram motivos de falta de assistência. A quantidade disponível de fichas por dia nem sempre possibilita o acesso.

As unidades de saúde de média e alta complexidade mais procuradas para atendimento foram HUB, HRAN, Hospital de Base e SAMU, embora também tenham sido citados os Hospitais Regionais do Paranoá, Ceilândia, São Sebastião e Planaltina. Os serviços atendentes foram Ambulatório, Urgência-Emergência e Pronto-Socorro. Esta situação é bastante recorrente entre a população em situação de rua, o que não difere do restante da população brasileira, que é buscar os serviços de média complexidade mesmo nos casos de resolubilidade pela atenção básica. Este fenômeno se deve ao fato de que nos postos e centros de saúde sempre falta profissional médico, seja clínico geral ou ginecologista. Porém, o fator principal de distanciamento dos moradores de rua dos serviços de atenção básica à saúde é não portarem documento de identidade ou não terem domicílio, requisitos para acesso a esse serviço. A emergência é o serviço que garante o atendimento e a inexigibilidade de tais requisitos.

As dificuldades encontradas referem-se à acessibilidade aos serviços de saúde, à falta de profissional e às grandes filas de espera. Estas últimas são o maior 'gargalo' do SUS estampado nas manchetes de jornais impressos e televisivos no cotidiano da população brasileira, sejam usuários ou não do SUS. Uma vez atendidas, as pessoas registraram bom atendimento com encaminhamentos, exames e medicação realizados no serviço.

As informações contidas nas entrevistas expuseram o frágil sistema de assistência farmacêutica da Secretaria de Saúde do GDF. O medicamento prescrito pelo médico nem sempre é encontrado na farmácia do SUS necessitando ser adquirido com seus próprios recursos ou mesmo enviado por parentes por meio dos correios. Podemos identificar a falta de abastecimento ou falta de conhecimento pelo médico do medicamento disponível no posto de saúde. Ressaltem-se, ainda, as aquisições de medicamentos efetuadas nas farmácias sem a apresentação do receituário médico, pois muitos que adquiriram remédios em farmácias não passaram por consulta médica. Acrescente-se que o uso de medicamentos foi

referido por metade dos entrevistados, motivados por dor na coluna, dor na garganta, gripe, hipertensão, estresse, com finalidade calmante, analgésica, anti-inflamatória, anti-infecciosa e controle da hipertensão arterial. Outros fazem uso de remédios caseiros, como ervas, principalmente na forma de chás. Esse conhecimento é uma herança cultural, mantida de pais para filhos, e é mais comum entre os oriundos do Nordeste.

Nas questões relativas ao conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), observamos um total desconhecimento do Sistema enquanto rede de serviços públicos de saúde, pela maioria dos (as) entrevistados (as), embora os mesmos a utilizem em diferentes circunstâncias, direta ou indiretamente, para si ou para terceiros. O conhecimento decorrente da experiência de utilizar os serviços na atenção básica, média e alta complexidade, se confronta com o conhecimento repassado através das informações e manchetes, principalmente televisivas. No primeiro caso, o conhecimento experimentado, revelou-se positivo, enquanto que o conhecimento repassado pela grande mídia aparece negativizado. Percebe-se uma dissociação entre o que é vivido e as informações disponíveis. É importante salientar a dificuldade de acesso a todo tipo de informação por parte deste segmento, bem como a ausência de informações dirigidas pelo setor saúde a esta população, deixando espaço para que a mídia preencha esta lacuna com peculiar visão fragmentada e panfletária. Desta forma, algumas respostas ficam confusas quando mesclam o tipo de atendimento vivenciado no SUS – em grande parte sentido como ‘bom’ - e a percepção difundida pelos jornais televisivos.

As grandes filas de espera são unanimidade no conhecimento vivenciado no cotidiano do segmento como o ponto frágil do Sistema. Enquanto isso, a falta de profissionais muitas vezes não é percebida como dificuldade no atendimento. Observamos certo alheamento às necessidades de atenção à própria saúde e a negação ou falta de percepção sobre os processos de adoecimento vivenciados associados à descrença de atendimento acolhedor nos serviços de saúde.

Para o Sistema de Saúde do Distrito Federal os (as) entrevistados (as) reivindicam - em linguagem peculiar - a universalidade e equanimidade na atenção à saúde, com assistência de qualidade e imediata para todas as pessoas sem distinção de classe social, com redução ou eliminação das filas, e aumento do

quadro de profissionais. O uso apropriado dos recursos públicos foi visto ora com preocupação, ora com desconfiança e descrédito. As reivindicações para o setor saúde, de uma maneira geral, se dirigem para a intersectorialidade, principalmente a segurança pública e habitação. Entendemos este fato como uma compreensão de que todas essas ações partem do Poder Público, sendo, portanto, uma ação do Estado.

Nos espaços visitados, encontramos situações relevantes onde a ausência de poder público – ou sua ação negativizada – levam a constantes violações dos direitos humanos das pessoas que vivem ou trabalham na rua. Órgãos do governo local (Polícia Civil e/ou Militar, Terracap ou Agefis, Vara da Família) agem de forma punitiva e não preventiva quanto à segurança pública, questão fundiária e proteção da infância. E a punição recai sobre a pobreza, sem a devida proteção do Estado. As ‘derrubadas’ são sempre acompanhadas de queima ou enterro de seus pertences ou do produto de seu trabalho, ou apropriação indevida de carroças, cavalos, aparelhos de som, celulares ou bens de maior valor. Documentos são perdidos nessas derrubadas, sendo impossível para os moradores a retirada de uma segunda via, como é o caso de Registro de Nascimento de outro local de origem. A ausência de documentos fragiliza ainda mais sua condição, tanto para o acesso aos serviços públicos quanto para a sua segurança. A devolução dos pertences de maior valor pode ocorrer embora indevidamente como a sua apropriação: os donos têm de pagar para tê-los de volta. Segundo relatos, um galpão da Terracap no Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) seria o local de ‘guarda’ dos pertences desapropriados nas derrubadas. As crianças funcionaram como ‘termômetro’ na nossa observação: ao verem carro da ‘polícia’ elas entram em pânico.

Em todas as comunidades foi referido que as ‘derrubadas’ diminuíram desde o início da atual gestão, embora a ausência do poder público com políticas, programas e ações quanto à segurança pública, habitação, saúde e educação ainda seja gritante.

O baixo nível de escolaridade dos entrevistados não surpreende, embora o grau de percepção de sua condição de ‘exilado social’ associado à interrupção dos estudos seja bastante aguçado, assim como a acentuada importância que é dada à

educação dos filhos. Possivelmente a própria falta de estudo faz com que se ocupem de forma dedicada com o estudo dos filhos. Mães e pais se esforçam ao máximo para mantê-los na escola: seja na questão do transporte, do fardamento, da alimentação ou da segurança no trajeto, as circunstâncias parecem na maioria das vezes desfavoráveis exigindo demasiado empenho das crianças e responsáveis.

Apesar do empenho incontestável da maioria dos responsáveis quanto à educação das crianças, na 'ocupação' da Garagem do Senado muitas crianças e adolescentes estão fora da escola. Este fato tem provocado muitas intervenções da Vara da Família e do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente que, sem uma investigação aprofundada das condições da família retiram a criança do convívio familiar. Por outro lado, observamos que o analfabetismo adulto é comum, embora não tenha sido objetivo deste trabalho um levantamento sobre o assunto.

Em todas as comunidades contatamos idosos e portadores de necessidades especiais sem atenção à sua saúde e sem benefícios da assistência social. A grande maioria das famílias não busca acesso ao Programa Bolsa Família, e aquelas que deram entrada têm tido dificuldades para receber o benefício.

O acesso deste segmento aos serviços de saúde é realizado principalmente pela média complexidade e serviços de urgência-emergência, sendo a atenção básica procurada prioritariamente para vacinação das crianças. Isto se deveu, em parte, ao fato de que, na ocasião das entrevistas, os postos de saúde costumeiramente procurados estavam em reforma e por não haver encaminhamento adequado, ou, ainda, o posto de saúde ao qual o usuário foi encaminhado ser muito longe do local de moradia. De qualquer forma, as pessoas em situação de rua sentem-se mais confortáveis em serem atendidos nos serviços de urgência pelo fato de prescindir da apresentação de documentação e comprovante de domicílio. O próprio fato de revelarem sua moradia 'na rua' coloca-os numa situação de fragilidade e vulnerabilidade diante do serviço e do profissional de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHRAMM, F.R., REGO, S., BRAZ, M. & PALÁCIOS, M. (orgs). Bioética: Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: Editoras UFRJ/Fiocruz; 2005: 256 pp. ISBN: 85-7108-293-6.
2. SEN, A. Desenvolvimento como Liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
3. MARX, Karl. *O Capital*. Livro 1. Volume II. Tradução: Reginaldo Sant'anna. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A., 1988b. p 583- 932.
4. ELIAS, N. & SCOTSON, J.L. Os Estabelecidos e os Outsiders – Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Zahar Editora. Rio de Janeiro, 2000.
5. BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela Saúde. Portarias nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 e nº 699 de 30 de março de 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009, que aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, e revoga a portaria 675/GM, de 30 de março de 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de Indicadores do SUS, ano 1, nº 1, agosto de 2006.
8. BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Texto consolidado e atualizado, março de 2012.
9. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Sumário Executivo, abril/2008.
10. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2009.
11. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Brasília: DOU nº 246, seção 1, p. 16, 24dez2009. Institui a Política Nacional de Pessoas em Situação de Rua e o Comitê de Acompanhamento e Monitoramento da Política (CIAMPRua).
12. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instrução Normativa nº 20, SENARC/MDS, 14 de dezembro de 2007.
13. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.492 de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria.

14. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno Brasil Sem Miséria, 2011.
15. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.
16. MATTOS, R.M. & FERREIRA, R.F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. Revista Psicologia e Sociedade; 16(2): 47-58; mai/ago2004.
17. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial. Decreto nº 32.986 de 14 de julho de 2011. Institui o Comitê Intersetorial para Elaboração da Política para Inclusão Social da População em Situação de Rua do Distrito Federal.
18. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial. Lei nº 4.601 de 14 de julho de 2011. Institui o Plano pela Superação da Extrema Pobreza – DF Sem Miséria.
19. BRASIL. Leis Orgânicas da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.
20. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, 269 p.
21. BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo, 4ª edição. Edições Loyola, 2002.
22. GARRAFA, V. Introdução à Bioética - An Introduction to bioethics. Revista do Hospital Universitário UFMA, v.6, no. 2, p. 9-13, 2005.
23. GARRAFA, V. Da Bioética de Princípios a uma Bioética Interventiva. Bioética 2005; 13(1):125-134.
24. GARRAFA, V. Bioética y Salud Publica. Curso EAD/RedBioética Unesco sobre Bioética Clínica y Social – Córdoba, Rep Argentina, 2007.
25. SIQUEIRA-BATISTA, R. & SCHRAMM, F.R. A Saúde entre a Iniquidade e a Justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. Ciência e Saúde Coletiva, 2005; 10(1) : 129-142.
26. CORTINA, A. Bioética: um impulso para la ciudadanía activa. Revista Brasileira de Bioética 2005; 1 (4) : 337-349.
27. ENGELHARDT JR., H.T. Fundamentos da Bioética. Edições Loyola. São Paulo. Brasil. 1998.
28. JONAS, H. Ética, Medicina e Técnica. Lisboa: Vega Passagens, 1994.
29. JONAS, H. O Princípio Responsabilidade: ensaio de um ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro, Contraponto : Editora PUC-Rio, 2006.

30. Governo do Distrito Federal – sítio oficial – www.gdf.gov.br. Acessado entre julho de 2011 e fevereiro de 2012.
31. VIEIRA, S. Bioestatística. Ed Campus, 1980.
32. SCHVARSBURG, A. A Construção do Bairro Setor Noroeste feita pelo Correio Braziliense – uma análise do discurso do jornal a respeito do projeto enquanto empreendimento imobiliário, projeto urbanístico, sócio-político e ambiental para a capital. Brasília, 2009.
33. GARRAFA, V. – Bioética e Política. In: Revista Brasileira de Bioética, Vol 1, número 2, pp.122-132, 2005.
34. POCHMANN, M. O Trabalho sob Fogo Cruzado. São Paulo: Contexto, 2002, p. 65
35. MARX, K. Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *A Dialética do Trabalho*: escritos de Marx e Engels. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005ª. P.35-69.
36. SILVA, M.L.L. Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.
37. SOUZA, E.S., SILVA, S.R.V. & CARICARI, A.M. Rede Social e Promoção da Saúde dos “descartáveis urbanos”. Revista da Escola de Enfermagem/USP, 2007; 41(Esp): 810-4.
38. ROSA, A.S., SECCO, M.G., BRÊTAS, A.C.P. O Cuidado em Situação de Rua: revendo o significado do processo saúde-doença. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006, mai-jun; 59(3): 331-6.
39. PORTO, D. & GARRAFA V. Bioética de Intervenção – considerações sobre a economia de mercado. Revista Bioética (CFM) 13 (1):111-123, 2005.
40. PORTO, D. & GARRAFA, V. A Influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciência e Saúde Coletiva, vol 16: 719-729. Rio de Janeiro, 2011. ISSN 1413-8123.
41. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília/Sociedade Brasileira de Bioética, out/2005.
42. CATTANI, A.D. Riqueza: totem e tabu. Sociologias – Riqueza e Desigualdades 2007a; 9 (18): 14 – 21.
43. _____. Desigualdades Socioeconômicas: conceitos e problemas de pesquisa. Sociologias – Riqueza e Desigualdades 2007b; 9 (18): 74 – 99.

44. SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol 6 nº 1. Rio de Janeiro, 2003.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940/GM/MS de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde.
46. SEN, A. Desenvolvimento como Expansão de Capacidades. Lua Nova Revista de Cultura e Política, CEDEC, 1993, nº 28/29, p. 313-333.

REFERÊNCIAS GERAIS

BRASIL. Lei nº 11.258 de 30 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a organização da assistência social, acrescentando o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, Moção nº 101.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.305/GM/MS de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População de Rua.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações para o cadastramento de Pessoas em Situação de Rua. Bolsa Família Informa, nº 182, 30 de julho de 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Perfil da Extrema Pobreza no Brasil. Nota de 02 de maio de 2011, elaborada a partir do universo preliminar do Censo Demográfico de 2.010 (IBGE).

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.135 de 26 de junho de 2007. Institui o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências.

CEPAL/Nações Unidas - Enfrentando o futuro da proteção social: acesso, financiamento e solidariedade – síntese – 31º Período de sessões da CEPAL, Montevideu, Uruguai, 20 a 24 de março de 2006.

CORTINA, A. Ética Mínima - introducción a la persona: Filosofia Prática. 14ªed. Madrid: Tecnos; 2009.

CORTINA, A. Cidadãos do Mundo: para uma teoria da cidadania. Ed. Loyola; 2005.

GARRAFA, V – Bioética e Manipulação da Vida. In: Adauto Novaes (org). O Homem Máquina – a ciência manipula o corpo. 1ª. Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, v 1, p.213-225.

GARRAFA, V., KOTTOW, M. & SAADA, A. (organizadores). Bases Conceituais da Bioética – enfoque latino-americano. São Paulo. Editora Gaia. 2006.

GARRAFA, V. & PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6), 399-416, 2003.

GOFFMAN, E. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis, Vozes, 10ª edição, 1985.

JONAS, H. *O Princípio Vida – fundamentos para uma biologia filosófica*. Rio de Janeiro : Vozes, 2004.

JONAS, H. *Il Principio Responsabilità – Un’etica per la civiltà tecnologica*. Einaudi Editore, 1990.

VARANDA, W. & ADORNO, R.C.F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13(1)56-67.

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

014/11
20/05

11

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 014/11

Título do Projeto: "Ética e Equidade em Saúde: população adulta em situação de rua do Distrito Federal".

Pesquisadora Responsável: Tammy Ferreira de Lacerda

Data de Entrada: 21/02/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 014/11 com o título: "Ética e Equidade em Saúde: população adulta em situação de rua do Distrito Federal", analisado na 2ª Reunião Ordinária, realizada no dia 22 de março de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 11 de abril de 2011.

Prof. Natan Monsorez
Coordenador do CEP-FS/UnB

*Resposta ao
relatório do OBIMS em
20/05/11*

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DO MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA



Movimento Nacional da População de Rua

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do Projeto de pesquisa “Ética e Equidade em Saúde: população adulta em situação de Rua no Distrito Federal”, objeto de tese de Mestrado para o Programa de Pós Graduação da Cátedra UNESCO de Bioética, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, da aluna Tammy Ferreira de Lacerda. A pesquisa tem como uma de suas etapas a realização de entrevistas com vinte (20) pessoas do Distrito Federal que moram na rua.

Consideramos importante a pesquisa no sentido de dar maior visibilidade ao movimento de pessoas em situação de rua, em especial no âmbito do Distrito Federal, bem como para o enfrentamento das iniquidades existentes relativas ao setor saúde.

Anderson Lopes Miranda

Coordenação Nacional do MNPR

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo sobre atenção à saúde da população adulta em situação de rua do Distrito Federal, e do acesso à rede de serviço público de saúde – hospitais, unidades e postos de saúde - do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. A realização do estudo leva em consideração que a saúde é um bem imprescindível para todas as pessoas sem distinção de cor, sexo, raça, etnia ou classe social, e que é um direito que, quando não exercido, pode expor as pessoas a situações de discriminação e exclusão que violam os direitos humanos, dentre os quais o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação e à liberdade para tomar suas próprias decisões.

O presente estudo tem como objetivo conhecer a situação de pessoas com idade igual ou superior a dezoito (18) anos que vivem e/ou moram na rua, quanto ao acesso e direito à assistência à saúde, contribuindo para a diminuição de situações de discriminação, além de proporcionar maior acesso à rede de saúde a partir do esclarecimento de demandas e necessidades.

Caso você aceite participar do estudo, faremos uma entrevista com você que durará aproximadamente uma (1) hora. A entrevista será gravada e levantará aspectos pessoais, sociais e questões relacionadas à sua experiência quando precisa de cuidados de saúde. Sempre que necessário, daremos todos os esclarecimentos para que você fique inteiramente à vontade durante a entrevista, inclusive deixar de responder perguntas, desistir da entrevista ou retirar o consentimento.

Sua participação na pesquisa é absolutamente voluntária. Além disso, seu nome não será mencionado ou identificado em momento algum; comprometemo-nos em manter sua identidade no anonimato.

É importante que você saiba, também, que este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, seguindo rigorosamente todas as exigências éticas e de segurança requeridas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Quando o estudo terminar, os resultados serão publicados em uma revista científica. O sigilo das informações obtidas e dos nomes das pessoas entrevistadas, como já foi dito, está garantido, e os dados do estudo serão mantidos durante cinco (5) anos na Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília.

Este termo encontra-se redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a pesquisadora. Se você estiver de acordo em participar da entrevista, por favor, assine abaixo. Muito obrigada!

Nome: _____

Assinatura ou Identificação: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora responsável/Contatos

Tammy Ferreira de Lacerda – 61.9263.4394

Assinatura: _____

Orientador da Pesquisa: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro– 61.3307.2515

Comitê de Ética em Pesquisa – 61.3107.1947

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO APLICADO

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Bioética

Pesquisa: Ética e Equidade em Saúde - população adulta em situação de rua do Distrito Federal

A – Identificação

1. Idade: _____
2. Cor Declarada/Etnia: _____
3. Sexo: _____
4. Estado civil: _____
5. Religião: _____
6. Profissão/Ocupação: _____
7. Moradia habitual: _____
8. Origem: _____
9. Procedência: _____
10. Escolaridade:
a) alfabetizado (); b) primário incompleto; () c) primário completo (); d) secundário incompleto (); e) secundário completo (); f) universitário incompleto (); g) universitário completo ().

B – Perfil epidemiológico-social

11. Você mora na rua ou vive da rua (trabalha na rua)? a) sim (); b) não ().
Há quanto tempo? _____
12. Quais fatores contribuíram para que você viesse para a rua?

13. Você gostaria de contar (em poucas palavras) como foi que chegou à rua? O que você passou, sentiu e pensou, e o que encontrou?

14. Você tem família? a) sim (); b) não (). Qual o parentesco? _____
Você mantém algum tipo de contato com familiares? _____
Quais familiares? _____
E com outras pessoas? _____

15. Você tem documentação? a) sim () b) não ().
Que tipo? _____ Qual validade? _____
16. Quais seus hábitos de vida? _____

17. Você se sente discriminado (a)? a) sim () b) não ()
Por quais pessoas? _____
Qual o tipo de discriminação? _____
18. Você tem algum problema de saúde? a) sim () b) não ()
Qual? _____
19. Você já necessitou ser atendido em serviço de saúde? a) sim () b) não ()
Quando? _____
Por qual motivo? _____

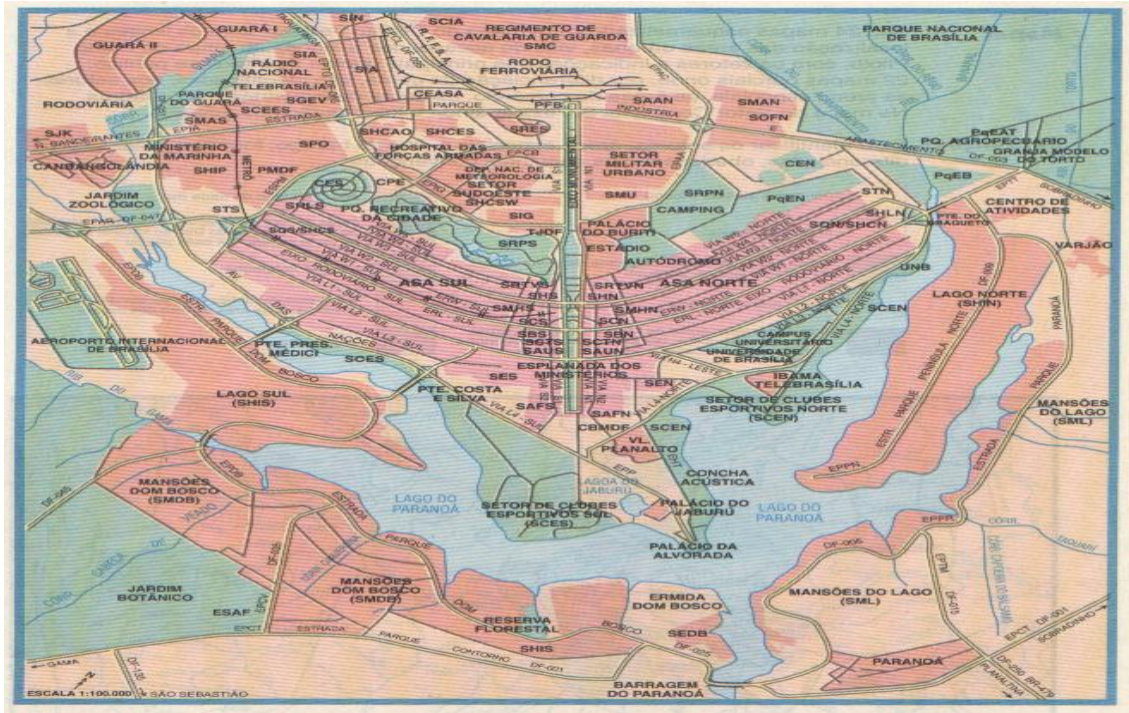
- Foi atendido? a) sim () b) não (). Se não, por quê? _____
Se sim, qual tipo de serviço lhe atendeu? _____
Em qual unidade de saúde? _____
Como foi o atendimento? _____
20. Usa medicamentos? a) sim () b) não ()
Se sim, qual o nome do medicamento? _____
Qual a finalidade do medicamento? _____
Onde você consegue o medicamento? _____
Quando você não tem acesso ao medicamento, o que você faz? _____

21. O que você sabe sobre o Sistema Único de Saúde? _____

22. Você teve ou tem alguma dificuldade para ser atendido pelo SUS?
a) sim () b) não (). Se sim, quais? _____

23. O que você espera do Sistema de Saúde do Governo do Distrito Federal? _____

ANEXO 5 – MAPA ADMINISTRATIVO BRASÍLIA – PLANO PILOTO



Fonte: www.df.gov.br



Fonte: www.google.com.br

ANEXO 6 – REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL

REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL

Fonte: www.google.com.br

REGIÃO ADMINISTRATIVA I (Plano Piloto / Brasília)

Fonte: www.google.com.br

ANEXO 7 – IMAGENS DAS OCUPAÇÕES

IMAGENS DA OCUPAÇÃO DA GARAGEM DO SENADO (fotos tiradas em 29 de junho de 2011)



IMAGENS DA OCUPAÇÃO DA L3 NORTE, AO LADO DA DRE/PPC
(fotos tiradas em 02 de junho de 2011)



(material coletado armazenado)



IMAGENS DA OCUPAÇÃO DO CARREFOUR NORTE (SETOR NOROESTE)
(fotos tiradas em 06 de julho de 2011)



IMAGENS DA OCUPAÇÃO DO CARREFOUR NORTE (SETOR NOROESTE)
(fotos tiradas em 06 de julho de 2011)



IMAGENS DA OCUPAÇÃO DO SAAN
(fotos tiradas em 11 de julho de 2011)



IMAGENS DA OCUPAÇÃO DO SAAN
(fotos tiradas em 11 de julho de 2011)



(separação de material reciclável)



(material reciclável armazenado)

IMAGENS DA OCUPAÇÃO DO SAAN
(fotos tiradas em 11 de julho de 2011)



(material coletado armazenado)

IMAGENS DA OCUPAÇÃO DO SAAN
(fotos tiradas em 11 de julho de 2011)



(separação do material coletado)



(carroça carregada de material recém coletado)

IMAGENS DA OCUPAÇÃO DO SAAN
(fotos tiradas em 11 de julho de 2011)



ANEXO 8 – 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.**

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a ser implementada de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos previstos neste Decreto.

Parágrafo único. Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Art. 2º A Política Nacional para a População em Situação de Rua será implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de instrumento próprio.

Parágrafo único. O instrumento de adesão definirá as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas.

Art. 3º Os entes da Federação que aderirem à Política Nacional para a População em Situação de Rua deverão instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população.

Art. 4º O Poder Executivo Federal poderá firmar convênios com entidades públicas e privadas, sem fins lucrativos, para o desenvolvimento e a execução de projetos que beneficiem a população em situação de rua e estejam de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos que orientam a Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Art. 5º São princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além da igualdade e equidade:

- I - respeito à dignidade da pessoa humana;
- II - direito à convivência familiar e comunitária;
- III - valorização e respeito à vida e à cidadania;

IV - atendimento humanizado e universalizado; e

V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Art. 6º São diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;

II - responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;

III - articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;

IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo;

V - integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;

VI - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;

VII - incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas;

VIII - respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;

IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e

X - democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos.

Art. 7º São objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;

III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua;

IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;

V - desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;

VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;

VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;

VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;

IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º;

XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;

XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e

XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho.

Art. 8º O padrão básico de qualidade, segurança e conforto da rede de acolhimento temporário deverá observar limite de capacidade, regras de funcionamento e convivência, acessibilidade, salubridade e distribuição geográfica das unidades de acolhimento nas áreas urbanas, respeitado o direito de

permanência da população em situação de rua, preferencialmente nas cidades ou nos centros urbanos.

§ 1º Os serviços de acolhimento temporário serão regulamentados nacionalmente pelas instâncias de pactuação e deliberação do Sistema Único de Assistência Social.

§ 2º A estruturação e reestruturação de serviços de acolhimento devem ter como referência a necessidade de cada Município, considerando-se os dados das pesquisas de contagem da população em situação de rua.

§ 3º Cabe ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, fomentar e promover a reestruturação e a ampliação da rede de acolhimento a partir da transferência de recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal.

§ 4º A rede de acolhimento temporário existente deve ser reestruturada e ampliada para incentivar sua utilização pelas pessoas em situação de rua, inclusive pela sua articulação com programas de moradia popular promovidos pelos Governos Federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Art. 9º Fica instituído o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, integrado por representantes da sociedade civil e por um representante e respectivo suplente de cada órgão a seguir descrito:

I - Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que o coordenará;

II - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

III - Ministério da Justiça;

IV - Ministério da Saúde;

V - Ministério da Educação;

VI - Ministério das Cidades;

VII - Ministério do Trabalho e Emprego;

VIII - Ministério dos Esportes; e

IX - Ministério da Cultura.

§ 1º A sociedade civil terá nove representantes, titulares e suplentes, sendo cinco de organizações de âmbito nacional da população em situação de rua e quatro de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua.

§ 2º Os membros do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua serão indicados pelos titulares dos órgãos e entidades as quais representam e designados pelo Secretário Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Art. 10. O Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua terá as seguintes atribuições:

I - elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especialmente quanto às metas, objetivos e responsabilidades, considerando as propostas elaboradas pelo Grupo de Trabalho Interministerial instituído pelo Decreto de 25 de outubro de 2006;

II - acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua;

III - desenvolver, em conjunto com os órgãos federais competentes, indicadores para o monitoramento e avaliação das ações da Política Nacional para a População em Situação de Rua;

IV - propor medidas que assegurem a articulação intersectorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua;

V - propor formas e mecanismos para a divulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua;

VI - instituir grupos de trabalho temáticos, em especial para discutir as desvantagens sociais a que a população em situação de rua foi submetida historicamente no Brasil e analisar formas para sua inclusão e compensação social;

VII - acompanhar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua, em âmbito local;

VIII - organizar, periodicamente, encontros nacionais para avaliar e formular ações para a consolidação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; e

IX - deliberar sobre a forma de condução dos seus trabalhos.

Art. 11. O Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua poderá convidar gestores, especialistas e representantes da população em situação de rua para participar de suas atividades.

Art. 12. A participação no Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 13. A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e a Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA prestarão o apoio necessário ao Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, no âmbito de suas respectivas competências.

Art. 14. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República dará apoio técnico-administrativo e fornecerá os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Art. 15. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República instituirá o Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos para a População em Situação de Rua, destinado a promover e defender seus direitos, com as seguintes atribuições:

I - divulgar e incentivar a criação de serviços, programas e canais de comunicação para denúncias de maus tratos e para o recebimento de sugestões para políticas voltadas à população em situação de rua, garantido o anonimato dos denunciantes;

II - apoiar a criação de centros de defesa dos direitos humanos para população em situação de rua, em âmbito local;

III - produzir e divulgar conhecimentos sobre o tema da população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional nas diversas áreas;

IV - divulgar indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a população em situação de rua para subsidiar as políticas públicas; e

V - pesquisar e acompanhar os processos instaurados, as decisões e as punições aplicadas aos acusados de crimes contra a população em situação de rua.

Art. 16. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de dezembro de 2009; 188^o da Independência e 121^o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Tarso Genro
Fernando Haddad
André Peixoto Figueiredo Lima
José Gomes Temporão
Patrus Ananias
João Luiz Silva Ferreira
Orlando Silva de Jesus Júnior
Márcio Fortes de Almeida
Dilma Rousseff

ANEXO 9 – PORTARIA GM/MS Nº 940, DE 28 DE ABRIL DE 2011.

Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados;

Considerando o Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos de interesse da segurança da sociedade e do Estado, no âmbito da Administração Pública Federal;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto;

Considerando a necessidade de adotar medidas no campo da saúde objetivando a melhoria e a modernização da gestão e do seu sistema de gerenciamento de informações;

Considerando a racionalização e a interoperabilidade tecnológica dos serviços de saúde, no território nacional, para permitir o intercâmbio das informações e a celeridade dos procedimentos;

Considerando a importância da identificação dos usuários das ações e serviços de saúde, para os sistemas de referência, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde e de organizar o sistema de referência e contrarreferência das ações e dos serviços de saúde;

Considerando a necessidade da identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde para aprimorar a qualidade dos processos de trabalho, viabilizando a utilização adequada de informações no planejamento, acompanhamento e avaliação da atenção à saúde;

Considerando que um efetivo e eficiente sistema de registro eletrônico poderá contribuir para o gerenciamento das ações e serviços de saúde, garantindo ao cidadão o registro, num sistema informatizado, dos dados relativos à atenção à saúde que lhe é garantida;

Considerando que o registro eletrônico é, segundo a norma ABNT-ISO/TR 20.514:2005, um repositório de informações a respeito da saúde de indivíduos, numa forma processável eletronicamente;

Considerando que um efetivo e eficiente sistema de registro de atendimento em saúde contribuirá para a organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada e para a gestão das ações e serviços de saúde no território nacional;

Considerando que o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) fornece a base cadastral para a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde no território nacional a ser utilizada pelos demais sistemas de informação de base nacional, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), no âmbito das ações e serviços de saúde no território nacional.

Art. 2º O Sistema Cartão é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional.

Art. 3º O Sistema Cartão permite:

I - a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização; e

II - a disponibilização aos usuários do SUS os dados e das informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão.

Art. 4º São objetivos do Sistema Cartão:

I - identificar o usuário das ações e serviços de saúde;

II - possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular;

III - garantir a segurança tecnológica da base de dados, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade;

IV - fundamentar a vinculação do usuário ao registro eletrônico de saúde para o SUS; e

V - possibilitar o acesso do usuário do SUS aos seus dados.

Art. 5º O Sistema Cartão é coordenado pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O desenvolvimento, a guarda e manutenção das bases de dados do Sistema Cartão ficarão sob a responsabilidade do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS).

Art. 6º A implantação do Sistema Cartão e a captação de informações sobre o atendimento não substitui, nos estabelecimentos de saúde, a obrigação de manutenção do prontuário médico ou de saúde do usuário, de acordo com a legislação em vigor.

Art. 7º A União, por intermédio do Ministério da Saúde, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal assegurarão que os sistemas de informação do SUS que exigem a identificação do usuário utilizem os padrões do Sistema Cartão.

CAPÍTULO II

DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Art. 8º O Cartão Nacional de Saúde porta o número de identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde no território nacional.

Art. 9º Os Sistemas de Informação que já preveem o cadastramento de usuários em estabelecimentos de saúde da rede pública e privada, atualmente utilizados por Estados, Distrito Federal e Municípios, deverão ser adequados aos padrões e à base cadastral do Sistema Cartão.

Art. 10. Cabe ao Ministério da Saúde o desenvolvimento e a manutenção do sistema de controle da geração centralizada do número de identificação do usuário.

Art. 11. Cabe a Estados, Distrito Federal e Municípios emitirem e distribuírem cartões com a numeração fornecida pelo Ministério da Saúde, com as especificações de padrão e o layout definidos nos termos do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde terão 360 (trezentos e sessenta) dias contados a partir da publicação desta Portaria para adequação da emissão de novos cartões, conforme o padrão referido no caput desse artigo.

Art. 12. As estratégias para implementação das medidas previstas nesta Portaria, inclusive as de financiamento, serão pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em até 60 (sessenta) dias contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 13. Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde:

I - inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde;

II - desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e

III - impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde.

Parágrafo único. As atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento realizado.

CAPÍTULO III

DO CADASTRO NACIONAL DE USUÁRIOS DO SUS

Art. 14. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS compõe a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, sendo constituído por dados de identificação e de residência dos usuários.

Art. 15. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS tem por objetivo a identificação unívoca dos usuários do SUS em âmbito nacional, mediante a atribuição de número único de identificação gerado pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde poderá ser compartilhada com os demais órgãos que realizem atividades sociais nas três esferas de governo, observadas as normas de segurança da informação e garantindo ao usuário o conhecimento deste processo, observando-se o disposto no Capítulo V, desta Portaria.

Art. 16. Compete aos gestores do SUS a definição e a padronização dos dados e das informações a serem coletadas, mediante pactuação na CIT.

Art. 17. Compete ao Ministério da Saúde a padronização e a publicação dos formulários e aplicativos para cadastramento e as instruções para preenchimento dos formulários e aplicativos para cadastramento.

§ 1º Para os fins deste artigo, o DATASUS/MS deverá:

I - administrar e manter a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde bem como a transmissão dos dados deste sistema;

II - desenvolver e disponibilizar aplicativos para a manutenção de dados cadastrais e instruções para o envio dos arquivos com os cadastros dos usuários; e

III - disponibilizar mecanismos automatizados de interoperabilidade do Sistema Cartão com os outros sistemas públicos, privados conveniados, privados contratados e de saúde suplementar, e com aqueles utilizados por estabelecimentos de saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

§ 2º O Município, o Distrito Federal ou o Estado poderá incluir novos itens de coleta de dados, desde que em formulários e aplicativos próprios e que a inclusão não comprometa o envio das informações no formato padronizado nacionalmente.

§ 3º O processamento, a guarda e a manutenção dos dados referidos no parágrafo anterior são de responsabilidade exclusiva do Município, do Distrito Federal ou do Estado.

Art. 18. As regras e os métodos de segurança da Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde serão definidos mediante pactuação na CIT.

Art. 19. A responsabilidade pelo cadastramento ou pela atualização dos dados é municipal e distrital, podendo ser compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, mediante pactuação nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde prestará cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no processo de cadastramento dos usuários do SUS.

Art. 20. O cadastramento dos usuários do SUS e sua atualização poderão ser realizados em estabelecimento constante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos domicílios dos usuários ou em outro local determinado pelo gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. Prioritariamente, o cadastramento será feito a partir da vinculação dos usuários aos serviços de atenção primária à saúde.

Art. 21. Os procedimentos de identificação do usuário e emissão do número do Cartão Nacional de Saúde poderão ser realizados em qualquer fase do atendimento até a alta do paciente.

Parágrafo único. Quando o usuário do SUS não for cadastrado, a identificação deve ser realizada, conforme as regras vigentes, durante a emissão da Autorização para Internação Hospitalar (AIH), da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo (APAC), do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI) ou de outro instrumento que venha a ser instituído, devendo o número do Cartão Nacional de Saúde ser ali também registrado.

Art. 22. A população prisional do Sistema Penitenciário Nacional, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, será cadastrada por meio dos programas computacionais de cadastramento de usuários do SUS, conforme as orientações previstas na Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003.

Art. 23. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.

§ 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua.

§ 2º No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no país, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência.

Art. 24. O gestor responsável pelo cadastramento dos usuários deve realizar a alimentação e a manutenção da Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, conforme pactuação referida no art. 16 desta Portaria.

§ 1º O envio da base de dados local para a base nacional acontecerá, no mínimo, mensalmente (até o último dia útil de cada mês), por meio de aplicativos disponibilizados ou validados pelo DATASUS/ MS.

§ 2º O envio da base de dados local para a base nacional será sincronizado com a transmissão para a base de dados estadual. § 3º Ao DATASUS/MS compete:

- I - desenvolver os aplicativos necessários para execução das atividades previstas neste artigo, disponibilizando-os aos gestores estaduais, distrital e municipais;
- II - processar os dados recebidos dos Municípios, Distrito Federal ou Estados e, constatada alguma inconsistência, devolver para as devidas correções, no mínimo a cada 30 (trinta) dias;
- III - disponibilizar aos gestores estaduais, distrital e municipais as bases de dados referentes às áreas de atuação desses gestores;
- IV - coordenar a revisão, consolidação e aperfeiçoamento da base de dados do cartão, identificando as duplicidades e inconsistências cadastrais; e
- V - apresentar em 120 (cento e vinte) dias contados a partir da publicação desta Portaria, para avaliação e testes, em conjunto com representantes indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

(CONASEMS), os critérios e parâmetros utilizados no processo de organização da base de dados citada no inciso anterior.

CAPÍTULO IV

DO PORTAL DE SAÚDE DO CIDADÃO

Art. 25. O Portal de Saúde do Cidadão é o meio que fornecerá, pela internet, informações ao cidadão sobre seus contatos com o SUS.

Art. 26. O Portal de Saúde do Cidadão possuirá:

I - área de acesso público para fins de exercício do controle social, com informações em saúde, campanhas e notícias sobre o SUS; e

II - área restrita ao usuário, que contenha as informações individuais sobre os seus contatos com o SUS.

Parágrafo único. Para os fins do disposto no inciso II do caput, o usuário, devidamente identificado, terá acesso aos seus dados cadastrais, aos dados de seus contatos com o SUS e as informações sobre a rede de serviços de saúde.

Art. 27. A implementação do Portal de Saúde do Cidadão ocorrerá de forma integrada com outras políticas públicas voltadas para a inclusão digital da população.

Art. 28. O Ministério da Saúde será o responsável pela gestão do Portal de Saúde do Cidadão e executará:

I - manutenção das bases de dados;

II - preservação da estabilidade, segurança e funcionalidade da rede, por meio de medidas técnicas compatíveis com os padrões internacionais e do estímulo ao uso de boas práticas;

III - medidas e procedimentos de segurança e sigilo dos registros de conexão e dos dados; e

IV - promoção da interoperabilidade entre sistemas.

CAPÍTULO V

DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES

Art. 29. Os dados e as informações individuais dos usuários do SUS, captados pelo Sistema Cartão e disponibilizados de forma segura e exclusiva ao usuário devidamente identificado por meio do Portal de Saúde do Cidadão, deverão permanecer armazenados sob sigilo, pelo prazo previsto no parágrafo único do art. 11 do Decreto nº 4.553, de 2002, ficando assegurado que:

I - pertencem à pessoa identificada no cartão todos os dados e informações individuais registrados no sistema informatizado, que configura a operacionalização do Cartão Nacional de Saúde;

II - os dados e as informações referidas são sigilosas, obrigando todos os profissionais vinculados sob qualquer forma aos sistemas de saúde a respeitar e assegurar que essas informações sejam indevassáveis; e

III - são garantidas a confidencialidade, a integralidade e a segurança tecnológica, no registro, na transmissão, no armazenamento e na utilização dos dados e informações individuais.

Art. 30. Os gestores do SUS e os prestadores de serviços contratados, conveniados e de saúde suplementar, responsabilizam-se, na forma da legislação vigente, pela guarda, segurança e confidencialidade dos dados gerados e transmitidos no Sistema Cartão, comprometendo-se a não divulgar, sob nenhuma forma ou meio, quaisquer informações e dados individualizados, seja por seus funcionários, seja por terceiros.

§ 1º As restrições à divulgação dos dados e informações do Sistema Cartão aplicam-se somente aos registros individualizados, ou seja, aqueles que permitem a identificação do beneficiário do atendimento.

§ 2º A divulgação de dados e informações de forma consolidada ou agrupada, desde que não permita a identificação de nenhum dos beneficiários, não é atingida pelas restrições de que trata este artigo, obedecendo-se, em todo caso, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196, de 10 de outubro de 1996.

Art. 31. O Ministério da Saúde, mediante disciplina interna relativa à Política de Acesso e Tecnologia de Segurança implantada na guarda dos dados e na operação do Sistema Cartão, fica obrigado a garantir que os dados e as informações sob sua responsabilidade não sejam violadas, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade dos dados.

Art. 32. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios e as entidades privadas que participam das ações e serviços de saúde de forma complementar ou suplementar ficam obrigados a garantir a segurança dos dados, devendo seus profissionais de saúde, servidores públicos e empregados, inclusive prestadores de serviço terceirizados, manter o segredo profissional e a confidencialidade sobre os dados constantes no cadastro e demais informações de atendimento individual realizado.

Parágrafo único. Os contratos ou convênios das entidades prestadoras de serviços de saúde ao SUS conterão cláusulas que assegurem o sigilo das informações do Sistema Cartão, considerando-se como inexecução contratual ou convenial qualquer violação dessa regra, sujeitando-se os infratores às penalidades previstas na legislação em vigor.

Art. 33 A os profissionais de saúde da rede pública e privada e aos servidores públicos é obrigatório o respeito ao segredo profissional previsto em códigos de ética profissional, nas leis, decretos, regulamentos, portarias e estatutos de servidores.

§ 1º O profissional de saúde sujeito ao segredo profissional que revelar, sem justa causa, segredo de que tenha ciência em razão do exercício de sua profissão ou ofício fica sujeito às penalidades previstas no art. 154 do Código Penal, além das disciplinares previstas

no Código de Ética de sua profissão, cabendo aos dirigentes dos estabelecimentos públicos e privados de saúde comunicar o fato ao Conselho Profissional competente e ao Ministério Público. § 2º O servidor público que revelar informação obtida mediante acesso aos dados informatizados do

Sistema Cartão fica sujeito às penalidades do art. 325 do Código Penal, além das disciplinares previstas nos respectivos estatutos dos servidores públicos federal, estadual e municipal e às responsabilidades civil e administrativa, na forma da legislação em vigor

Art. 34. O acesso aos dados individualizados dos usuários do SUS deverá ser controlado mediante o atendimento de todos os seguintes requisitos:

I - identificação obrigatória do profissional, trabalhador ou agente de saúde que o acessar; e

II - local, data e horário do acesso realizado, ou de sua tentativa, mesmo que sem sucesso.

Art. 35. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal realizarão, no processo de implementação do Sistema Cartão, ações de divulgação sobre a importância dos preceitos éticos de respeito à privacidade e à confidencialidade das informações de saúde aos estabelecimentos públicos e privados de saúde, aos profissionais de saúde, aos profissionais de tecnologia da informação, aos demais prestadores de serviços ao SUS e às instâncias de controle social do SUS.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. As atividades e procedimentos relacionados à operacionalização do Sistema Cartão contarão com a cooperação técnica e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante pactuação na CIT.

Art. 37. Ficam revogadas:

I - Portaria nº 17/GM/MS, de 4 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 31-E, de 13 de fevereiro de 2001, Seção I, páginas 22-23;

II - Portaria nº 1.560/GM/MS, de 29 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 168, de 30 de agosto de 2002, Seção I, páginas 84-85;

III - Portaria nº 1.589/GM/MS, de 3 de setembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 172, de 5 de setembro de 2002, Seção I, página 79; e

IV - Portaria nº 1.740/GM/MS, de 2 de outubro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 192, de 3 de outubro de 2002, Seção I, páginas 61-62.

Art. 38. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO 10 - DECRETO Nº 32.986, DE 13 DE JUNHO DE 2011**Institui o Comitê Intersectorial para elaboração da Política para Inclusão Social da População em Situação de Rua no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências.**

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 100, incisos X e XXVI, da Lei Orgânica do Distrito Federal, e

Considerando a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social;

Considerando a Lei nº 4.176, de 16 de julho de 2008, que dispõe sobre a Política de Assistência Social do Distrito Federal, institui o sistema único de Assistência Social no Distrito Federal;

Considerando a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, aprovada pela Resolução CNAS nº 145, de 14 de outubro de 2004, que reconhece a atenção à População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009 – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que tipifica os serviços Socioassistenciais em âmbito nacional, entre os quais os serviços destinados ao atendimento à População em Situação de Rua na Proteção Social Especial – PSE; Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional para adultos e famílias em situação de rua e Serviço de Acolhimento em República para Adultos em processo de Saída das Ruas; e Considerando o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e o seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Comitê Intersectorial para elaboração da Política para Inclusão Social da População em Situação de Rua no âmbito do Distrito Federal, com a finalidade de detalhar diretrizes, competências e ações de cada secretaria de estado afeta à política e concluí-la no prazo de 90 (noventa) dias.

Art. 2º Integrarão o Comitê Intersectorial as seguintes Secretarias de Estado:

- I – Secretaria de Estado de Governo do Distrito Federal;
- II – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal;
- III – Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal;
- IV – Secretaria de Estado de Trabalho do Distrito Federal;
- V – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;
- VI – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação do Distrito Federal;
- VII – Secretaria de Estado do Entorno do Distrito Federal;
- VIII – Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal;

- IX – Secretaria de Estado da Juventude do Distrito Federal;
- X – Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal;
- XI – Secretaria de Estado de Cultura do Distrito Federal;
- XII – Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal;
- XIII – Secretaria de Estado da Ordem Pública e Social do Distrito Federal;
- XIV – Secretaria de Estado de Esporte do Distrito Federal;
- XV – Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos do Distrito Federal;
- XVI – Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do Distrito Federal;
- XVII – Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia do Distrito Federal.

Parágrafo único. Integrarão também o Comitê Intersetorial representantes de entidades de atendimento à População em Situação de Rua, dos movimentos sociais e de entidades que trabalham com esse segmento, a serem eleitos em fóruns específicos.

Art. 3º O Comitê Intersetorial será coordenado pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda.

Parágrafo único. O coordenador do Comitê Intersetorial poderá convidar para participar de suas reuniões representantes de outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, dos Poderes Judiciário e Legislativo, de entidades privadas sem fins lucrativos, bem como especialistas afins.

Art. 4º A designação dos representantes dos órgãos e entidades citados no art. 2º dar-se-á por portaria do Secretário de Estado de Governo.

Parágrafo único. Para a designação, cada Secretário de Estado e os fóruns específicos das entidades e movimentos sociais deverão indicar seus representantes no prazo de até 10 (dez) dias, a serem contados da data de publicação do presente Decreto.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de junho de 2011.
123º da República e 52º de Brasília

AGNELO QUEIROZ

ANEXO 11 – LEI Nº 4.601, DE 14 DE JULHO DE 2011**Institui o Plano pela Superação da Extrema Pobreza no Distrito Federal – “DF sem Miséria” e dá outras providências.**

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL,

Faço saber que a Câmara Legislativa do Distrito Federal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Plano pela Superação da Extrema Pobreza no Distrito Federal – “DF sem Miséria”, com os seguintes objetivos:

I – redução das desigualdades sociais e superação da extrema pobreza;

II – elevação da qualidade de vida da população pobre e extremamente pobre;

III – oferta de serviços públicos voltados às famílias pobres e extremamente pobres, compreendendo:

a) segurança alimentar e nutricional;

b) assistência social;

c) habitação e saneamento;

d) educação;

e) saúde;

IV – geração de emprego e renda, visando à promoção social das famílias pobres e extremamente pobres.

Parágrafo único. O “DF sem Miséria” será acompanhado, gerenciado, avaliado e monitorado por um Comitê Gestor, composto pelos titulares da Secretaria de Estado de Governo, da Secretaria de Estado da Fazenda do Distrito Federal e da Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal, sob a coordenação da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se, nos termos do disposto na Lei federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e no seu regulamento:

I – família: unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantenha pela contribuição de seus membros;

II – renda familiar mensal: soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da família, excluindo os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, considera-se em situação de pobreza a família cuja renda familiar mensal per capita seja de até R\$140,00 (cento e quarenta reais), e de extrema pobreza a família cuja renda mensal per capita seja de até R\$70,00 (setenta reais).

Art. 3º O Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal, instituído pelo Decreto federal nº 6.135, de 26 de junho de 2007, é o instrumento de identificação e caracterização das famílias pobres e extremamente pobres do Distrito Federal.

§ 1º O Poder Executivo unificará as diferentes bases de dados de programas de transferência de renda atualmente existentes, viabilizando o Cadastro Único dos Programas Sociais.

§ 2º O Poder Executivo promoverá a atualização cadastral dos beneficiários, conforme dispõe o Decreto federal nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

Art. 4º O Poder Executivo procederá à ampliação do Programa Bolsa Família, instituído pela Lei federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, podendo suplementar os valores repassados pela União, mediante lei específica.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, o Poder Executivo promoverá busca ativa de famílias extremamente pobres, incluindo segmentos como catadores de materiais recicláveis e população em situação de rua.

Art. 5º O Poder Executivo fortalecerá os programas de segurança alimentar e nutricional mediante:

I – garantia de acesso à alimentação adequada às famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional;

II – fortalecimento e qualificação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional;

III – ampliação de unidades de restaurantes comunitários visando à sua implantação em áreas de grande vulnerabilidade social e com altos índices de insegurança alimentar e nutricional;

IV – delineamento de programas de provimento de alimentos institucionais direcionados para a população em situação de vulnerabilidade social acolhidas em unidades da rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

V – implantação do Banco de Alimentos, com base em produtos adquiridos pelo Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, operacionalizado pela Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento;

VI – implementação de estratégias de educação alimentar e nutricional por meio de iniciativas intersetoriais;

VII – implantação no âmbito do Distrito Federal do Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, com a finalidade de fortalecer a agricultura familiar.

Art. 6º O Poder Executivo ampliará e qualificará os serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, Centros de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – COSE, por meio das seguintes iniciativas:

I – ampliação do número de CRAS, COSE e CREAS, priorizando-se sua implantação em áreas de maior vulnerabilidade social;

II – acompanhamento das condicionalidades de educação e de saúde exigidas pelo Programa Bolsa Família, conforme dispõe o art. 3º da Lei federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.

Art. 7º O "DF sem Miséria" ensejará ações intersetoriais voltadas aos segmentos sociais de que trata esta Lei, compreendendo principalmente:

I – erradicação do analfabetismo;

II – elevação do nível de escolaridade;

III – acesso aos serviços de saúde;

IV – acesso à política habitacional, inclusive à melhoria das condições das habitações subnormais;

V – acesso a energia elétrica, água e esgoto;

VI – superação da extrema pobreza nas áreas rurais.

Art. 8º Serão adotados os programas atualmente em vigor ou outros programas que vierem a ser instituídos por meio de lei específica, para geração de emprego e renda, visando à promoção social das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, mediante as seguintes ações:

- I – mapeamento de investimentos produtivos do governo e do setor privado para absorção de mão de obra de beneficiários do Programa Bolsa Família;
- II – qualificação profissional;
- III – economia solidária;
- IV – microcrédito e microempreendimentos;
- V – acesso aos meios de produção, assistência técnica e atendimento de famílias na área rural;
- VI – acesso ao mercado pelos produtores rurais;
- VII – compras governamentais da agricultura familiar;
- VIII – produção agrícola para o autoconsumo.

Art. 9º O Poder Executivo promoverá a participação de entidades da sociedade civil, movimentos sociais e organizações vinculadas às religiões de diferentes credos, visando ao pleno cumprimento das metas do "DF sem Miséria".

Art. 10. O "DF sem Miséria" deverá buscar articulação com os municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE, nos termos da legislação pertinente.

Art. 11. O Poder Executivo regulamentará os dispositivos desta Lei no prazo de até 120 (cento e vinte) dias.

Parágrafo único. Até a regulamentação desta Lei, durante o período de transição, ficarão mantidos os benefícios sociais concedidos com base na Lei nº 4.208, de 25 de setembro de 2008, aos atuais beneficiários, respeitados os critérios de exigibilidade e de elegibilidade.

Art. 12. Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Lei nº 4.208, de 25 de setembro de 2008, e a Lei nº 4.209, de 25 de setembro de 2008.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 14 de julho de 2011.
123º da República e 52º de Brasília

AGNELO QUEIROZ