



**Universidade de Brasília**

**Instituto de Ciências Humanas**

**Departamento de Serviço Social**

**Os Serviços Públicos de Saúde e o Atendimento à População de Rua do  
Distrito Federal: Uma Realidade Precária**

**Alessandra Cristina da Silva Jordão Emerenciano Pontes**

**Brasília (DF), dezembro de 2009.**

**Alessandra Cristina da Silva Jordão Emerenciano Pontes**

**Os Serviços Públicos de Saúde e o Atendimento à População de Rua do  
Distrito Federal: Uma Realidade Precária**

**Monografia apresentada ao Departamento de  
Serviço Social na Universidade de Brasília para  
obtenção do diploma de graduação em Serviço  
Social, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Camila Potyara  
Pereira.**

**Brasília (DF), dezembro de 2009.**

## Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus por iluminar a minha trajetória pessoal e acadêmica, dando-me coragem para continuar a caminhar.

Nunca poderei esquecer-me de agradecer aos meus pais, **Jorginete da Silva Jordão Emerenciano Pontes e Alexandre José Jordão Emerenciano Pontes**, pelo amor incondicional, apoio, zelo, atenção e por sempre acreditarem no meu potencial. Obrigada por estarem ao meu lado.

Agradeço a minha irmã, **Andréia Cristina da Silva Jordão Emerenciano Pontes**, pela amizade e amor.

Agradeço a **Eduardo de Abreu Garcia**, uma pessoa muito especial na minha vida, por sempre cuidar de mim e se preocupar comigo; por me dar força para não desistir, por sempre acreditar em mim e por tentar me ensinar a ser mais racional e menos emotiva. Obrigada por estar ao meu lado, te amo!

Agradeço à família do Eduardo por me apoiarem e me aceitarem como filha e irmã. Obrigada!

Agradeço aos estagiários e técnicos do **Ministério Público do Distrito Federal e Território**, e em especial aos assistentes sociais (**Karolina Varjão, Nadja de Oliveira, Cátia Chagas, Diogo Ribeiro, Solange Félix e Janaína Barbosa**), com quem pude trabalhar e conviver por 01 ano e 06 meses; agradeço por me ensinarem a ser uma profissional atenta as demanda de nossos usuários. Agradeço por nossos caminhos terem se cruzado, pelo carinho, aprendizado e amizade. Obrigada a todos!

Agradeço a minha orientadora, **Camila Potyara Pereira**, por ter me apresentado a realidade da população de rua e por ter me aceitado como aprendiz. Obrigada pelo esforço e paciência.

Agradeço à professora **Maria Lúcia Pinto Leal e Letícia Toledo Amaral** por aceitarem o meu convite para participar da banca e por presenciarem comigo essa conquista. Obrigada.

Agradeço a todas as pessoas que estiveram comigo durante os 09 semestres na Universidade de Brasília, em especial duas pessoas: **Raquel da Silva Ribeiro e Renata Caroline da Costa Vaz**, por estarem ao meu lado e por terem se tornado pessoas muito especiais na minha vida. Obrigada pelo apoio, carinho e amizade!

Agradeço à **população de rua** do Distrito Federal que aceitou participar do I Censo de População em Situação de Rua do Distrito Federal pela paciência (em responder o questionário) e por sempre me receber com atenção e dedicação. Obrigada por permitirem conhecer a sua realidade.

Aos demais que não comentei, por favor, sintam-se agradecidos, pois prezo que vocês tenham cruzado o meu caminho. **Obrigada a todos!**

### **Lista de Siglas**

ALBERCON	Albergue Conviver
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial Social
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
DF	Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HSVP	Hospital São Vicente de Paula
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica, Aposentadoria e Pensão
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
NUPOR	Núcleo de Atenção a População de Rua
MSF	Médicos Sem Fronteiras
ONG	Organização não-governamental
PNPR de Rua	Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDEST de Renda	Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública

Sindmédico

Sindicato dos Médicos do Distrito Federal

SUS

Sistema Único de Saúde

## **Resumo**

O presente trabalho aborda a relação entre a população de rua do Distrito Federal e os serviços públicos de saúde a partir de uma perspectiva histórico-estrutural para compreender o segmento em estudo como dialético e produto da história. Buscou-se estudar a assistência médica da população de rua pela saúde pública, propondo identificar os entraves que dificultam o atendimento médico por parte da mesma, bem como analisar a qualidade desse atendimento.

Discutiu-se, inicialmente, que a população de rua do Distrito Federal não tinha o seu direito à saúde assegurado pela saúde pública, não só devido a preconceitos e estigmas, mas também por características financeiras – havendo um deslocamento da saúde como direito social para o âmbito da cidadania mercadológica. Para tanto, o trabalho de campo ocorreu em três fases: pré-campo; entrevistas com profissionais da saúde do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); e, participação no I Censo da População em Situação de Rua do DF. Assim, foi possível conhecer a realidade social da população de rua da capital brasileira, possibilitando a coleta de dados e relatos fiéis de indivíduos ligados a essa realidade.

Verificou-se que a população de rua do DF encontra-se em duas situações: ou não consegue ter acesso à saúde pública ou, quando tem acesso, a qualidade deste é questionável. No entanto, para atingir esses resultados, a análise dos dados não foi simplista: procurou apresentar as condições de vida desse segmento populacional aliada aos determinantes presentes na realidade social do mesmo.

**Palavras-chave:** População de Rua, Direito Social, Cidadania, Saúde Pública, Política Pública, Condições de Vida, Pobreza, Violação de Direito.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
Justificativa.....	12
Explicitação do Problema e do Objeto de investigação.....	13
Objetivo Geral e Objetivos Específicos.....	16
Hipóteses.....	16
Metodologia.....	18
Procedimentos Éticos.....	19
Procedimentos Metodológicos.....	19
Trabalho de Campo.....	20
 <b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....</b>	<b>22</b>
1.1 – Os Caminhos Percorridos pela Saúde Pública Brasileira: da Saúde como Objeto de Caridade à Saúde como Direito do Cidadão Brasileiro e Dever do Estado.....	22
1.2 A realidade da saúde pública no Distrito Federal.....	33
 <b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>População de Rua e Saúde: Realidade e Relações Precárias.....</b>	<b>36</b>
2.1 Apreendendo a discussão teórica acerca da denominação do segmento populacional em estudo.....	36
2.2 O processo de adoecimento pela população de rua e a sua respectiva relação com a saúde pública.....	40
2.3 Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNPR).....	46
2.4 Portaria Nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009.....	48
2.5 Projeto Meio-Fio: Alternativa de Atendimento Médico a População de Rua do Rio de Janeiro.....	49



## **CAPÍTULO 3**

População de Rua do Distrito DF e a Saúde Pública.....	51
3.1 A relação entre os serviços públicos de saúde e o atendimento à população de rua do Distrito Federal.....	51
3.2 A Problemática da População de Rua e o Serviço Social: Uma Demanda em Construção.....	59
3.3 As Respostas do Governo do Distrito Federal perante o Reconhecimento da População de Rua do DF.....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>

## **Introdução**

O presente estudo caracteriza-se como Trabalho de Conclusão de Curso para a Graduação no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) e adota como tema o atendimento à população de rua do Distrito Federal pelos serviços de saúde pública.

Percebendo a população de rua como um segmento composto por sujeitos de direitos – como qualquer outro cidadão deste país – o presente escrito parte do princípio de que as pessoas na rua são transformadas em um grupo político “invisível”, em descartáveis urbanos (VARANDA, ADORNO, 2004), resultando na desconsideração de suas respectivas demandas e evidenciando a ausência do Estado e uma relação de (não) proteção por parte deste.

Logo, não seria absurdo questionar o acesso aos serviços de saúde (constituídos como um direito social) pelo segmento população de rua e avaliar a efetividade desse acesso, além da qualidade do mesmo – delimitando tal avaliação à população de rua e saúde pública no Distrito Federal.

Sendo assim, ao se estudar a relação saúde-doença, população de rua e serviços de saúde no Brasil e no DF, explicita-se lacunas e descaracterizações envolvendo tanto o funcionamento real dos equipamentos sociais (CANÔNICO et al, 2007) quanto os profissionais da saúde que perpetuam a reprodução de discursos estereotipados e estigmatizantes.

Portanto, para avaliar a relação mencionada acima é necessário ter conhecimento de que

segundo o princípio da equidade (SUS, 2003), os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida (VARANDA, ADORNO, 2003: 68).

No qual,

até mesmo as políticas sociais que têm como base princípios e diretrizes universalizantes, como a saúde e a educação, tem sido implementadas de

forma residual e restritiva. Essas restrições aparecem sob diversas formas. [...] As chamadas “exigências formais” de acesso aos programas que dão corpo às políticas sociais, geralmente constituem-se limites de acesso aos mesmos pelas pessoas em situação de rua. Uma das “exigências formais” é a apresentação de documento de identificação pessoal. [...] Outra “exigência formal” é o endereço domiciliar (SILVA, 2006: 136).

Faz-se preciso dar atenção especial às demandas específicas dos diferentes grupos sociais para poder haver a identificação das oportunidades encontradas pelos mesmos para satisfazer as necessidades de vida. Valendo-se o esforço de “prover não apenas condições de higiene e alimentação, mas tentar resgatar [o segmento população de rua] enquanto cidadão” (CANÔNICO et al, 2007). Para tanto, deve-se levar em consideração as múltiplas determinações que envolvem a população de rua, a fim de reconhecer que o segmento em tela vive em um constante processo de limitação (econômica e social).

A questão do acesso aos serviços de saúde torna-se ainda mais preocupante diante dos índices que afirmam um movimento de elevação da faixa etária entre toda a população brasileira; logo, esta tendência também ocorre entre as pessoas da rua. Nesse quesito, o questionamento do acesso à saúde pública brasileira torna-se ainda mais complexo no momento em que se avalia a qualidade desse envelhecimento, além de que não se tem conhecimento acerca de seu destino – se conseguem chegar a terceira idade, se falecem ou se vão para instituições. Ou seja,

A velhice nos incomoda e o morador de rua nos assusta. O idoso morador de rua, então, é a própria imagem da desumanização à qual o homem está submetido; essa condição cada vez mais comum em nossa época nos grandes centros urbanos desafia-nos na busca de compreensão (MATTOS, FERREIRA, 2005: 23).

Perante a existência de obstáculos sociais e culturais, a população de rua do DF depara-se com entraves burocráticos (e excessivamente excludentes) impostos não apenas pelas estruturas de implementação das políticas sociais (especificamente da área da saúde para este trabalho), como também pela sociedade e, logo, pelos profissionais da saúde. Assim, não basta apenas avaliar o acesso aos serviços de saúde pública no DF pela população de rua (mensurando a efetividade e qualidade), mas também é preciso identificar e problematizar os obstáculos envolvidos na relação população de rua *versus* serviços de saúde, tendo em vista compreender as implicações e conseqüências de tal relação na realidade do segmento em tela.

## **Justificativa**

Primeiramente, preciso mencionar que este estudo foi motivado após cursar a disciplina Tópicos Especiais em Política Social, integrante no currículo de Graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília, na qual tive a oportunidade de estudar a relação perversa entre população de rua e envelhecimento, buscando acrescentar à problemática um discurso crítico. Nesse momento, tive o primeiro contato com o tema de estudo, suscitando o interesse em trabalhá-lo em meu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação. Assim, perante a identificação do papel da Universidade como espaço de produção e discussão de novos conhecimentos e de posicionamento crítico quanto a eles, a minha proposta de trabalhar a interação população de rua do Distrito Federal e o seu respectivo acesso aos serviços públicos de saúde resultará em uma contribuição acadêmica tendo em vista a complementar uma bibliografia (ainda escassa) sobre o tema, além de fomentar em outros produtores de conhecimento o interesse pelo segmento populacional em estudo.

A realização desse estudo motiva-se também pelo fato de que quando o segmento população de rua é referenciado nos discursos há, explicitamente, uma intensa vinculação estereotipada entre a pessoa da rua e representações sociais, como vagabundagem e violência. Dessa forma, na regra geral, é anulado o caráter humano e de cidadania dessas pessoas. Isto é, a preocupação do discurso reproduzido pela/na sociedade remete-se a um distanciamento da população de rua, buscando-se uma dita “proteção” da sociedade. Entretanto, com isso, e, por meio desse movimento, a população de rua é vista como um grupo social que não possui demandas sociais específicas, caracterizando-se apenas como um perigo à coesão social. Assim, esta pesquisa oferece um discurso crítico e realista da situação a qual a população de rua do Distrito Federal vivencia quando necessita demandar serviços públicos de saúde, possibilitando a desconstrução de determinados pré-conceitos e entraves impostos pela sociedade. Cabe ressaltar que, diante do atual momento político no qual a população de rua está inserida, ou seja, em um processo para ser reconhecida como um conjunto heterogêneo de sujeitos detentores de direitos e público alvo de políticas públicas, este estudo poderá assumir como função a produção de conhecimento para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas específicas para o segmento

população de rua; fazendo observância quanto a Política Nacional para a População em Situação de Rua<sup>1</sup>.

Logo, percebendo uma escassez de produção teórica (e crítica) sobre as esferas públicas que envolvem a população de rua, o presente trabalho acadêmico, ao proporcionar um viés crítico à discussão, atua como forma de construção para futuros estudos sobre o tema que não priorizem a transformação das pessoas da rua em números e estatísticas, mas sim que haja o interesse em estudar a realidade tal como está posta e revelá-la para a academia como também para a sociedade.

### **Problemática, Questão de Partida e Objeto**

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) entre os anos de 2007 e 2008, estima-se que no Distrito Federal há aproximadamente 1.734 pessoas vivendo nas ruas da cidade<sup>2</sup>. Esse dado, embora subestimado, serve para comprovar, quantitativamente, a existência de um considerável contingente de pessoas que fazem da rua o seu lugar de sobrevivência e moradia na Capital Federal, e que, portanto, devem ser alvo preferencial de políticas públicas executadas pelo Governo do Distrito Federal (GDF).

A fim de elencar alguns determinantes, a saúde da população de rua do Distrito Federal (DF) é afetada, primeiramente, pelas precárias condições de moradia – barracos feitos de lona em chão de barro, geralmente dispostos em meio ao lixo, sempre com a companhia de cavalos e cachorros e em espaços de mata (para ficarem invisíveis no centro urbano) e sem infra-estrutura (como pavimentação, tratamento de esgoto, água

---

<sup>1</sup>Política que está sendo elaborada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), instituída pelo Decreto s/n de 25 de outubro de 2006 que rege a composição da mesma exigindo a participação de representantes dos demais ministérios. Essa política visa atender à concretização e a defesa dos direitos do referido segmento populacional.

<sup>2</sup>É importante frisar que esse número é questionável diante da metodologia e definição de população em situação de rua utilizada por essa pesquisa que foi realizada entre agosto de 2007 e março de 2008. Primeiramente, o público-alvo constituiu-se apenas de pessoas com 18 anos completos ou mais que viviam nas ruas. Outra questão remete-se ao fato da pesquisa, na fase de campo, não ter sido realizada em períodos atípicos como finais de semana, dias chuvosos e em vésperas de festas. Os locais que foram escolhidos para o censo foram somente aqueles identificados como locais de pernoite, pois a pesquisa foi conduzida no período noturno. Cabe ressaltar que o órgão responsável pela pesquisa em questão adotou como população em situação de rua somente o segmento que vive e pernoita em logradouros públicos, sendo que essa concepção não se adéqua a população de rua localizada no Distrito Federal devido as suas peculiaridades, a saber: moradias precárias em barracos de lona e em locais escondidos, pois a população de rua do DF teme ser expulsa por secretarias do GDF e ser vítima de violência e abuso de poder.

encanada). Além da débil higiene pessoal e da instável alimentação – pois nem sempre esta se caracteriza como regular e adequada. Vale mencionar ainda a inabilidade dos profissionais da área de saúde pública no atendimento à população de rua do DF. Essa inabilidade discrimina o usuário que vive na rua, traumatizando-o e transformando a interação população de rua *versus* serviços de saúde em uma relação de exclusão.

Além disso, a população de rua no DF, em um grande contingente, trabalha na catação de materiais recicláveis, e, é possível verificar que, em algum grau, tanto nas cooperativas quanto no trabalho realizado por núcleos familiares (muito presente no DF), a separação do lixo é realizada sem o uso de luvas e máscaras (ou qualquer outro tipo de proteção). Nessa situação, encontram-se crianças, jovens e adultos que se expõem perigosamente a objetos cortantes e contaminados. Tal descuido também ocorre quando há o tratamento apenas do lixo urbano doméstico, no qual caracterizam este como “lixo bom”, percebendo perigo somente quanto ao lixo hospitalar. Logo, é possível verificar que, ao não fazer uso de proteção na separação do lixo, a população de rua do DF não identifica tal atitude como perigosa à sua saúde (e até mesmo à vida), evidenciando que não há conscientização quanto aos riscos de se trabalhar com o lixo pela mesma, tornando um aspecto determinante para a saúde desse segmento.

Desse modo, aponta-se como as doenças mais recorrentes entre a população de rua do DF as inflamações e infecções decorrentes das precárias condições de moradia (acentuadas quando são localizadas em meio ao lixo), da higiene pessoal (acarretando, por exemplo, problemas dentários) e do uso do álcool; além do convívio com o



Parte de trás do Colégio Paulo Freire (Asa Norte)

lixo, animais, carrapatos, bicho de pé e moscas. Quanto a doenças mais complexas, outros determinantes influenciam a saúde da população de rua do DF. Em outras palavras, há doenças (como a de Chagas) que requerem do doente uma dieta alimentar balanceada e saudável, como também um tratamento medicamentoso controlado.

Quanto à alimentação, a pessoa da rua não possui o direito de escolher as suas refeições, já que depende daquilo que conseguir no lixo e das doações (tanto de entidade religiosa quanto de pessoas da sociedade), o mesmo ocorre quanto ao tratamento medicamentoso, pois o acesso à medicação não ocorre sempre nas próprias unidades de saúde. Esse fator dificulta a recuperação da saúde em casos que demandam diversos medicamentos que não são disponibilizados na rede pública (às vezes por falta no estoque, mas também devido à má vontade dos funcionários).

O tratamento discriminatório ‘justifica-se’, em parte, pela aparência dessas pessoas e, algumas vezes, pela localidade na qual residem<sup>3</sup>. Mas, os obstáculos impostos no atendimento à saúde não cessam neste aspecto. A resistência por parte da população de rua do DF em acessar o direito à saúde advém também de situações (constantes) nas quais as pessoas da rua ficam a mercê da violência psicológica, moral e física – perpetradas tanto por profissionais da saúde quanto pelos seguranças dos hospitais públicos. Há circunstâncias em que a pessoa da rua depara-se com desculpas (inverídicas) para justificar a recusa do atendimento do serviço solicitado; assim como a desconsideração da fala dessas pessoas (historia de vida, sintomas, condições de vida) e a reprodução de estereótipos que envolvem a pessoa da rua em um mundo de álcool, drogas e violência.

Outro ponto para discussão refere-se ao descaso com a população de rua do DF por parte dos bombeiros e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Há experiências de autores que evidenciam que ambos os serviços citados não respondem a chamados decorrentes da população de rua, negando socorro médico.

Diante dessa problemática surge uma série de inquietações, a saber: A população de rua do Distrito Federal consegue acessar os serviços públicos de saúde? O segmento analisado é percebido como usuário dos serviços de saúde pública? Reconhecendo-se os preconceitos e a discriminação que envolve o imaginário social acerca da população de rua, quais são as estratégias e entraves forjados a fim de impedir tal segmento de ter acesso à saúde?

---

<sup>3</sup>Há casos nos quais a pessoa da rua aluga uma casa “convencional” no entorno do DF, mas que passa a maior parte do tempo (e até dorme) no lixo, nas ruas e cerrados do Plano Piloto. Assim, quando faz a ficha de atendimento nas unidades de saúde, esse segmento informa, na maioria das vezes, o endereço da residência alugada.

Com base na problemática acima explicitada e nas perguntas de partida levantadas, o objeto desta pesquisa *é a relação entre a população de rua do Distrito Federal e os serviços de saúde oferecidos pelo Governo da Capital, levando-se em consideração o direito legal daqueles em acessar à saúde pública e do dever deste em oferecer serviços universais, de fácil acesso e de qualidade, para todos que deles necessitarem.*

### **Objetivo Geral**

Por ter conhecimento de que o universo da população de rua do Distrito Federal é permeado por um imaginário popular calcado em preconceitos, discriminação e estigmas, buscou-se identificar os entraves (construídos por esse processo) impostos ao segmento estudado quanto ao acesso a serviços públicos de saúde, explicitando o impedimento à efetivação de um direito social à população de rua do Distrito Federal.

### **Objetivos Específicos**

1. Apontar e caracterizar os entraves de impedimento no acesso aos serviços públicos de saúde pela população de rua do Distrito Federal;
2. Evidenciar os desdobramentos dos referidos entraves de impedimento;
3. Demonstrar que a desconsideração da fala e das condições de vida da população de rua do Distrito Federal pelos profissionais de saúde agem em desfavor para a possibilidade de tratamento da saúde do segmento estudado.

### **Hipóteses**

Constituem hipóteses deste trabalho:

1. A tentativa de impedimento de acesso da população de rua aos serviços públicos de saúde explica-se, em parte, pela ausência de um “modelo de atenção que contribua



para o resgate de sua auto-estima, de sua condição enquanto indivíduo produtivo e, finalmente, enquanto cidadão brasileiro” (CANÔNICO et al, 2007: 803);

2. Os impedimentos presentes no acesso aos serviços públicos de saúde pela população de rua do Distrito Federal justificam-se pelas construções sociais negativas que abarcam o segmento estudado e reproduzidos pelo sistema/sociedade e, conseqüentemente, pelos profissionais de saúde;

3. Uma das principais dificuldades da população de rua do Distrito Federal para a concretização da assistência e tratamento médico refere-se a lacuna entre demandas do tratamento e a realidade da população de rua. Isto é, as condições precárias de vida não condizem com as orientações médicas; assim, a forma de vida torna-se um entrave negativo associado à desconsideração de tal situação pelos profissionais da saúde.

## Metodologia

Este estudo se baseia em uma análise qualitativa em detrimento da quantitativa, a qual considera a visualização do contexto estudado, bem como a compreensão do fenômeno, a partir da integração entre pesquisador e objeto de estudo. Assim, a pesquisa qualitativa,

costuma ser direcionada ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada a adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é freqüente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados (NEVES, 1996:01).

Tendo em vista que a pesquisa qualitativa é interpretativa, a pesquisadora optou por estudar a realidade da população de rua do DF a partir de uma perspectiva histórico-estrutural (e dialética). Concernente a esta perspectiva, trata-se de um modelo explicativo da realidade social, um método que considera a historicidade do sujeito, afirmando a população de rua como ser histórico e socialmente construído; assim, os componentes da história são essenciais para compreender e captar as especificidades dessa realidade.

O referido método também se “volta às estruturas que geram a própria necessidade histórica” (DEMO, 1987: 91); assim, percebe-se que a população de rua faz parte das estruturas do sistema capitalista e que há uma relação de influência recíproca entre ambas. Logo, segundo Demo (1987), trata-se de estruturas que fundam a história.

A relação tênue entre história e estrutura pode ser verificada no fragmento a seguir:

Quando dizemos que a desigualdade social é uma estrutura social, porque se confunde com as próprias condições de formação social, ainda que disto origine sua dinâmica, estamos fazendo uma interpretação histórica, como sempre (DEMO, 1987:92).

Por fim, de acordo com Teixeira (1986), o campo da saúde coletiva, ao se constituir, adota o método histórico estrutural. Isto é, a doença na sua dimensão individual e coletiva estrutura-se em uma totalidade social, como resultado das relações entre os grupos sociais, através do trabalho, com a natureza – considerando um rol de

determinantes que encontra-se externamente à esfera individual, bem como na relação dos mesmos com o próprio sujeito. A história da doença remete à história das relações sociais, econômicas e políticas em sociedades concretas.

### **Procedimentos Éticos**

O Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP/UnB) em consonância com os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo também respeitados os princípios estabelecidos pelo Código de Ética do Assistente Social (1993).

Ademais, os participantes foram esclarecidos acerca da finalidade da pesquisa e de que sua participação seria voluntária, sem nenhum tipo de remuneração, sendo possível a desistência em qualquer momento da pesquisa, bem como do sigilo de suas informações que possibilitassem a respectiva identificação. Para confirmar esses aspectos, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Procedimentos Metodológicos**

A coleta de dados ocorreu a partir de uma revisão bibliográfica acerca da temática trabalhada neste estudo, sendo seguida por uma observação direta e interativa com a população de rua do DF; por fim, foram utilizados quatro tipos de roteiros de entrevista semi-estruturada, a partir de perguntas abertas que possibilitassem a obtenção de informações e relatos não planejados e uma análise dos relatos dos atores entrevistados para dar aporte necessário às inferências sobre a população de rua do Distrito Federal e o seu respectivo acesso aos serviços públicos de saúde.

A presente pesquisa acadêmica fez uso de fontes primárias (fontes originais de informações, ou seja, os discursos dos atores entrevistados) como também secundárias (por meio de consulta à bibliografia já existente sobre o segmento populacional

estudado, bem como a demais documentos oficiais) para oferecer uma base analítica significativa para as considerações.

A respeito da entrevista semi-estruturada, foram priorizados os atores relacionados diretamente ao tema do estudo. Em outras palavras, as informações em campo foram obtidas com a abordagem de pessoas da rua do Distrito Federal e profissionais da saúde que realizam atendimentos à essa população – auxiliares de enfermagem, bombeiros, condutores de ambulância, médicos. Vale ressaltar que no Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso havia o planejamento de entrevistas com representantes do governo tanto no âmbito do DF quanto nacional. Entretanto, mesmo após inúmeras tentativas, não foi possível abordar a coordenadora do Núcleo de Atenção a População de Rua (NUPOR/SEDEST/GDF), bem como ter acesso à Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Assim, referente a abordagem à população de rua do DF, na fase do pré-campo, a mesma foi realizada no local de moradia do segmento em estudo, no período diurno, e sempre acompanhada, a fim de resguardar a integridade física da pesquisadora. Porém, durante a realização do Censo, a abordagem não ocorreu somente no local de moradia, mas também no ambiente de trabalho dessa população, sempre no período noturno (devido a exigência do Censo), com a companhia obrigatória de um segurança e colaborador (ex-pessoa de rua) devido aos riscos eminentes que essa pesquisa podia acarretar à pesquisadora – principalmente a violência física. É preciso comentar que a referida pesquisa proporcionará tanto benefícios (já explicitados na justificativa) quanto riscos à população estudada. Ou seja, há o reconhecimento da existência da população de rua no DF e de suas demandas sociais, bem como a conseqüente exposição da mesma e possíveis generalizações acerca das constatações da realidade social dessas pessoas em estudo.

### **Trabalho de Campo**

A pesquisa que fundamenta este trabalho foi realizada em três etapas: 1. Pré-campo efetivado no mês de abril de 2009 com entrevistas à população de rua do Cerrado próximo ao Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB), conhecido como Invasão do 28 ou Cerradão e da Colina (Universidade de Brasília); 2. Entrevistas realizadas em

setembro do corrente ano com profissionais de saúde do HBDF e; 3. Participação como pesquisadora<sup>4</sup> do I Censo de População em Situação de Rua do DF encomendado pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST), pelo qual foi possível conhecer a realidade da população de rua das seguintes localidades: Asa Sul, Setor de Clubes Sul, Cerradão do CCBB, Núcleo Bandeirante, Lago Norte, Rodoviária de Taguatinga, Albergue Conviver (Taguatinga), Setor Noroeste e São Sebastião. A amostra, a priori, seria composta por um grupo de 15 (quinze) pessoas aproximadamente; no entanto, devido a participação no I Censo de População em Situação de Rua (SEDEST/GDF), foi possível entrevistar cerca de 50 pessoas (envolvendo as categorias de atores citados anteriormente).

Junto aos profissionais de saúde (técnicos em enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais e médicos) foram apenas realizadas entrevistas, enquanto que a realidade da população de rua do DF pôde ser vivenciada e observada com mais profundidade tanto por meio da fase pré-campo (com observação direta e conversas informais) quanto como pesquisadora no I Censo de População em Situação de Rua do DF.

---

<sup>4</sup>Cabe mencionar que a participação desta pesquisadora no I Censo de População em Situação de Rua ocorreu por meio de processo seletivo composto por análise curricular, treinamento, dinâmica em grupo, prova oral e escrita, realizado pela empresa AXIOMAS BRASIL.

## CAPÍTULO 1

### Histórico da Saúde Pública Brasileira

#### 1.1 Os caminhos percorridos pela saúde pública brasileira: da saúde como objeto de caridade à saúde como direito do cidadão brasileiro e dever do Estado

A fim de compreender o caminho percorrido pela saúde pública no Brasil e entender as raízes dos atuais problemas desta política, faz-se necessária uma análise da mesma para evidenciar que tal política nem sempre caracterizou-se na história como um direito de cidadania, mas, antes pelo contrário, como um serviço limitado a algumas categorias profissionais e oferecido pela caridade religiosa, permeada por ações higienistas e coercitivas (quando direcionadas às populações mais empobrecidas). Buscar-se-á, ainda, evidenciar as semelhanças (mesmo que implícitas) do desenvolvimento da saúde a partir do século XX, como também as causas históricas que justifiquem o cenário repleto de lacunas e caos no Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe mencionar que no período histórico delimitado é possível verificar uma separação entre saúde pública e a ação médica previdenciária.

O período estudado da saúde no Brasil para este trabalho foi delimitado a partir da virada do século XIX-XX, pois é nele que acontece a reorganização do Estado brasileiro perante a abolição (formal) da escravidão e o início da preocupação estatal com a escolha da raça que iria compor a classe trabalhadora brasileira<sup>5</sup>.

Na virada do século XIX-XX, com o êxodo rural e o conseqüente inchaço desordenado dos centros urbanos sem estrutura para tal crescimento, surgem novos problemas sociais derivados da urbanização desordenada, a saber: escassez de habitação, falta de água salubre e de redes de esgoto, aparecimento de epidemias (cólera, malária, febre amarela, tuberculose, entre outras), além da proliferação de cortiços – ambientes superpovoados e com péssimas condições de vida e de higiene. Diante desse cenário precário, o Estado impôs o Código Sanitário (1894 e 1911) como forma de intervenção sobre o espaço urbano. “Na verdade, os bairros operários foram

---

<sup>5</sup>A sociedade, à época, reproduzia a afirmativa de que os negros eram inferiores aos brancos, além de caracterizarem a raça negra como permeada por vícios negativos. Dessa forma, a elite do país se reuniu no Congresso Agrícola a fim de escolher a nacionalidade dos imigrantes que iriam compor a raça de trabalhadores brasileiros. A imigração de asiáticos seria a opção mais vantajosa (economicamente) para o Brasil, devido aos custos quanto a imigração e instalação das famílias. Contudo, foram os europeus que vieram ao país, já que acreditava-se que a Europa era significado de superioridade e desenvolvimento.

severamente vigiados pelas autoridades sanitárias, enquanto as construções de classe média e de ricos eram desobrigadas de seguir regulamentos” (PEREIRA, 2005:14). Evidenciando uma intenção republicana de controle da população dita marginal.

Destaca-se que a preocupação do Estado brasileiro não era exatamente com a saúde da população em geral, mas sim com a desvantagem que as epidemias traziam à imagem do Brasil no exterior, desestimulando a imigração de trabalhadores europeus para o campo e, conseqüentemente, atingindo negativamente a economia brasileira. Na verdade, o Estado brasileiro se deparou com o interesse de se construir um mercado de trabalho livre com ações de proteção ao capital por perceber que a mão-de-obra constituía-se em capital humano rentável. Dessa forma, a medicina e os assuntos sanitários eram colocados como instrumentos de defesa do projeto de modernização do país ao “garantir” a melhoria da saúde individual e do coletivo (FILHO, 1998).

Perante a expansão de epidemias nas principais cidades brasileiras – como no Rio de Janeiro e em São Paulo – o Estado incumbiu aos médicos tarefas como a fiscalização sanitária dos habitantes do país e ações envolvendo mudanças urbanísticas, destruição de viveiros de animais disseminadores de enfermidades e divulgação de informações sobre higiene, bem como a iniciação da hospitalização compulsória para os casos de enfermidades consideradas perigosas à sociedade e destruição dos cortiços (percebidos como espaços disseminadores de doenças por serem compostos por desordeiros sociais).

A questão da qualidade dos serviços de saúde pode ser observada desde o período da imigração européia para ocupar os campos, verificando-se que o governo brasileiro construiu a Hospedaria de Imigrantes, estabelecimento destinado a abrigar as famílias da classe trabalhadora no país. Destaca-se que havia somente um médico responsável pela assistência médica de cerca de duas mil pessoas, evidenciando o desenvolvimento de ações limitadas e pontuais (RIBEIRO,1993).

Cabe mencionar que a saúde (ou a assistência médica) sempre esteve atrelada ao contexto político e econômico do país, sendo este determinante direto na prioridade assumida por essa política. A tentativa de privatização e o sucateamento, além da intensificação da mercadorização da política de saúde não se remetem a uma expressão

recente do governo, pois se verificam essas tendências desde a Lei Eloy Chaves<sup>6</sup> (Decreto nº 4.682 - de 24 de janeiro de 1923).

Nessa época, a assistência médica era inserida na previdência social, assumindo um caráter focalizado e limitado, não apresentando a intenção de ser uma ação (ou política) estendida a toda a população brasileira. Ressaltam-se que, inicialmente, os benefícios das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) eram destinados apenas aos trabalhadores urbanos contribuintes. Ou seja, a assistência médica não se constituía como um direito universal, mas como uma mercadoria que exigia como contrapartida a contribuição às CAPs, bem como a inserção no mercado de trabalho; acarretando na exclusão de uma gama de trabalhadores rurais e informais, assim como os desempregados, ao acesso à assistência médica. Ou seja, “a proposta previdenciária de Eloy Chaves não se dirige aos trabalhadores em geral, nem se referencia a um conceito de cidadania, mas cria medidas de proteção para um grupo específico, tomando a empresa como unidade de cobertura” (CABRAL, 2000:121).

É possível, no início do século XX, posicionar a saúde (e as condições de higiene) como uma responsabilidade individual da população pobre com a presença de práticas sanitárias implantadas pelo governo por meio da autoridade (e poder vinculado) e pela força das armas – de modo articulado aos interesses do capital. Esse cenário, tido como “ditadura sanitária”, explicitava o erro do governo ao tratar as questões de saúde como questão de polícia, e não como política pública. Nesse momento, o indivíduo que não aceitasse as ações sanitárias era considerado inimigo da saúde pública pelo governo, exemplo dessa característica é a Revolta da Vacina (1904), pela qual um grupo social não quis se submeter às ações autoritárias de saúde e à vacinação obrigatória. Ressalta-se que as justificativas para a necessidade da vacina não eram divulgadas às populações mais empobrecidas, bem como as vacinações eram realizadas com a invasão dos domicílios pelas forças policiais.

Tiros, gritaria, engarrafamento de trânsito, comércio fechado, transporte público assaltado e queimado, lampiões quebrados à pedradas, destruição de fachadas dos edifícios públicos e privados, árvores derrubadas: o povo do Rio de Janeiro se revolta contra o projeto de vacinação obrigatório proposto pelo sanitarista Oswaldo Cruz (Gazeta de Notícias, 14 de novembro de 1904).

---

<sup>6</sup>Lei que cria as Caixas de Pensão e Aposentadoria nas empresas, configurando como empregado aquele que executasse serviços permanentes, apresentando mais de 06 (seis) meses de serviços contínuos em uma mesma empresa.



A ditadura sanitária também agiu por meio da limpeza dos centros urbanos, no qual associavam a doença com a falta de higiene, concebendo assim a pobreza como sinônima de sujeira e enfermidades; logo, o aparato policial fora incumbido de expulsar os pobres e a derrubar os cortiços (lugar específico para pobres na época) dos centros urbanos para as periferias – reforma urbana conhecida como “bota abaixo”. Assim, a demolição e a desapropriação dessa população mais empobrecimento atuou diretamente em seu estilo de vida nos centros urbanos, pois foram obrigados a se deslocarem para locais afastados de onde trabalhavam, intensificando a precariedade de suas condições de vida. Cabe mencionar que essas ações de “limpeza”, por não serem precedidas pela preocupação em se construir uma infra-estrutura tanto nos centros quanto nas periferias acarretou uma situação talvez não planejada (ou esperada pelo Governo). Isto é, por não inferir que as populações mais empobrecidas sobreviviam dos centros urbanos, ao serem expulsas para as periferias, as mesmas permaneceram nos referidos centros, adotando as ruas como local de moradia e de trabalho – já evidenciando a presença de pessoas que faziam uso das vias públicas como espaço de sobrevivência. Vale ressaltar que as ações de higienização, ou seja, ações ligadas a saúde pública da população brasileira, configuraram-se como as responsáveis, em parte, pelas as precárias condições de vida das populações mais empobrecidas, cabendo ressaltar que, atualmente, essa mesma saúde ou cria impedimentos, ou simplesmente se nega a atender o resultado da pobreza.

Com o desenvolvimento da saúde como ciência, no século XX, decorrente do embate entre as idéias tradicionais com os conceitos derivados da bacteriologia, ocorreu uma demanda pela reorganização dos serviços sanitários que permaneciam ineficazes ao produzir poucos avanços na melhoria da saúde popular já que a

desorganização dos serviços de saúde [...] facilitou a ocorrência de novas ondas epidêmicas no país. Entre 1890 e 1990, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a ser assaltadas por varíola e febre amarela e ainda por peste bubônica, febre tifóide e cólera, que mataram milhares de pessoas (FILHO, 1998:13).

As mudanças sanitárias correntes no século XX caracterizaram-se como ações debilitadas e permeadas por falhas, não sendo capazes de atingir a população brasileira de forma eficiente e eficaz. As famílias mais abastadas buscavam assistência e tratamento médico nos grandes hospitais do país ou na Europa, enquanto que às famílias

pobres restavam somente as ações de caridade (muitas vezes não tendo o suporte de profissionais qualificados). É justo afirmar que durante o século passado a população mais empobrecida só dispunha de atendimento filantrópico nos hospitais de caridade mantidos pela Igreja Católica, como as Santas Casas de Misericórdia, que eram objetos de temor por parte dos doentes pobres, pois, em suas enfermarias haviam pacientes com todos os tipos de enfermidade sem a devida separação e isolamento. À tal condição somava-se a falta de higiene dessas instituições, no qual a internação nas mesmas geralmente levava ao mesmo fim – a morte (FILHO, 1998).

As instituições de assistência médica, com características como as das Santas Casas de Misericórdia, tinham como missão a promessa cristã de socorro aos enfermos, principalmente aos mais pobres. Convém lembrar que, na década de 1990, as mesmas ainda atuavam como significativos centros de assistência médica à populações que não possuíam meios econômicos para acessar os serviços de saúde pública, considerando a localização e funcionamento dos hospitais públicos e centros de saúde; o sucateamento dos serviços e da qualidade dos mesmos; e, a possibilidade de realizar um tratamento médico por completo. Assim, as camadas pobres recorriam a ações privadas e religiosas para cuidar de sua saúde.

Como foi visto, o século passado ofereceu diversos exemplos de que o Estado apenas se pronuncia em época de epidemias, cabendo mencionar que quando o governo não possui respostas imediatas aos problemas de saúde, verifica-se a não-ação do aparato do Estado, uma inércia que afeta mais duramente as populações desfavorecidas social e economicamente, pois não conseguem acessar médicos especialistas e acabam dependendo da caridade. Exemplo dessa situação foi a epidemia de gripe espanhola no ano de 1918 que fora responsável pela morte de milhares de pessoas já que os médicos não conseguiram oferecer uma solução para tal calamidade.

Contudo, a partir da década de 1920 a saúde passou por avanços significativos e necessários para a configuração da saúde como direito e política pública. Nesse momento começaram a surgir centros de saúde, adotando a função social e educativa; além de contrapor à higiene absoluta e o espírito policial inserido na saúde. Esses centros de saúde passam a adotar a família como centro da ação e não apenas o paciente.

Ainda nesse período já é possível identificar a presença do movimento sanitariaista cujas defesas iriam contra o modelo oligárquico da época<sup>7</sup>, sendo alvo de críticas e oposições, pois defendiam a criação de um ministério autônomo.

Já na década de 1930 há a unificação das estruturas de saúde por Vargas, assim como o início das substituições das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) – ampliando os benefícios aos familiares dos contribuintes. É preciso mencionar que os recursos dos IAPs sempre foram aplicados no financiamento da industrialização do Brasil (como também na construção de Brasília), evidenciando uma prática antiga de desvio dos recursos da previdência social e corrupção. Ainda na década de 1930 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com a função de combater as epidemias, principalmente no interior do país, além de apresentar atividades de prevenção.

Desde esse momento, na Constituição Federal de 1934, na qual a saúde era competência tanto da União quanto dos Estados, que por sua vez, eram responsáveis pelo cuidado da saúde e da assistência públicas, já era possível perceber a tentativa de anular do Estado a condição de provedor de política públicas. Isto é, mesmo que a questão da saúde tenha sido positivada como incumbência aos Estados, evidenciava-se o desmantelamento da saúde diante do desvio de recursos dos IAPs (o qual compunha a assistência médica) e a exclusão intencional da população pobre ao acesso à saúde.

O modelo brasileiro de atenção à saúde foi baseado no norte-americano com a construção de grandes hospitais com médicos de todas as especialidades e uma gama de equipamentos; o auge desse modelo se deu na década de 1940, entretanto, o mesmo era dirigido às camadas sociais que tinham condições financeiras para arcar com a manutenção dessa assistência médica. Durante toda a história da saúde no Brasil constatava-se a exclusão das classes pobres quanto ao cuidado da saúde de qualidade, o que impossibilitou, hoje, o efetivo acesso ao direito à saúde com qualidade, preferencialmente quando o usuário integra o segmento população de rua.

Na década de 1950 houve a criação do Ministério da Saúde, alocando a política de saúde em uma estrutura própria para fortalecer a saúde pública com ações preventivas. Ainda nesse período ocorreu a extinção das CAPs, sendo todas inseridas nos IAPs.

---

<sup>7</sup>Reprodução do trabalho e do capital por meio da hipertrofia dos aparatos coercitivos do Estado.

Entretanto, os trabalhadores resistiram à tentativa do governo de unificar os institutos, pois havia disparidade entre o montante dos recursos arrecadados. Dessa forma, a unificação agiria no sentido de nivelamento para baixo, reduzindo a cobertura e qualidade dos benefícios. Assim, suscitava-se a demanda pela medicina de grupo (saúde privada com a seleção da mão-de-obra).

Com a substituição das CAPs pelos IAPs instituiu-se uma única agência nacional federal, o Instituto Nacional de Assistência Médica, Aposentadoria e Pensão (INAMPS), que era responsável pela definição das prioridades da política de saúde perante a centralização de recursos e poder – agindo como determinante negativo quanto as iniciativas de descentralizar e universalizar o acesso aos serviços de saúde diante dos provedores privados de saúde. Assim, houve a expansão do sistema hospitalar privado.

Durante a ditadura militar (1964) a população brasileira deparou-se com situações contraditórias. Inicialmente ocorreu um arrocho salarial (contínuo empobrecimento das camadas mais pobres) e um sucateamento da saúde, pois o governo militar buscou transferir todas as políticas públicas para o âmbito do privado (saúde pública tipicamente estatal). Nesse contexto houve a reflexão entre a saúde ser um bem público ou privado. Como explica Cabral (2000:122),

na área da assistência médica tem-se uma orientação política de compra de serviços à rede privada, com ênfase na prática da medicina curativa, promovendo um processo de aumento crescente de lucratividade e da capitalização do setor saúde.

Cabe mencionar que a saúde pública foi impactada diretamente pela censura imposta pelos militares, no qual os surtos de epidemias eram escondidos pelo governo a fim de que a população não tivesse acesso às informações sobre as enfermidades, visando manter a ordem pela desinformação.

Também nessa década, como uma ação sanitarista e de repugnância à pobreza, o governo brasileiro, com o apoio dos EUA, generalizou a esterilização (em massa) por ligadura das trompas. Seu principal mérito: era definitiva. Para justificá-la, o Brasil valeu-se dos argumentos norte-americanos de que o rápido crescimento da população, assim como um país muito populoso, seriam as causas da pobreza, responsabilizando o pobre duplamente: tanto por sua condição individual quanto pela miséria do país. Dessa

forma, a partir do momento no qual o governo brasileiro passou a culpar a pobreza pelo atraso do progresso nacional,

[para determinado grupo social] existiam tentativas de recuperação através da educação, proibição de más condutas e vícios e estabelecimento de boas redes de relacionamento. [No entanto, para outros] restava a punição e a esterilização como solução para acabar com a miséria, as perversões e a doença (PEREIRA, 2008:49-50).

Dessa forma, no ano de 1965, foi criada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) com o intuito declarado de ser uma alternativa para minimizar os prejuízos do aborto desassistido à saúde da mulher. Contudo, hoje sabe-se que não passou de uma forma do governo controlar a natalidade do país, acreditando que uma população numerosa resultaria em pobreza e miserabilidade. Segundo alguns pesquisadores, a adesão pela esterilização precisava contar com a complacência tanto dos médicos quanto das empresas.

Assim, a adesão a essa ação do governo brasileiro oferecia vantagens para ambos os atores citados – médicos e empresas. Os médicos recebiam uma gratificação por cada esterilização realizada, muitas vezes logo após o parto; enquanto que as clínicas eram “presenteadas” com equipamentos e material de consumo. No ano de 2003 os jornalistas Nilson Lage e Carlos Chernij veicularam para a revista IstoÉ SP uma reportagem acerca da esterilização no país, reproduzindo o conteúdo do discurso do economista Glycan de Paiva, na década de 1990, o qual previa que se o Brasil não contivesse a natalidade se tornaria uma “fábrica de miseráveis” (IstoÉ SP on line, 01/03/2003).

Verifica-se que as políticas de saúde no período da ditadura militar tiveram como motivação a amenização das tensões entre as classes e principalmente para com o regime. Verifica-se que as camadas mais empobrecidas do país eram as mais atingidas pelas ações desse momento, tanto pela forma de sua concretização (autoritária) quanto pelos objetivos propostos, além do acesso à possibilidade do cuidado da saúde. Segundo Marcos Bernardino de Carvalho, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em entrevista para a Revista Isto É, o “alvo das políticas controladoras da natalidade não era evitar a miséria e sim preservar a capacidade de pagar os grandes empréstimos. Um país que não pára de crescer, na visão capitalista, pode não ter condição de quitar seus compromissos porque precisa fazer mais investimentos em educação, saúde e transporte” (IstoÉ SP on line, 01/03/2003).

Na década de 1970 surge o Movimento Popular de Saúde, que demandava a saúde como política universal, caracterizando-a como uma conquista popular e indo contra a caridade em tal política. Esse movimento social centrava-se na atenção básica, com a construção de centros de saúde nas regiões menos desenvolvidas a fim de garantir o acesso das respectivas populações.

Em 1980, o governo implantou obras para impulsionar a economia do país. Observou-se novamente neste período o desvio de recursos da previdência para o custeio dessas obras tais como a construção hospitalar privada, na qual os hospitais privados enriqueciam com a previdência social. Também percebeu-se o aumento das pressões das camadas mais empobrecidas que localizavam-se nas periferias, reivindicando centros de saúde, infraestrutura para os bairros, ônibus, creche e outras demandas sociais. As principais preocupações dos conselhos populares eram a política de saúde estar em segundo plano e por não atingir toda a população, além dos efeitos perversos da censura.

Um grande marco dessa década foi a aprovação da Constituinte de 1988, a qual

diferentemente do poder autoritário, impõe-se uma compreensão articulada das áreas da saúde, da previdência social e da assistência social regidas sob o princípio da universalização dos direitos e da equidade social estendendo-as não só aos trabalhadores inseridos no mercado formal, mas aos desempregados, às donas de casa, aos deficientes, aos idosos e outros. Contrapõe-se, assim, à cidadania regulada o direito universal [...] No debate constitucional assume importância a proposta de Reforma Sanitária discutida e formulada no âmbito do movimento popular de saúde e no movimento sanitarista (CABRAL; 2000:124).

A Constituição Federal de 1988 foi considerada um marco histórico e político nas áreas das políticas públicas, pois as regula sob o princípio da universalidade, colocando a saúde como um direito social – direito do cidadão brasileiro e dever do Estado – além de separar a ordem econômica da social (não mais admitindo a saúde como questão de polícia). Logo, pelo menos teoricamente, não se pretendia um movimento de mercadorização da saúde<sup>8</sup>. Então, a saúde passa a ser reconhecida como direito do cidadão. Não mais importa a inserção no mercado de trabalho formal, muito menos as

---

<sup>8</sup>A mercadorização da saúde refere-se a uma tendência pela qual a saúde é descaracterizada como política pública e adentra o âmbito privado, exigindo, com isso, uma contrapartida do beneficiário para haver o seu acesso.

condições financeiras, mas sim que o indivíduo se reconheça como cidadão e sujeito de direitos, como se pode observar no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além da Constituição de 1988, outro marco de grande destaque na discussão da saúde remete-se à Carta de Ottawa (1986), um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), a qual conceitua a saúde como fonte de riqueza de uma sociedade, exigindo da mesma que as ações de promoção de saúde sejam estratégias prioritárias.

A promoção da saúde consiste em alcançar a equidade sanitária. Sua ação tem o objetivo de reduzir as diferenças no atual estado da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial. [...] A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (OTTAWA, 1986).

Dessa forma, ao ser caracterizada como direito social e política pública, a saúde admite uma concepção ampliada, na qual a mesma não refere-se apenas como resultante de fatores físicos, mas também de determinantes sociais. Logo, a saúde não mais seria sinônima de ausência de doença, mas sim uma relação que envolveria o ambiente do sujeito e o acesso aos demais direitos sociais.

Em relação aos determinantes presentes no conceito ampliado de saúde, pode-se classificá-los em quatro categorias, a saber: determinantes sociais estruturais (desenvolvimento socioeconômico, educação, renda, mercado de trabalho); condições concretas de vida em comunidade; características individuais (idade, sexo, hereditariedade); e, o acesso a bens e serviços de saúde e ao saneamento básico (não apenas o acesso ao sistema, mas também aos medicamentos), como se pode verificar na ilustração abaixo.



Fonte: Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (rascunho), 2005.

Ainda na década de 1980, devido ao não cumprimento integral de orçamento da previdência por parte da União, alguns autores afirmam que o “rombo” da previdência<sup>9</sup> aumentou bruscamente as contribuições por parte dos trabalhadores e acarretou na redução dos gastos com os benefícios (incluindo a assistência médica), gerando uma maior contrapartida econômica por parte dos trabalhadores em detrimento de uma acentuação da precariedade da saúde. Ocorreu também no país a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, na qual participaram gestores, movimentos sociais e trabalhadores da saúde a fim de trazer para discussão a saúde como um direito social. Nesse contexto havia a demanda pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para assim ser respaldada como uma política pública universal e não mais como objeto de privilégio e da caridade. Com a aprovação da Constituição Federal de 1988 a saúde ganha status de política pública universal, possibilitando, posteriormente, a regulamentação do SUS que se dá na década de 1990 por meio da Lei nº 8.080/90.

Mesmo com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), infelizmente, ainda há lacunas profundas que precisam de atenção para suscitar alternativas para contorná-

<sup>9</sup>Alguns autores e pesquisadores afirmam que há um rombo na previdência social diante do não cumprimento de prestação financeira por parte do Estado. Isto é, verifica-se um aumento na demanda por pensões, aposentadorias e auxílios, oriundos da previdência social, mas sem a devida contribuição do Estado (e as suspeitas de desvio de dinheiro da previdência para outras áreas) para poder arcar com tais despesas.



las como a questionável qualidade dos serviços e do atendimento, a concretização dos princípios norteadores como a universalização e a não discriminação durante o acesso ao serviço, a integralidade do tratamento, entre outros quesitos que merecem atenção por meio do governo e das pressões sociais.

Por fim, é possível inferir que as ações do governo brasileiro à área da saúde pública sempre apresentaram motivações regidas pelo interesse do capital, bem como pelos constructos que caracterizam negativamente as populações mais empobrecidas.

## **1.2 A realidade da saúde pública no Distrito Federal**

Verifica-se que o caos que o sistema de saúde vem presenciando e a população enfrentando apresenta raízes desde o século passado por meio da cultura de desvio de recursos e da valorização do âmbito privado diante de sua rentabilidade econômica. No Distrito Federal a população tem que aprender a lidar com as dificuldades que os hospitais públicos diariamente impõem aos usuários. As longas filas que aparentam não ter fim, e muitas vezes não tem, pois se passam horas e os bancos de espera continuam repletos de pessoas demandando cuidados médicos. A falta de profissionais reflete a violação do direito à saúde, no qual nem sempre o cidadão consegue atendimento. A falta de material exige muitas vezes que não haja os procedimentos médicos adequados, no qual é corrente a falta de luvas, agulhas, gaze, ou seja, materiais indispensáveis para a preservação da dignidade do profissional e do usuário.

De acordo com a pesquisa encomendada pelo Sindicato dos Médicos do Distrito Federal (Sindmédico) no ano de 2009, com o intuito de avaliar a percepção do usuário quanto à rede pública de saúde e os principais problemas, fora identificado um alto grau de descontentamento por parte dos usuários dos serviços de saúde, constituindo-se como um dos principais problemas o tempo de espera para atendimento. Infelizmente, constatou-se que o tempo de espera na emergência dos hospitais públicos é maior que no sistema eletivo (ambulatorial); ou seja, o paciente com maior gravidade precisa esperar mais pelo atendimento médico que o paciente agendado. Ainda concernente à emergência, percebeu-se que não há triagem dos pacientes.

Surpreendentemente, os usuários entrevistados identificaram como o responsável pelo caos na saúde pública do Distrito Federal o próprio Governo local, além de suscitarem a falta de investimento na respectiva área. Dessa forma,

para 52,8% da população do Distrito Federal a saúde pública no DF é ruim ou péssima [...] Um em cada três entrevistados, ou 33,1%, levaram mais de um dia para conseguir atendimento. Em média, os pacientes esperam na recepção 43 minutos para receberem o primeiro atendimento no balcão, ou seja, para o preenchimento da ficha, e que 86% não recebe nenhuma informação sobre como seria o atendimento. [...] Entre os pacientes que foram atendidos em urgência ou emergência, o que corresponde a 50% do total de entrevistados, a maioria (80%) não passou por nenhuma triagem para avaliar a gravidade do problema e, em média, havia 16 pessoas na frente dos entrevistados aguardando atendimento em um tempo médio de 3 horas de espera (Sindmédico, 2009).

Destaca-se que essa escassez não afeta diretamente apenas a concretização e a qualidade do atendimento médico, mas também produz profissionais pouco estimulados, que percebem uma ação sem estrutura<sup>10</sup>. Uma questão que precisa ser abordada é o desrespeito para com as legislações brasileiras de saúde. Muitas vezes a diretoria de hospitais e de centros de saúde não segue os princípios norteadores e a garantia do direito da saúde do cidadão. Há casos que o funcionamento da unidade de saúde encontra-se acima do disposto por lei, não compreendendo as demandas da população por meio de uma especialização exagerada de especialidades.

Vale ressaltar que o sistema de saúde no Distrito Federal encontra-se em um processo de extrema especialização, no qual os hospitais oferecem somente um determinado número de especialidades, bem como exigem, muitas vezes, o encaminhamento de outras unidades de saúde, impossibilitando o atendimento emergencial – como é o caso da psiquiatria no Hospital de Base<sup>11</sup>. Ou seja, não é estranho quando os meios de comunicação veiculam notícias que retratam casos de pessoas que buscaram as unidades de saúde, mas que por negligência ou pela extrema especialização dos hospitais, vieram a óbito. Infelizmente, a população do Distrito Federal ainda depara-se com uma falta de estrutura que possibilita um atendimento

---

<sup>10</sup>Talvez o maior problema quando se fala em profissionais pouco estimulados remete-se ao discurso do governo em desconsiderar a estrutura precária de trabalho na área da saúde pública e posicionar os profissionais como vilões, responsabilizando os mesmos pelo descaso com a saúde.

<sup>11</sup>Fato que torna-se agravante ao ter conhecimento de que, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 30x% da população mundial apresenta algum tipo de transtorno mental.

médico com falta de leitos, bem como de equipamentos – evidenciando uma relação de descaso e sucateamento.

Acerca das atuais condições da saúde no Distrito Federal, é preciso acrescentar que os problemas não são exclusivos da esfera pública, sendo possível localizar nos hospitais privados situações nas quais há o impedimento do acesso a assistência médica diante da “falência” econômica de algumas especialidades (como a pediatria) para o sistema privado de saúde. Quanto a essa questão identifica-se o fato da saúde ser, a priori, relacionada à rentabilidade econômica, adotando características de política *stricto sensu* (a qual prioriza a rentabilidade em detrimento das necessidades sociais).

Concernente aos profissionais desestimulados está sendo comum os indicativos de greve entre os profissionais da saúde – dentre eles os pediatras e os agentes comunitários – gerando a busca por serviços paralisados mesmo nas emergências.

## **CAPÍTULO 2**

### **População de Rua e Saúde: Realidade e Relação Precária**

#### **2.1 Apreendendo a discussão teórica acerca da denominação do segmento populacional em estudo**

Inicialmente é preciso esclarecer que população de rua não é um fenômeno recente nem no Brasil nem no mundo. É possível identificar o surgimento deste segmento nas sociedades pré-industriais na Europa a partir de categorias sociais como os mendigos e vagabundos que vagavam pelas ruas européias convivendo com a discriminação e estigmatização por parte da sociedade e do Estado, constituindo-se público das caridades e ações da Igreja Católica. No Brasil, com a industrialização, evidencia-se a configuração generalizada da pobreza (pauperismo), pela qual a população de rua sempre esteve relacionada com a pobreza, sendo esta característica responsável (em parte) tanto pela estigmatização quanto pela culpabilização do segmento por sua condição. Ou seja, verifica-se que, atualmente, há o retorno dos discursos que afirmam que o pobre, em geral, encontra-se na pobreza por ser incapaz de adentrar no mercado de trabalho, pois alega-se que a sociedade capitalista proporciona iguais oportunidades a todos, por esforço próprio ou por mérito, sem discriminações e disparidades. Assim, entre os discursos referentes às causas da pobreza, há correntes que defendem a culpabilização do indivíduo por sua condição. Essa seria a noção patológica da pobreza – influenciada por Malthus – na qual o indivíduo experimentaria a pobreza a partir de sua reprodução irresponsável. Tal discurso pode ter sofrido modificações devido a necessidade de se atualizar o pensamento, entretanto, é bastante comum reproduzir a idéia de que a pessoa está na rua porque quer, desconsiderando que esse mesmo sujeito encontra-se naquela situação por uma série de questões econômicas e sociais, ainda possuindo sonhos (entre os quais o de sair da rua e ter uma vida diferente).

Em relação à existência da população de rua, segundo Nogueira et al (1998: 49),

a perda do emprego e as dificuldades da inserção no mercado de trabalho são importantes elementos a justificar a origem desse segmento populacional, seja do ponto de vista da reprodução social, seja pela ética que desprivilegia os que não têm atividade produtiva.

É preciso destacar que qualquer denominação utilizada para fazer referência ao segmento estudado apresentará preconceitos e estigmas que caracterizarão o mesmo com um caráter negativo perante a sociedade, pois a palavra “rua” já denota sentido pejorativo e estigmatizante ao segmento em estudo. No entanto, neste trabalho, optou-se pela categoria “população de rua” por acreditar que se trata de uma representação que traz consigo uma visão mais realista do fenômeno, pois é da rua que esse segmento sobrevive<sup>12</sup>. Entretanto, cabe mencionar a existência de outras definições para o mesmo segmento populacional, sendo necessária a explanação dos argumentos que abarcam a escolha dos respectivos autores. Vale ressaltar que o segmento estudado refere-se àquelas pessoas que sobrevivem da rua, não importando se moram (ou dormem) em logradouros públicos, ao relento ou em barracos improvisados.

A autora Camila Giorgetti (2006), ao realizar um estudo comparativo entre a produção brasileira e a parisiense, faz uso da categoria “morador de rua”, que é comumente usada para se referir ao segmento populacional na cidade de Paris. Giorgetti afirma que o termo “morador de rua” seria o mais adequado por representar uma situação de periodicidade contínua na rua, enquanto que critica o termo “população em situação de rua”, pois este configuraria a condição de estar na rua como uma situação reversível, mas não há estudos que comprovem que a situação da rua seja, geralmente, reversível.

Acerca da categoria “morador de rua”, é possível identificar como crítica a concepção do segmento como aquele grupo de indivíduos que mora (ou dorme) em logradouros públicos, desconsiderando as pessoas que não dormem ao relento nas ruas ou que moram em barracos de lona e papelão (tanto em cerrados<sup>13</sup> quanto nas ruas), mas que obtém a sua sobrevivência das ruas. Ou ainda, não considera aqueles que possuem moradia convencional, mas que por se localizarem nas periferias, essas pessoas não apresentam condições financeiras de regressar para casa todos os dias, já que precisam estar nos centros das cidades para trabalhar.

Maria Lúcia Lopes da Silva prefere fazer uso da expressão “população em situação de rua”, pois considera ser

---

<sup>12</sup>Sendo que é nas ruas que essas pessoas estabelecem a sua vida e as suas respectivas relações.

<sup>13</sup>A inclusão de cerrados se dá pelo fato de que em Brasília há a presença de um número considerável de famílias que residem em invasões nos cerrados, regiões de mata.

a mais apropriada para designar uma situação e condição social que não resulta apenas de fatores subjetivos vinculados à sociedade e condição humana, como é comumente considerada, mas é uma situação e condição social produzida pela sociedade capitalista, no processo de acumulação do capital (SILVA, 2006: 22).

Ou ainda,

o conceito de população em situação de rua refere-se às pessoas que estão utilizando em um dado momento, como local de moradia ou pernoite, espaços de tipos variados, situados sob pontes, marquises, viadutos, à frente de prédios privados e públicos, em espaços públicos não utilizados à noite, em parques, praças, calçadas, praias, embarcações, estações de trem e rodoviárias, a margem de rodovias, em esconderijos abrigados, dentro de galerias subterrâneas, metrô e outras construções com áreas internas ocupáveis, depósitos e prédios fora de uso e outros locais relativamente protegidos do frio e da exposição à violência. São também considerados componentes da população em situação de rua aqueles que dormem em albergues e abrigos de forma preferencial ou ocasional, alterando o local de repouso noturno entre estas instituições e os locais de rua (BRASIL, 2008: 08).

Para este trabalho acadêmico, e concordando com Giorgetti, a categoria “população em situação de rua” carrega consigo um caráter temporário, reversível, transmitindo a generalização de que as pessoas que estão na rua são as únicas responsáveis por sua condição, não fazendo referência ao Estado e isentando a sua respectiva responsabilidade para com as vulnerabilidades e violações presentes no cotidiano da população de rua.

Retomando à categoria “ população de rua”, a mesma oferece ao segmento um caráter definitivo, explicitando que, em muitos casos, a rua torna-se o cenário da vida desse indivíduos<sup>14</sup>.

Entretanto, não basta discutir as denominações existentes e optar por trabalhar com uma, mas também faz-se necessário conhecer as pessoas que compõem esse segmento populacional.

No contexto brasileiro, Rosa traça o perfil da população de rua de várias cidades brasileiras, dentre elas Brasília. O perfil da população de rua brasiliense é caracterizado por se encontrar na faixa de idade economicamente ativa, ser migrante, a maioria do nordeste, com problemas

---

<sup>14</sup>Verifica-se que as fontes citadas neste trabalho fazem referência à população em situação de rua, evidenciando apenas uma divergência conceitual, mas que trata-se do mesmo conjunto de pessoas.

graves de saúde, em particular o alcoolismo (99%), baixa escolaridade (apesar de alguns terem curso universitário, a grande maioria está desempregada e sem capacitação profissional para a área urbana), e alguns com ocupações próximas à experiência rural, como jardinagem ou trabalhos domésticos (TIRADENTES, 2007: 14).

Cabe ainda discutir os movimentos migratórios que essa população percorre. Segundo Pereira (2008), identifica-se a população de rua em três categorias: 1. pessoas que migram para outras cidades em períodos festivos e, que por não possuírem condições materiais, ficam nas ruas; 2. pessoas que possuem a rua como único local de moradia; 3. pessoas que possuem moradia convencional, mas que permanecem nas ruas durante a maior parte de suas vidas por não apresentarem meio financeiro de trabalhar no centro e voltar para casa (geralmente no entorno das cidades) todos os dias. Vale ressaltar que no presente trabalho serão consideradas como população de rua as pessoas que se enquadram nas proposições 2 e 3. O depoimento abaixo, de uma pessoa da rua, exemplifica perfeitamente uma das proposições trabalhadas neste estudo, a saber:

a gente morava em Brasilinha. Trabalhei na TERRACAP sete anos em serviço de demolição [de prédios públicos desativados]. Depois que passaram a exigir concurso, eu fiz a prova... num passei... aí eu fui mandado embora. Fiquei desempregado porque eu num tinha outra profissão. Chegá em casa, vê a mulher e os filhos chorando em frente as panela vazia... o jeito foi vim pra Brasília e acampá nas ruas com a família... recolhe entulho na carroça e vendê o que achar... latinhas... papelão e outras coisas... pra dá de comer e podê sobrevivê (SILVA, 2007: 04).

A respeito das causas que levam as pessoas a serem da rua,

são comumente enumeradas várias espécies de fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, tais como causas estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, etc.), fatores biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc.), além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto, etc.). [...] está claro que se trata de um fenômeno multifacetado que não pode ser explicado desde uma perspectiva unívoca e monocausal. São múltiplas as causas de se ir para a rua, assim como são múltiplas as realidades da população em situação de rua (BRASIL, 2008:05).

Geralmente, quando a população de rua é o tema de discursos, percebe-se nitidamente que há a culpabilização do sujeito por sua condição de limitação, como também evidencia-se que o senso comum entende a situação da rua como sendo uma decisão voluntária do indivíduo, considerando a mendicância uma forma de

sobrevivência que não atinge o orgulho dessas pessoas<sup>15</sup>. Entretanto, é possível identificar que,

muitos demonstram vergonha sobre a sua situação de morador de rua e omitem informações à família, preferindo que ela desconheça a situação em que se encontram, saem de casa dizendo que vão trabalhar, mas na realidade mendigam. Procuram reunir-se em grupos à noite, na tentativa de reproduzir uma situação familiar, companheirismo e proteção mútua. (TIRADENTES, 2007:14-15).

Entretanto, cabe mencionar que ao se abordar a população de rua, a sua denominação talvez não seja uma das preocupações mais essenciais, mas sim ter conhecimento de que trata-se de pessoas que formam um conjunto populacional heterogêneo e que, em sua maioria, a rua não se constitui em uma opção voluntária de vida. Nesses casos, a rua caracteriza-se como consequência de diversos fatores que abarcam as relações tanto no âmbito econômico quanto no familiar e social.

## **2.2 O processo de adoecimento pela população de rua e a sua respectiva relação com a saúde pública**

Concernente à relação direta entre a população de rua e o atendimento à saúde, esta revela ser comuns os casos nos quais a pessoa que sobrevive das ruas depara-se com diversos entraves (implícitos) que dificultam ou anulam a possibilidade de assistência médica. Isto é, o acesso a assistência à saúde não se consolida como garantia de um atendimento de qualidade, nem em um processo obrigatório de recuperação. Considerando que são impostas condicionalidades para a concessão de um direito positivado pela Constituição Federal de 1988.

Destaca-se que, ao se abordar a relação entre população de rua e o respectivo atendimento à saúde, averigua-se a necessidade de se fazer uma reflexão entre a estruturação desse serviço, a dinâmica do atendimento, o tratamento dispensado pelos profissionais da área, bem como a reprodução de preconceitos.

---

<sup>15</sup>O senso comum perpetua a idéia de que as pessoas da rua já não mais possuem orgulho próprio e nem vergonha e/ou frustração de sua situação, como se fosse algo natural ter a rua como espaço de moradia e sobrevivência. Assim, há a banalização da condição de vida da população de rua.



Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (MDS, 2008),

29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde. Entre os problemas de saúde mais citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Dentre os entrevistados, 18,7% fazem uso de algum medicamento. Postos/centros de saúde são as principais vias de acesso a esses medicamentos. Daqueles que os utilizam, 48,6% afirmaram consegui-los por esse meio. Quando doentes, 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuram o posto de saúde.

Mas, ao se tratar das doenças mais recorrentes entre a população de rua, faz-se necessária a consideração de que as suas condições de vida são um determinante no processo de adoecimento. Entretanto, são raras as vezes em que enumeram as doenças de pele e dentárias na lista de doenças, talvez pelo fato de ignorarem que dormir no chão,



Rodoviária de Taguatinga

dividindo papelão, muitas vezes não tendo o asseio pessoal diário, não acesso ao dentista e informações de higiene bucal, e outros fatores, são agentes contaminadores de doenças. “Assim, o físico das pessoas submetidas a essa vida se modifica em função de condições limitantes de alimentação e higiene e pelo uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas” (NOGUEIRA et al, 1998: 50).

Sabe-se que o ato de perceber-se doente é influenciado pela cultura, pelo trabalho e pela renda. O fenômeno de sentir-se doente ou da percepção do próprio corpo por parte dos vários segmentos sociais revela-se desigual, ao referir-se à leitura dos sinais de doença. Para os que dependem de seu trabalho para viver, ou até mesmo para sobreviver, os sinais de doença podem ser abafados (BERLINGUER, 1988 apud NOGUEIRA et al, 1998: 51).

O fragmento a seguir, referente ao relato de Pereira (2008), demonstra e desenha perfeitamente a forma de vida das pessoas da rua.

No barraco de José moram outras seis pessoas (dois casais, um adolescente e um bebê recém-nascido). Construído com canos de PVC, bambu, arame e

lona, o barraco é pequeno e todos se apertam para caberem nele. [...] José explicou que o chão estava repleto de pulgas e bichos-do-pé, que eles já estavam acostumados com isso e, portanto, deveria me sentar na cadeira. Para provar que não se importavam mais com os bichos, todos me mostraram os pés, deformados pelas feridas. Até mesmo o bebê, com apenas 24 dias de vida, estava repleto de pulgas e carrapatos e, enquanto conversávamos, a mãe tentava tirar os bichos (PEREIRA, 2008:73).

Outrossim, o processo de adoecimento pela população de rua só é percebido pela mesma quando afeta diretamente a capacidade de trabalho.

Verifica-se que a percepção de estar doente é expressada em situações emergenciais e a concepção da doença é relacionada ao *ficar fraco e não poder trabalhar*. [...] *Não me dá vontade de andar, quero ficar parado e fico com uma tremedeira, aí eu sinto que tô doente* (NOGUEIRA et al, 1998: 51;56).

A respeito da relação população de rua *versus* saúde, pode-se verificar que,

Gerhardt apresenta a idéia de que comportamentos e opiniões de indivíduos dependem em grande parte das estruturas nas quais eles estão inseridos e do sistema de valores e normas veiculados pelo meio social ao qual fazem referência, e que governam as relações entre ambiente-saúde-sociedade. Isto nos leva a crer que a população de rua sente que tem uma saúde regular porque a estrutura a qual estão habituados é marcada por dificuldades inúmeras no entanto, é uma forma de sobrevivência que já se tornou habitual. (TIRADENTES, 2007: 44).

Entendendo como ocorre o processo de adoecimento percebido pela população de rua, cabe demonstrar como alguns entraves atuam de forma perversa no acesso ao direito à saúde pela população de rua. Entre os entraves (ou obstáculos) encontra-se tanto o preconceito (e estigma) quanto a burocracia – a necessidade de portar documentação. Para exemplificar, o fragmento abaixo se refere ao depoimento de uma pessoa da rua.

Só estou há 8 meses na rua porque não consegui tirar a minha identidade. Tudo aqui no Brasil é difícil, e sem dinheiro é mais difícil ainda. Consegui tirar a minha carteira de trabalho, depois fui tirar o meu CPF e não consegui, e desta vez não foi falta de dinheiro, o problema é que não tinha endereço nem conta de luz.(...) Não pude votar porque não tinha título de eleitor, tinha que pagar uma multa, mas com que dinheiro? Aí eu tive que pegar e apresentar um atestado de pobreza para não precisar pagar a multa. (R. A. C., população de rua, depoimento recolhido pela equipe Médicos Sem Fronteiras).

Averigua-se que há discordâncias entre o discurso dos profissionais de saúde e o relato da própria população de rua que enfrenta entraves para obter atendimento médico,

bem como da veiculação de notícias acerca da qualidade questionável do atendimento à saúde da população de rua, nos meios de comunicação.

No atendimento médico da população de rua é preciso destacar um valor corriqueiramente presente na referida relação: o preconceito, ou pior, a noção de solidariedade em detrimento do reconhecimento da pessoa da rua como cidadão. Tal situação se perpetua pois, analisando a interação entre a população de rua e a garantia de sua cidadania, verifica-se que o segmento estudado tem a esfera da cidadania muitas vezes negada, assim, freqüentemente, o próprio segmento não se percebe como um conjunto de sujeitos dotados de direitos, não tendo conhecimento do significado das pressões sociais e, muito menos, de suas possibilidades como cidadãos. Essa não percepção da cidadania dificulta a possibilidade do segmento de se organizar e lutar pela efetivação de seus direitos já positivados – como a saúde universal, integral e de qualidade. Essa negação da cidadania pode ser verificada no fragmento abaixo:

Se tivesse um lugar reservado para o morador de rua, o que chegar já encaminha para essa sala, sala especialmente dele... **Cada um em seus devidos lugares.** [...] Qualquer clínica que receba uma pessoa nessa situação [população de rua], eles ligam ao Serviço Social, **porque ninguém quer tratar ou chegar perto** (NOGUEIRA et al, 1998: 57).

É exatamente nesse posicionamento que o Serviço Social é disposto nas unidades de saúde. Isto é, o assistente social é acionado pelos profissionais de saúde em três momentos: 1. Quando não há documentação; 2. Quando o paciente recebe alta hospitalar e não tem lugar para ir; 3. Quando o profissional de saúde não quer lidar diretamente com a pessoa da rua, talvez pela sua condição de higiene ou por ser exemplo vivo de um problema social.

Retornando ao preconceito inserido no atendimento médico à população de rua, Nogueira (et al) identifica que “muitas vezes, as pessoas [da rua] que vêm aqui [ONG] tem reclamado dos atendimentos das unidades de saúde. Pelo fato, pelo jeito, pelo cheiro deles” (NOGUEIRA et al, 1998: 57). Segue-se o relato da enfermeira Jacira Medeiros,

Foram várias situações, mas uma que marcou mais foi um usuário que já atendíamos, que é HIV, tuberculoso, e que estava sem condições de levantar, de se alimentar. Chamamos o órgão que é responsável pela remoção dessas pessoas, e eles se recusaram a remover o paciente por se tratar de população de rua. Conseguimos levá-lo para o hospital num carro da PM, entramos com

ele, e no dia seguinte fomos fazer uma visita, conversar com os profissionais de saúde e observamos que ele estava nas mesmas condições do dia anterior, e com um pequeno relato onde dizia que o exame físico estava OK, e que se tratava de um caso social escrito em letras maiúsculas. Ficamos indignados, fomos à ouvidoria do hospital, falamos com a chefe de plantão, apareceram vários acadêmicos e fizeram os exames. Então, imagina quantas pessoas chegam na situação dele, mas que não têm alguém para falar por eles e são liberados sem tratamento. Infelizmente esse é o sistema. Como uma pessoa pode estar dentro de uma unidade de saúde e ser tratada com tanto descaso? (Jacinta Medeiros, enfermeira da Organização Médicos Sem Fronteiras).

Quando o atendimento médico acarreta o falecimento da pessoa da rua, percebe-se, freqüentemente, que os responsáveis pela instituição de saúde justificam a morte com um discurso que culpabiliza o indivíduo como autor de seu próprio falecimento, ou seja, relacionam o comportamento da pessoa da rua como um fator que gerou a referida morte. Em outras palavras, não responsabilizam a violência física, moral, simbólica, bem como as dificuldades financeiras sofridas pela população de rua para explicar o motivo do fracasso do tratamento médico, mas sim a própria pessoa de rua, sendo que, em momento algum, há a reflexão acerca da qualidade do referido tratamento.

Ou seja, mesmo quando trata-se de erro médico ou negligência, o discurso predominante volta-se contra a pessoa da rua, havendo uma injusta culpabilização do modo de vida dessa pessoa em detrimento do questionamento da atuação do profissional e da instituição de saúde.

Quanto ao recorrente uso de álcool e outras drogas por parte da população de rua, verifica-se que “na literatura, os problemas de saúde mais citados pela população de rua estão em geral ligados ao alcoolismo e ao uso de drogas” (TIRADENTES, 2007: 46). No entanto, menciona-se que

o abuso de substâncias químicas é um fator importante na população estudada, mas não é identificado por elas como um problema de saúde, representa no relato das mulheres “uma maneira de esquecer, de apagar um pouco os problemas, fugir da vida que levam”. (TIRADENTES, 2007: 46).

Acerca do uso de álcool e outras drogas, é preciso entender que o vício é incorporado no estilo de vida da pessoa da rua como forma de aquecimento e esquecimento do sofrimento diário.

O fator econômico também atua negativamente no tratamento da saúde da população de rua em diversos sentidos, a saber: não possibilita ao paciente da rua seguir todas as prescrições médicas referentes à alimentação, bem como a tratamento medicamentoso; e, no direito de ir e vir. Transformando o acesso à saúde atrelado à esfera econômica. Assim, a pessoa da rua



Parte de trás do Colégio Paulo Freire (Asa Norte)

nem sempre apresenta condições de se ausentar de seu local de moradia para acessar as unidades de saúde pública, evidenciando o deslocamento da cidadania para a capacidade de se adentrar no mercado de trabalho assalariado. Cabe destacar ainda que diante dessa realidade perversa e precária, a pessoa da rua também é desconsiderada e estigmatizada pelas unidades emergenciais – como os bombeiros e SAMU.

A problemática se agrava quando são avaliados os serviços oferecidos pelos hospitais públicos, nos quais se confirma que os casos de negligência e/ou desrespeito para com o paciente não são exceção, sendo comuns os relatos de pacientes que alegam que o médico sequer os olhou ou tocou, e tampouco se interessou pela história de vida e sintomas – acarretando a transformação de um direito social em prestação de favor, como se pode verificar no relato de uma assistente social de hospital público no DF: “A filha de uma pessoa que teve alta [hospitalar] falou para o médico da psiquiatria que a mãe estava com depressão e o médico a olhou e disse: e o que eu tenho com isso?”. Verifica-se com isso um problema referente à questão da prioridade na saúde. Ou seja, não há esclarecimento em relação ao que realmente importa: qualidade *versus* quantidade; direito social *versus* prestação de serviço terceirizado.

Infere-se que, em se tratando de saúde pública, o usuário (em geral) está suscetível às situações acima citadas, contudo, a população de rua torna-se ainda mais suscetível perante a sua posição desfavorável de vulnerabilidades e descaracterização de sua cidadania. Logo, identifica-se a desconsideração do discurso desse usuário, bem como de suas demandas específicas.

É possível pontuar que a relação de exclusão é acentuada quando há a presença de algum tipo de transtorno mental, exigindo assistência especializada. Em outras palavras, a pessoa da rua que demandar serviços de saúde mental – tal como o Hospital São Vicente de Paula (HSVP) ou os serviços substitutivos de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – insere-se em interações triplamente discriminatórias, a saber: por ser população de rua, pobre e doente mental. Dessa forma, dependendo do estágio de desenvolvimento do distúrbio, a pessoa da rua é vista como violenta e louca sem ter a consideração (ou a preocupação) com a saúde mental da mesma. Reproduzo abaixo o depoimento da Sra. Lourdilena Santos, psicóloga:

Eu atendia basicamente pessoas portadoras de transtorno mental e pessoas com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas. Além de um histórico de muitos conflitos emocionais, de muitos conflitos familiares, as pessoas que estão há muitos anos nas ruas trazem um grande vazio existencial, uma dificuldade muito grande de se comprometer e criar vínculos de forma mais duradoura. (Lourdilena Santos, psicóloga da Organização Médicos Sem Fronteiras, atuante do Projeto Meio-Fio).

### **2.3 Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNPR)**

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNPR) foi produto de uma pesquisa censo sobre população em situação de rua realizada no ano de 2007, contabilizando 71 municípios brasileiros, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), adotando como premissa a afirmação de que há uma maior concentração de população de rua nas cidades e municípios mais populosos. Entretanto, cabe frisar que a referida Política ainda encontra-se em um processo de discussão entre o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e as entidades relacionadas à essa temática. A Política, em seu corpo teórico, visa o estabelecimento de diretrizes que possibilitem a reintegração da população de rua à convivência familiar e social, devolvendo-a a condição de cidadania inerente a sua existência. Para tanto, considera e valoriza a importância e participação dos movimentos sociais formados pela população de rua para a efetivação de tal proposta. Assim,

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua ganhará concretude no esforço dos diferentes setores do Poder Público em

articulação com a sociedade civil no sentido de imprimir ações efetivas de prevenção e resgate social (BRASIL, 2008:06).

Averigua-se a tentativa de articulação e conjugação de ações nos âmbitos municipal, estadual e federal; como também a interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Dessa forma, a referida Política estipula diretrizes e ações estratégicas nas seguintes áreas: Direitos Humanos; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento Urbano/Habitação; Assistência Social; Educação; Segurança Alimentar e Nutricional; Saúde, e Cultura. Restringindo-se às diretrizes concernentes à Saúde, encontra-se a preocupação com a garantia da atenção integral à saúde da população de rua, como também com a adequação (necessária) dos serviços de saúde; ações de promoção à saúde, dando ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio; ações direcionadas à saúde mental da população de rua, elucidando o acesso desse segmento populacional às modalidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); ações de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde – incluindo os serviços emergenciais; divulgação do canal da escuta do usuário; Casas de Apoio para os casos de alta hospitalar; incentivo à produção de conhecimento sobre população de rua; participação nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e na seleção de agentes comunitários de saúde.

A partir da construção e conquista dessa Política percebe-se uma preocupação – por parte do Estado e dos movimentos de pressão da sociedade – quanto aos direitos violados da população de rua. Isto é, a fim de exemplificar, verifica-se a indicação de se adequar os serviços de saúde perante as peculiaridades da realidade desse segmento populacional; implementar casas de apoio para as pessoas da rua que recebem alta hospitalar, mas que não possuem condições de vida para realizar o processo de recuperação – já que os abrigos e albergues não se constituem em locais que possibilitem essa fase do tratamento médico e o estímulo à produção de conhecimento acerca da população de rua para que seja identificada a heterogeneidade dessa população para, assim, promover uma saúde mais humanizada e universal<sup>16</sup>.

Entretanto, vale destacar que a referida Política já passara pelas fases de formulação e de consulta pública, mas ainda não está em voga. Assim, é necessário

---

<sup>16</sup> Esse estímulo para o conhecimento da realidade da população de rua revela-se de extrema importância diante da escassez de produção literária sobre esse segmento populacional.

reconhecer o esforço de ramos da sociedade civil e do Terceiro Setor, que se constituem como projetos alternativos para a melhoria da qualidade de vida da população de rua do Brasil. Dessa forma, haverá a explanação acerca do Projeto Meio-Fio da Organização Médicos Sem Fronteiras (OMSF).

#### **2.4 Portaria Nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009**

Como resultado do Decreto S/N de 25 de outubro de 2006, o Governo Federal aprovou a Portaria nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009, a qual institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Com a referida portaria é preciso fazer algumas ressalvas de reconhecimento quanto as conquistas do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), bem como de entidades que atuam com esse segmento populacional.

Identifica-se, inicialmente, que há o reconhecimento da necessidade da articulação entre as instâncias do SUS tendo em vista a efetivação da equidade da atenção à saúde da população de rua; destaca-se também o apontamento para o caráter transversal das problemáticas que apresentam-se no cotidiano das pessoas da rua e que exigem o envolvimento de diversos atores sociais para a concretização de seus direitos como cidadãos, bem como a evidência de estudo escasso sobre tal realidade, exigindo-se o incentivo à produção de conhecimento quanto a realidade social e econômica da população de rua brasileira. Para tanto, essa portaria institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua que contará com a participação de representantes do MNPR, bem como da Organização Médicos Sem Fronteiras e da Pastoral Nacional da População de Rua (entidade presente e atuante no estado da BA e BH).

Por fim, cabe mencionar que dentre as atribuições do Comitê em questão, encontra-se a proposição de ações que visem efetivar o direito de acesso à saúde pública de qualidade integral e equânime que atenda as demandas da população de rua do Brasil.



## **2.5 Projeto Meio-Fio: Alternativa de Atendimento Médico a População de Rua do Rio de Janeiro**

O Projeto Meio-Fio foi uma iniciativa da Organização Médicos Sem Fronteiras do Rio de Janeiro que prestou, principalmente, assistência médica à população de rua do centro da referida cidade - entre os anos de 2000 e 2004 - buscando contribuir com a reinserção social desse grupo a partir da tentativa de concretização daqueles direitos violados. O Projeto era composto por equipes formadas por médicos, enfermeiros e psicólogos que estabeleciam o primeiro contato com a população de rua durante a abordagem de rua, havendo uma avaliação da situação social desse segmento.

Para esse tipo de abordagem a equipe oferecia uma assistência primária, bem como registro pessoal para acompanhamento do usuário. Quando verificada a existência de doenças mais complexas que exigiam outro tipo de atendimento havia o encaminhamento para unidades da rede pública de saúde, mas sempre tentando ter um monitoramento completo do atendimento, tratamento e recuperação.

Entre as ações promovidas pelo Projeto, também incluí-se o acompanhamento e atendimento para documentação; abrigo; educação e alimentação; oficinas de artesanato (como preocupação com a necessidade de oferecer uma fonte de renda); assim como um suporte emocional, trabalhando-se com a auto-estima da população de rua por meio de atendimentos psicossociais. Vale ressaltar que além da garantia da cidadania, o Projeto também trabalhou com a idéia da emancipação do sujeito, descrito melhor no relato reproduzido a seguir:

Ao longo destes quatro anos sempre trabalhamos a questão dos vínculos, incentivando as pessoas a recorrerem ao sistema público para serem apoiadas e a não ficarem dependentes da assistência de uma ONG. Para isto distribuímos mais de 2000 guias de serviços, que é um livrinho elaborado por nós, no qual constam todos os serviços e localidades onde a população pode recorrer para tratar de suas necessidades (Susana de Deus, coordenadora geral de MSF no Brasil).

Por fim, tendo como principal meta a reinserção da população de rua à esfera da cidadania, o Projeto Meio-Fio construiu a Rede Solidarietà, a qual se estabeleceu como um fórum da sociedade civil para se discutir e elaborar propostas para as demandas da população de rua que, devido à sua complexidade e heterogeneidade, não possuem resposta em iniciativas pontuais; sendo necessária e requisitada a intervenção e

responsabilização do Estado. Essa rede trabalhava com a articulação e organização de instituições (ONGs, poder público, unidades de saúde, entidades religiosas e órgãos da segurança pública) para garantir a efetivação de políticas públicas junto à população de rua.

O Projeto Meio-Fio também atuava diretamente com a população de rua após as operações envolvendo a Segurança Pública e a Secretaria de Governo do Rio de Janeiro – Operação Cata Tralha – a qual divulgava ter como objetivo retirar o entulho das ruas, mas que, na realidade, era um instrumento de violência contra as pessoas da rua. Assim, o Projeto identificava que havia violência tanto física quanto material, pela qual eram recolhidos objetos pessoais (desde documentação até medicamento); percebendo tal operação como uma forma de violação aos direitos do ser humano, o Projeto realizava denúncias a fim de obter atenção do mundo para esse segmento populacional. “Um medicamento que vá junto a uma bolsa vai interromper o tratamento, criar resistência e temos aqui um problema sério de saúde pública” (Susana de Deus, Médicos Sem Fronteiras, 2004).

Entretanto, esta proposta de trabalho não está mais em funcionamento, tendo sido encerrada no ano de 2004. Infere-se, logo, que, diante do fato da PNPR ainda não estar em voga e a crescente finalização de ações alternativas pela sociedade civil e Organizações não-governamentais (ONG), a população de rua, muitas vezes, encontra-se desamparada não apenas por parte do Estado, mas também da sociedade e terceiro setor. Para tanto, será trabalhado, no próximo capítulo, as condições de vida dessa população e a sua relação direta com a saúde pública.

## Capítulo 3

### População de Rua do Distrito DF e a Saúde Pública

#### 3.1 A relação entre os serviços públicos de saúde e o atendimento à população de rua do Distrito Federal

Segundo informações da SEDEST, estima-se que na capital brasileira há cerca de 4 (quatro) mil pessoas que vivem e sobrevivem das ruas da cidade, sendo que ainda são escassos os estudos que considerem a investigação da realidade desse segmento populacional como algo necessário e relevante mesmo diante deste considerável contingente populacional. Logo, por não haver, ainda, uma preocupação real e generalizada com as condições de vida da população de rua do Distrito Federal, são comuns ações governamentais que tratam essas pessoas como marginais ou perturbadoras da ordem social. Assim, nos dias atuais observa-se o retorno dos ideais de higienização dos centros urbanos, que expulsa a população de rua dos locais onde vive e trabalha porque, sendo visíveis, “enfeiam” a imagem da cidade e incomodam os transeuntes, principalmente pelo fato de que a sociedade relaciona a população de rua com a violência e vagabundagem. A Rodoviária do Plano Piloto de Brasília é palco exclusivo de tais idéias, no qual há, freqüentemente, o desaparecimento dos meninos de rua que ali ficam perambulando, não havendo notícia sobre o seu paradeiro<sup>17</sup>. Verifica-se ainda, por parte dos comerciantes, a intolerância em lidar com a população de rua em seus comércioos.

**Acontece muito da população nos chamar quando vê o morador de rua deitado. Mas o que acontece? O bombeiro chega e o cara está só dormindo. Acontece muito em loja: ele está dormindo e o pessoal da loja não consegue tirar. A população não entende esse lado. Já aconteceu comigo e o morador até fala “pô bombeiro, deixa eu dormir”. Às vezes o comerciante fala que o morador de rua está com problema cardíaco e a gente deixa de atender outros casos e quando chega lá, o morador de rua só está dormindo (Depoimento de Bombeiro).**

A população de rua do Distrito Federal depara-se com inúmeros entraves para o acesso a assistência médica pública, derivados da ordem econômica bem como da social e cultural. Além disso, essa população é permeada por determinantes de saúde que são desconsiderados durante o diagnóstico médico, no qual os profissionais de saúde atuam

---

<sup>17</sup>No entanto, há relatos de que essas crianças e adolescentes sofrem violência física, psicológica e sexual por parte de autoridades, sendo corrente que tais meninos apanhem e sejam jogados da Ponte do Bragueto.

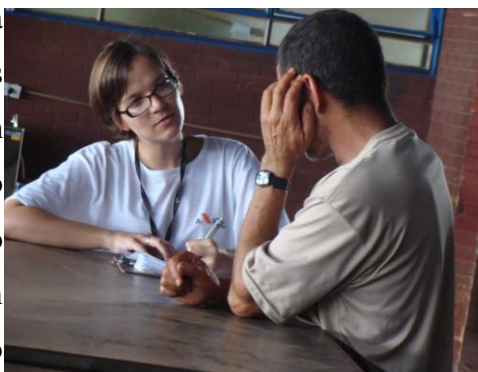
em desfavor do conceito de saúde ampliada. Como exposto nos relatos reproduzidos a seguir.

**A gente costuma olhar o mesmo até pela própria aparência física do paciente, a pele, as unhas.** O paciente está bem maltratado pela vida, bem descuidado mesmo. **Às vezes ele fica não sei quantos dias na rua, fica bem sujo. Então é uma coisa que você repara bem.** Você percebe que quando o indivíduo está com uma indumentária mais apresentável, ele é tratado completamente diferente do **indivíduo que chega sujo, que chega maltratado, que chega descalço** (Auxiliar de enfermagem do Hospital de Base do Distrito Federal).

Não existe um respeito com o morador de rua, sempre há discriminação, maus tratos. Pensa que por ele ser um morador de rua, tem gente que trata ele como um lixo (Estagiária de Enfermagem do Hospital de Base do Distrito Federal).

Dessa forma, por abordar a saúde pública e o atendimento à população de rua do Distrito Federal como tema de estudo, faz-se necessário ter conhecimento de que o referido segmento sempre esteve impregnado de construções sociais que se perpetuam pelos tempos, em um movimento de metamorfose. Ou seja, retomando a idéia discutida no capítulo primeiro deste trabalho, durante o trato destinado à pessoa da rua é possível identificar nos discursos a presença da culpabilização do pobre por sua pobreza, bem como a desconsideração dessas pessoas como cidadãos.

Assim, neste capítulo, serão expostos os resultados obtidos durante a realização do trabalho de campo que, conforme indicado na metodologia da pesquisa, ocorrera em três fases: 1. Pré-campo efetivado no mês de abril de 2009 com entrevistas à população de rua do Cerradão do CCBB e na Colina (Universidade de Brasília); 2. Entrevistas realizadas em setembro do corrente ano com profissionais de saúde do Hospital de Base do Distrito Federal; 3. Participação como pesquisadora do I Censo sobre População em Situação de Rua encomendado pela SEDEST, pelo qual foi possível conhecer a realidade da população de rua de diversas localidades do



I Censo sobre População em Situação de Rua do Distrito Federal

Distrito Federal. Ao todo, foram realizadas entrevistas com aproximadamente 50 pessoas sendo que 40 são representantes da população de rua do DF e 10 são profissionais da área da saúde e bombeiros.

Na fala da população de rua do Distrito Federal encontra-se, além das condições precárias de vida e das dificuldades de ter acesso a um tratamento médico completo, diversos tipos de violência que caracterizam-se – devido a realidade dessas pessoas – como agravantes à saúde. Isto é, a violência física (empurrões, tapas, socos) e psicológica (ofensas pessoais, terror psicológico, ameaça de morte, represália) que são frequentes no relato dessas pessoas e que, eventualmente,



O entrevistado, que costuma dormir com a sua companheira em blocos comerciais, sofreu agressão física de um comerciante e não teve acesso ao atendimento médico, apresentando, durante a abordagem, o olho esquerdo inchado.

são retratadas nos meios de comunicação, não podem ser analisadas somente pelo ato da violência, mas também deve-se considerar que o resultado de uma agressão ou ameaça não é atendido pelo sistema de saúde pública, caracterizando-se, assim como as precárias condições de vida, como um perigoso determinante negativo para a saúde (física e mental) dessa população. Tem-se, também, a consideração de que esse segmento sofre violência policial. De acordo com Nogueira, a população de rua “é maltratada por policiais; muitas vezes eles [população de rua] chegam aqui [unidade de saúde] vítimas de agressões e os policiais falam que acharam daquele jeito, mas a gente sabe que é uma agressão recente” (NOGUEIRA et al, 1998:55).

Em adição, é preciso mencionar a violência advinda dos órgãos fiscalizadores do GDF, como as operações da Subsecretaria de Defesa do Solo e da Água (SUDESA) em conjunto com os bombeiros e polícia militar, que, além de apreenderem todo o material de trabalho e de sobrevivência deste segmento social (como carroças, cavalos, colchonetes, papelão...), ainda lhes tomam os remédios e objetos pessoais.

Verifica-se que esse confisco (irregular) de objetos pessoais dificulta ainda mais o acesso desse segmento aos seus direitos sociais - incluindo a saúde. Isto é, a apreensão da documentação, da medicação, das carroças e de seu colchonete gera uma ruptura no processo de resgate de dignidade destes indivíduos e do exercício de sua respectiva cidadania, já que seus pertences representam os únicos vestígios de uma vida fragilmente estruturada e com precários pontos de referência. Ainda do ponto de vista da saúde, essas ações podem ter consequências graves. O recolhimento de medicamentos os obriga a interromper tratamentos de forma brusca, o que agrava sua já precária situação de saúde e causa maior resistência do organismo a novos tratamentos.

Cabe mencionar, ainda, que a apreensão de carroças pelo Governo do Distrito Federal atua diretamente na qualidade de vida deste grupo que não possui outro instrumento de trabalho ou tipo de serviço (catação de material reciclável). O confisco prejudica sua forma de sustento e a possibilidade de uma melhoria na qualidade de vida. As carroças caracterizam-se não somente como meio de trabalho (e de sobrevivência), mas também como, muitas vezes, a única forma de transporte a que essas pessoas têm acesso. Logo, em situações de emergência, que nem sempre são atendidas pelos bombeiros ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a pessoa da rua pode contar apenas com a sua carroça para buscar atendimento em uma unidade de saúde, sem a carroça, a pessoa que necessita de socorro acaba por não conseguir se locomover para um posto de saúde ou hospital, acarretando em um não acesso à saúde perante um determinante econômico e uma ação do governo que é posta como benéfica para a sociedade. Do exposto, depreende-se que uma questão política e econômica atinge direta e negativamente o acesso a um direito social pela população em questão. A partir do fragmento de Pereira (2008) há a confirmação das realidades citadas anteriormente,

A equipe do SIV-Solo ia ao local acompanhada de funcionários do SOS Criança, Companhia Urbanizadora da Nova Capital (NOVACAP), de Assistentes Sociais, de profissionais da Administração da região onde se localizava a invasão, da Polícia Militar e iniciava a erradicação sem aviso prévio. O objetivo da equipe era limpar a área de invasão. Por isso, os barracos eram derrubados, as carroças destruídas e os animais apreendidos. Os pertences das pessoas do local eram levados para a Administração Regional e podiam ser retirados em 30 dias, sob a condição dos donos pagarem uma multa. A cada dia a multa aumentava de valor. Como a maior parte dos invasores é constituída de segmentos de baixa renda, certamente estes não tinham dinheiro para recuperarem seus pertences. Assim, com tudo

destruído, os agentes do SIV-Solo acreditavam estar eliminando os vínculos dos invasores com o local (PEREIRA, 2008:105).

Quando nos expulsam [a população de rua das invasões] de um lugar, estão expulsando nossos filhos da escola que fica aqui perto. Estão nos expulsando do atendimento ao posto de saúde que fica do outro lado da rua... Temos que ir embora e deixar tudo isso para trás... Buscar nova escola, novo posto e nova moradia (PEREIRA, 2008:106).

Contudo, infelizmente, não são apenas as violências física, psicológica ou financeira<sup>18</sup> que atingem a população de rua. A violência sexual (cometida por outros da rua, mas também por autoridades) é recorrente e, também neste caso, nem sempre a população de rua tem acesso aos programas de violência sexual oferecidos pela rede pública de saúde (como o Projeto Margarida<sup>19</sup> e o Violeta<sup>20</sup>), devido a questões culturais, mas principalmente, pelo sucateamento do serviço.

O sucateamento do aparato da saúde pública também afeta a população de rua do DF, no entanto, com um caráter mais perverso. Como visto, é fato que nem sempre o usuário que é da rua consegue realizar todos os procedimentos e exames médicos, pois há a escassez de material e a falta de manutenção dos equipamentos. Entretanto, devido a realidade socioeconômica da população de rua, esta não possui como alternativa ao tratamento de sua saúde o acesso aos serviços privados, dependendo unicamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a realização do Censo, esta pesquisadora entrevistou uma senhora no Cerradão do CCBB que estava indignada porque havia sido agredida fisicamente há dois anos por um conhecido e que durante esse tempo ainda não havia conseguido fazer o raio-x do crânio – conforme prescrição médica. Ela declarou que sempre ia ao Hospital de Base do Distrito Federal e nunca conseguiu fazer esse procedimento porque alegavam que o respectivo equipamento encontrava-se em manutenção.

Em conversas com a população de rua do DF foi possível coletar informações que apontavam para a descaracterização desse segmento como portador de cidadania e, logo, como composto por possíveis usuários da saúde (por direito), bem como a

---

<sup>18</sup>A violência financeira está posta como aquela praticada pelas ações de apreensão dos objetos pessoais e dos instrumentos de trabalho da população de rua.

<sup>19</sup>Serviço Médico de Referência para Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual oferecido pela Secretaria de Estado de Saúde, disponibilizando atendimento médico, psicológico e social.

<sup>20</sup>Ibidem.

desconsideração de suas condições de vida e perpetuação de preconceitos – gerando a negligência. É preciso ainda considerar que nem sempre há a consideração do discurso do paciente que é da rua; ou seja, a sua condição social e econômica só é considerada nos fatores de impedimento e na estigmatização, pois, durante o atendimento e prescrição medicamentosa, o profissional da saúde não se preocupa com a realidade dessa pessoa e nem com a fala da mesma.

Esta pesquisadora abordou uma senhora (população de rua), residente na Asa Norte, que apresentava dificuldade para se locomover em função do pé esquerdo que estava inchado. Ela disse que já foi ao hospital público, mas que nunca teve um diagnóstico ou prescrição medicamentosa. Segundo a entrevistada, a médica lhe falara que, por ser uma pessoa humilde, o pé inchado não era nada, que ela não tinha nenhum problema de saúde.

Esta pesquisadora também pôde vivenciar uma situação na qual acompanhara uma pessoa da rua até o HBDF, pois ela apresentava um abscesso dentário. Nesse hospital, não foi possível conseguir atendimento para ela, pois foi alegado que ali não tinha dentista de emergência; tentou-se fazer a sua ficha para ser atendida por um otorrino, mas não quiseram fazer a ficha. Assim, esta pesquisadora e um grupo de pessoas a levaram para o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no qual a pessoa [da rua] conseguiu atendimento no dentista de emergência. Entretanto, após o diagnóstico, a dentista prescreveu a medicação e logo começou a demonstrar a sua concepção de população de rua. Ou seja, a dentista perguntou por diversas vezes se a paciente ingeria bebida alcoólica, sendo que em todas as vezes a usuária repetia que não. Além disso, a dentista insistia que aquele inchaço só poderia ser fruto de uma pancada (como um soco) mesmo com a paciente afirmando que nunca tinha batido o rosto. Também não deu todos os remédios para a paciente, insinuando que ela poderia fazer uso incorreto dos mesmos, bem como não voltar para outros procedimentos. Entretanto, foi possível ainda identificar que a médica não considerou a realidade econômica da paciente, sendo que esta poderia não voltar para os demais procedimentos devido ao não acesso ao transporte público; a profissional de saúde ainda comentou diversas vezes que a paciente deveria tomar os antibióticos após as refeições. Assim, esta pesquisadora e as demais pessoas que estavam acompanhando a paciente (que era da rua) providenciaram a passagem para ela voltar ao hospital para realizar os outros procedimentos, bem como



compramos a alimentação dessa pessoa para os dias que estivesse submetida a tratamento medicamentoso.

Inferese, diante dos relatos acima e segundo Nogueira et al (1998), que os profissionais de saúde fazem uso de justificativas que são aceitas e reproduzidas pela sociedade a fim de perpetuarem o seu comportamento e atitude de rejeição diante do atendimento médico da população de rua. Em outras palavras, a priori, a identificação do paciente como sendo da rua, e as respectivas concepções produzidas pela sociedade torna-se característica negativa que dificulta o acesso à assistência médica por essa população. Assim, identifica-se que

na organização dos serviços de saúde, a população de rua ainda não se tem constituído como uma questão de intervenção mais articulada no interior de suas práticas, mesmo nas unidades de saúde localizadas na região central, onde se concentra essa população (NOGUEIRA et al, 1998:48).

Verifica-se que um número considerável de atendimentos à população de rua remete-se a situações de emergência (bombeiros e SAMU), sendo atendidos apenas pelo fato de chegarem às unidades de saúde em ambulâncias. “Porque está chegando de ambulância o hospital não pode rejeitar” (Bombeiro).

Tal assertiva ganha destaque ao se analisar a presença considerável de um grupo de pessoas que moram nas ruas do Setor Comercial Sul e que dormem na fachada do HBDF. Destaca-se que, como uma ação de limpeza, os seguranças do referido hospital recebem ordem direta para expulsar as pessoas que dormem neste local, excluindo a possibilidade dessas pessoas buscarem atendimento médico e, pior, desconsiderando os mesmos como potenciais usuários dos serviços da unidade.

Esta pesquisadora conversou com um homem que estava dormindo embaixo de uma árvore em frente ao Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Questionado sobre o motivo de estar naquele local, já que era originário de outra cidade, ele respondeu que viera para Brasília em busca de tratamento médico, o qual seria mais acessível na capital brasileira que na sua cidade de origem. Sendo que estava dormindo na rua por não ter condição de alugar uma moradia convencional. Destaca-se que ele estava cadastrado em uma fila de espera para poder realizar o procedimento, no entanto, já se encontrava naquela situação há cerca de 30 dias.

Como pesquisadora do Censo foi possível conhecer a realidade do Albergue Conviver (ALBERCON), localizado em Taguatinga, e verificar que, por tratar-se de um local procurado por parte da população de rua do Distrito Federal (estimando-se a presença de cerca de 400 pessoas na referida instituição), o mesmo refere-se a um espaço que deveria ser avaliado



ALOJAMENTO DO ALBERCON. Foto retirado do sítio:<http://www.mpdft.gov.br/noticias/exibirnoticia.asp?id=331>

e incluído no quesito da saúde da população de rua. Os albergues são espaços que deveriam proporcionar às pessoas de rua uma possibilidade de melhora na qualidade de vida a partir de acomodação e alimentação adequadas, bem como espaço para encaminhamento à rede pública de saúde e demais direitos sociais. Entretanto, verifica-se que há albergues cujas condições de higiene são tão precárias quanto as da rua, sendo que os espaços disponíveis para alojamento e a forma de tratamento dispensada pelos funcionários dessas instituições caracterizam-se, muitas vezes, como desumanos e escassos. O fragmento de Pereira (2008) exemplifica essa situação, acentuando as instalações dessa instituição como determinantes negativos para a saúde dos albergados: “O teto é relativamente alto e não se une às paredes laterais, deixando, assim, um vão, que permite a entrada de vento e chuva. A iluminação é fraca, as paredes são sujas e os aposentos minúsculos” (PEREIRA, 2008: 98-99).

Outro quesito considerável é o fato de estarem trabalhando, em sua maioria, com a catação de material reciclável ou guardando e lavando carros. Percebe-se que essa população encontra-se inserida no mercado de trabalho informal, não se apresentando como um conjunto protegido pela proteção social que o trabalho formal oferece ao restante da sociedade. Além de não possuírem plano de saúde, 13º salário, auxílio doença, auxílio natalidade, entre outros, também não são incluídos na previdência social, sendo que trabalham durante toda a vida sem a perspectiva de um descanso na terceira idade, sem a garantia de uma aposentadoria. O trabalho informal ainda não lhes confere um valor perpetuado pela sociedade, o da dignidade pelo trabalho (formal).

Assim, o lavador e vigia de carro, bem como aquele que trabalha com material reciclável (como papel e plástico) tem o seu valor subestimado pela sociedade, não sendo creditado o valor da dignidade e do respeito.

### **3.2 A Problemática da População de Rua e o Serviço Social: Uma Demanda em Construção**

Por meio das informações coletadas e das experiências possibilitadas pelo convívio com a realidade do segmento estudado, faz-se necessário reconhecer que a população de rua está se tornando um grupo social cada vez mais presente na presente na prática do assistente social, constituindo-se em um desafio na atuação desse profissional, que, por vezes, até então, nunca teve contato com essa população e nem estudo acadêmico para saber lidar com ela e com a realidade desse segmento. Verifica-se que há uma dificuldade por parte dos profissionais da área da saúde, incluindo o Serviço Social, quanto às peculiaridades que a população de rua apresenta. Isto é, as condições precárias de moradia, de higiene, de alimentação e de vida fazem com que essa população demande um atendimento que ofereça escuta profissional e de qualidade a fim de perceber a necessidade de uma abordagem diferente, bem como proposta de tratamento e recuperação diferenciada dos demais usuários da rede pública de saúde. Acrescentando, requer-se que haja uma articulação efetiva entre o Serviço Social e os demais profissionais da referida área de atuação para construir um atendimento humanizado e capaz de captar as peculiaridades desse segmento populacional.

Assim, faz-se necessário enumerar as ações e atitudes para que o Serviço Social e a população de rua do DF interajam em uma relação de compreensão recíproca e de garantia de direitos. Com isso, a capacitação do profissional para saber lidar e apreender a realidade desse segmento que se apresenta como uma demanda em construção é urgente. Ademais, devem-se criar meios para que o profissional modifique os seus valores e preconceitos quanto a essa população devido aos estigmas já enraizados pela sociedade civil e pelo Estado. Os profissionais de Serviço Social que atuam na área da saúde devem utilizar a sua percepção da totalidade para compreender a relação de violação de direitos entre população de rua e saúde e buscar garantir uma relação de efetivação de direitos já positivados.

### **3.3 As Respostas do Governo do Distrito Federal perante o Reconhecimento da População de Rua do DF**

No que diz respeito ao Governo do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST) possui núcleos de trabalho incluídos na Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável (GASPV), que tem como público-alvo populações vulneráveis, dentre as quais a população de rua no DF. Assim, verifica-se a atuação do Núcleo de Atenção a População de Rua (NUPOR) que adota o método da abordagem sistemática que, segundo a definição do próprio núcleo, “caracteriza-se pelas visitas continuadas aos locais de incidência de população em situação de rua com o objetivo de conhecimento e mapeamento do local e construção de vínculos com a população neles existente”. A proposta do Núcleo não é construir uma atuação somente com a população de rua, mas também com os moradores de moradia fixa e comerciantes, tendo em vista entender como ocorrem as relações entre os atores já citados, mas também como se organizam as redes sociais.

O NUPOR se operacionaliza com as abordagens sistemáticas, promoção da reintegração da população de rua, como também lhe proporcionar o acesso aos seus direitos por meio de suas articulações internas (com a própria SEDEST) e externas (Secretaria de Educação, de Saúde e Segurança Pública); como também tenta promover a sensibilização dos comerciantes e da sociedade civil com campanhas informativas. Logo, evidencia-se que, se o Estado precisa intervir diretamente, por meio de políticas ou ações, para a garantia de um direito social de dado segmento, infere-se que há, implicitamente, o reconhecimento por parte do mesmo de uma situação envolvendo violação de direitos que demandam uma intervenção do mesmo.

No âmbito federal, indaga-se que o Governo demonstra esforços na construção de uma Política Nacional, a qual aborda a problemática da população de rua em todas as políticas públicas brasileiras, incluindo a saúde. No entanto, como já relatado em capítulo anterior, essa Política ainda está em processo de discussão e revisão, ou seja, a população de rua ainda não conta com uma ação de garantia de seus direitos de âmbito federal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi motivado por três hipóteses, as quais serão novamente suscitadas, mas com o embasamento das informações coletadas durante a pesquisa de campo. A primeira hipótese foi que *a tentativa de impedimento da população de rua aos serviços públicos de saúde explica-se, em parte, pela ausência de um “modelo de atenção que contribua para o resgate de sua auto-estima, de sua condição enquanto indivíduo produtivo e, finalmente, enquanto cidadão brasileiro” (CANÔNICO et al, 2007:803).* Assim, verificou-se que os profissionais de saúde possuem inúmeros valores de juízo e morais permeados por construções sociais que não configuram a população de rua como sujeitos dotados de direitos – ou cidadãos – mas sim indivíduos que são alvos da benevolência desses profissionais, como também da sociedade. Portanto, o direito dessa população em estudo é negado diante de uma concepção assistencialista por parte do Estado e da sociedade. Vale ressaltar que, quando há o atendimento, este tem a sua qualidade questionada. Cabe mencionar ainda que esta realidade não é exclusiva de Brasília. O jornal “O Trecheiro” (nº 180, ano XIX, agosto de 2009) publicou uma carta de uma assistente social que descreve a sua indignação e providência que teve que tomar para que uma pessoa da rua, com deficiência física, fosse atendida em um pronto-socorro do Rio de Janeiro:

... juntamente com as agentes (de saúde) fomos até a sala do dr. Marcelo para trocar de receita já que o medicamento prescrito estava em falta. Devido a pressões que fizemos fomos informadas que a alta havia sido suspensa e sr. Francisco passaria a noite internado em observação. Diante de tal procedimento fomos encaminhar a papelada à enfermeira, que se negou a pegar pedindo-nos que fôssemos até a ala masculina entregar ao enfermeiro responsável pelo banho. Ao chegar ao local ouvimos barulho de pancada, agressões verbais, termos de baixo escalão e ameaças, o enfermeiro gritava com o senhor Francisco “seu imundo, animal, levanta daí seu porco preguiçoso, tá todo cagado, vou fazer você comer...”. Foi aí que uma das agentes resolveu entrar no banheiro no intuito de impedir tal ameaça e se deparou com o senhor, vale ressaltar deficiente físico, acuada no canto do banheiro e o enfermeiro com papel higiênico nas mãos cheio de fezes próximo do rosto do paciente, pronto para cumprir as ameaças que anunciara.

A segunda hipótese diz respeito a suspeita de que *os impedimentos presentes no acesso aos serviços públicos de saúde pela população de rua do Distrito Federal justificam-se pelas construções sociais negativas que abarcam o segmento estudado e reproduzidos pelo sistema/sociedade e, conseqüentemente, pelos profissionais de saúde.* Na verdade, revela-se uma relação muito tênue entre esta hipótese e a anterior, já que a concepção dominante referente ao segmento estudado caracteriza-o como um grupo sem

cidadania, remetendo a um discurso repleto de preconceitos e estigmas, principalmente pela denominação “da rua” e diante de sua visível pobreza, verificando-se que a população de rua encontra-se mais suscetível às violações de seus direitos (positivados pela Constituição Federal de 1988) que os demais cidadãos brasileiros. Assim, os preconceitos e estigmas construídos socialmente e perpetuados pela/na sociedade brasileira são assumidos também pelos profissionais da saúde, exercendo-os em sua respectiva atuação.

Ou seja, muitas vezes a população de rua não consegue atendimento médico por não ser considerada merecedora da saúde, exemplo disto é o caso de hospitais públicos não admitirem que as pessoas da rua durmam nas suas fachadas, sendo que, em nenhum momento, é reconhecido que essas pessoas também podem demandar atendimento médico, mas que, devido a sua posição social e econômica, são consideradas apenas pessoas vagabundas e violentas.

A última hipótese afirma que *uma das principais dificuldades da população de rua do Distrito Federal para a concretização da assistência e tratamento médico refere-se a lacuna entre as demandas do tratamento e a realidade social dessa população. Isto é, as condições de vida não condizem com as orientações médicas, no qual a forma de vida torna-se um entrave negativo associado à desconsideração de tal situação pelos profissionais de saúde.* Nesse sentido, verifica-se que, devido ao caos da saúde pública brasileira, toda a sociedade está suscetível a um péssimo atendimento médico, bem como a ser vítima de negligência médica. Entretanto, se o paciente for uma pessoa da rua, é plausível afirmar que este paciente terá um atendimento médico diferenciado e mais passível de negligência ou rejeição no atendimento da unidade de saúde. Logo, verifica-se que a história de vida e a própria condição social dessa pessoa são desconsideradas durante o diagnóstico e processo de recuperação da saúde. Em outras palavras, a condição de pobreza explícita desse paciente que advém da rua influencia o diagnóstico; mas também cabe ressaltar que o profissional de saúde atua mais no sentido de reproduzir preconceitos e humilhar, como também desencorajar a população de rua em buscar um direito social, ao invés de ajustar o processo de recuperação com as possibilidades do paciente (devido a sua realidade social) ou, até mesmo, articular-se com o Serviço Social da unidade de saúde para poder garantir que

esse paciente goze da integralidade das ações da saúde, como tenha acesso ao tratamento de recuperação conforme prescrito e adequado para o caso.

Logo,

Faz-se necessário que tanto a sociedade civil, quanto o Estado e os profissionais de saúde tenham conhecimento e reconheçam que a situação precária de vida a que esta população está sujeita, pressupõe um pensar saúde-doença de forma diferenciada, e sendo esse entendimento importante para a formulação de ações pelos serviços de saúde (NOGUEIRA et al, 1998:50).

É preciso fazer menção a dois aspectos de grande importância e seus desdobramentos que se fizeram presentes durante toda a pesquisa de campo. Primeiramente, foi possível identificar no discurso dos entrevistados que há uma prevalência da concepção da população de rua como vagabundos e violentos, que merecem apenas a benevolência em detrimento do seu reconhecimento como cidadão. Um grave desdobramento dessa perpetuação remete-se a endoculturação desse pensamento no interior do próprio segmento de estudo, fazendo com que a pessoa da rua não se reconheça dotada de direitos, dificultando a formação de um movimento social atuante nessa problemática; bem como o reconhecimento desse grupo como cidadão pelo Estado e pela sociedade.

Um segundo aspecto de destaque remete-se à preparação (ou ausência desta) dos profissionais de saúde quanto ao atendimento médico da população de rua. Verifica-se que não há uma preocupação, tanto por parte do Estado, quanto das próprias unidades de saúde, em oferecer uma capacitação aos profissionais, pois não há preparo quando se posicionam diante de uma manifestação da realidade social complexa, como é a da população de rua. Infere-se, com essa constatação que, mesmo com a construção da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (PNPR), há um alto grau de desconhecimento desta realidade por parte dos profissionais de saúde, sendo necessária que haja uma preocupação por parte do Estado com esse segmento populacional que representa um percentual considerável da população de cidades brasileiras, como também uma preparação por parte das unidades de saúde brasileiras, para assim reconhecerem que o paciente que é da rua também tem direito ao acesso à saúde (de qualidade). Assim, destaca-se o fragmento da PNPR que deve ser considerada e efetivada para possibilitar à população de rua a garantia de seu direito à saúde.

Assim como as pessoas em situação de rua têm por direito constitucional serem consideradas cidadãos integrais, também as políticas públicas que as contemplam devem ser pensadas desde uma perspectiva interdisciplinar e integral, deslocando-se da Assistência Social a responsabilidade exclusiva pelo atendimento a este segmento (BRASIL, 2008: 06).

Cabe mencionar que a população de rua do Distrito Federal não demanda um outro sistema de saúde, mas sim a concretização dos princípios dispostos na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), não apenas na realização do atendimento, mas também na efetivação de um acompanhamento médico: universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência e preservação da autonomia. Isto é, demandam acesso a serviços de saúde que atendam às vulnerabilidades nas quais a população de rua do DF se insere e que as considere de forma integral; um atendimento, portanto, que não reproduza discriminações e perpetue a desigualdade social. O acesso a saúde deve considerar o segmento estudado neste trabalho como um conjunto de cidadãos e usuários dotados de direitos, possibilitando o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção e de recuperação da saúde.

Por fim e como forma de proposição, ao se abordar o atendimento da saúde da população de rua, é preciso que sejam trabalhados 05 eixos de ação, a saber: é necessário que sejam identificadas as necessidades de saúde da população de rua; promover a articulação entre os diferentes serviços que prestam atendimento a essa população; organizar os serviços de saúde; capacitar os profissionais de saúde; não pensar a política de saúde de forma isolada, pois a saúde possui determinantes que perpassam as políticas de educação, habitação, assistência social, trabalho, dentre outras, de forma articulada.



## Referências Bibliográficas

**BRASIL.** Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

**BRASIL.** Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, 2008.

**CABRAL,** Maria do Socorro. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Previdência Social.; In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 3. – Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

**CANÔNICO,** Rhavana Pilz e outros. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo, Revista Esc. Enferm. USP, 2007; 41 (Esp); 799-803.

**CARTA DE OTTAWA,** Canadá, 1986. Disponível no sítio: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>.

**DEMO,** Pedro. Introdução à metodologia da ciência. 2ª Edição. São Paulo: Atlas, 1987.

**FILHO,** Cláudio Bertolli. História da Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora Ática, 2ª edição, 1998.

**GIORGETTI,** Camila. Moradores de rua: uma questão social? Editora PUC/SP, 2006.

**MATTOS,** R. M.; **FERREIRA,** R. F.. O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. Estudos de Psicologia, Campinas, 2005, janeiro – março.

**NEVES,** José Luis. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. In: Cadernos de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, nº 3, 2º Sem./1996.

**NOGUEIRA,** E. A.; **LANFERINI,** G. M.; **MARTINELLI,** M.; **AMED ALI,** D. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saúde e Sociedade 7(2): 47-62, 1998.

**PEREIRA,** Camila Potyara. Rua sem Saída: Um estudo sobre a relação entre o Estado e a População de Rua de Brasília. Universidade de Brasília, 2008. Dissertação (Mestrado).

**PEREIRA**, Robson Mendonça. Modernização do espaço urbano de Batatais: o Código de Posturas de 1894. In: História e Perspectivas, Uberlândia (32/33): 245-271, Jan.Jul./Ago.Dez. 2005.

**RIBEIRO**, Maria Alice Rosa. História sem fim... Inventário da saúde pública. São Paulo – 1880-1930 / Maria Alice Rosa Ribeiro. – São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

**SILVA**, Denize Elena Garcia de. Discurso Institucional e Identidade de Moradores de Rua: Representações na Mídia Escrita. Brasília, 2007.

**SILVA**, Maria Lúcia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno *população em situação de rua* no Brasil: 1995-2005, Universidade de Brasília, 2006. Dissertação (Mestrado).

**TEIXEIRA**, Sonia F. Las ciencias sociales en salud en el Brasil. Em: Nunes, Everardo D. (Editor). Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas. Montevideo: OPS/CIESU. 1986. p. 91 115.

**TIRADENTES**, Luciana Rossani. Identificação de diagnósticos de enfermagem em mulheres moradoras de rua, Guarulhos, 2007. Dissertação (Mestrado).

**VARANDA**, Walter; **ADORNO**, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde, Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004.

#### **Sítios da Internet:**

Gazeta de Notícias (14 de novembro de 1904)

<http://www1.uol.com.br/rionosjornais/rj10.htm>

Isto É SP (05/03/2003, edição 1744)

[http://www.terra.com.br/istoe/1744/ciencia/1744\\_corte\\_pela\\_raiz.htm](http://www.terra.com.br/istoe/1744/ciencia/1744_corte_pela_raiz.htm)

Ministério Público do Distrito Federal e Território

<http://www.mpdft.gov.br/noticias/exibirnoticia.asp?id=331>

Organização Médicos Sem Fronteiras

<http://www.msf.org.br/>

## ANEXO 1



**Comitê de Ética em Pesquisa**  
**Instituto de Ciências Humanas**  
**Universidade de Brasília**

**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Ciências Humanas**  
Campus Universitário Darcy Ribeiro

### ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: “Serviços Públicos de Saúde e o atendimento à população de rua do Distrito Federal - uma relação precária”

Pesquisadora Responsável: Camila Potyara

Pesquisadora: Alessandra Cristina da Silva Jordão Emerenciano Pontes

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “Serviços Públicos de Saúde e o atendimento à população de rua do Distrito Federal - uma relação precária”.

O pesquisador responsável fica notificado 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 CNS 196/96).

Brasília, 1º de outubro de 2009.

Profa. Dra. Debora Diniz  
Coordenadora do CEP/IH

## **ANEXO 02**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

#### **SEGMENTO: POPULAÇÃO DE RUA DO DISTRITO FEDERAL**

##### Trajetória de Vida

01. Idade
02. Cidade natal
03. Há quanto tempo está em Brasília
04. Há quanto tempo mora na rua
05. Com quem mora
06. Você se considera população de rua? Explique.
07. Você tem os documentos como rg e cpf
08. Qual o endereço você coloca na ficha de atendimento do posto de saúde e do hospital

##### Doença/Saúde

09. Você trabalha? Se sim, com o que? Traz riscos a saúde?
10. Você tem o costume de ir ao médico, posto de saúde, hospital
11. Quando você está gripado ou está com dor de cabeça, você se automedica, vai ao médico, como você trata da sua saúde
12. Quando você vai ao posto de saúde ou hospital você consegue ser atendido
13. Quando você precisa tomar remédio, como você consegue ele, doação, compra, pega na rede
14. Você já precisou ficar internado? Fez exames? Teve acompanhamento? Como foi tratada pelas enfermeiras?

##### Sentimento

15. Você já se sentiu incomodada quando foi buscar o médico como olhares, comentários
16. Você já foi humilhada, xingada ou agredida por um segurança do hospital
17. Você se incomoda com isso e deixa de cuidar da saúde
18. Você já precisou levar os seus filhos para o posto medico ou para o hospital? O Serviço Social já tentou pegar as suas crianças? Se sim, isto te impede de cuidar da saúde no hospital?

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A EQUIPE DO SAMU E BOMBEIROS**

#### **Local de Trabalho:**

1. Idade
2. Tempo de profissão

3. Turno de trabalho
4. Quais são os critérios para atendimento, ou seja, quais são as informações que precisam ser repassadas durante a chamada de socorro?
5. Você já recebeu algum chamado de socorro para atender população de rua? Se sim, qual era o motivo da chamada e como foi o atendimento?
6. O que você considera por população de rua?
7. Você tem algum colega de profissão que fora realizar um chamado de atendimento para população de rua, mas que fora agredido, xingado, ou outro tipo de problema? Se sim, por favor, relatar a situação.

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS E ATENDENTES

Local de Trabalho:

1. Idade
2. Tempo de profissão
3. Turno de trabalho
4. O que você entende por população de rua?
5. Como a equipe de saúde identifica um paciente como sendo população de rua?
6. Como é o atendimento à um paciente que mora nas ruas?

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ASSISTENTE SOCIAL

Local de Trabalho:

1. Tempo de profissão
2. Turno de trabalho
3. O que você entende por população de rua?
4. Como a equipe de saúde identifica um paciente como sendo população de rua?
5. Quando o paciente é identificado como sendo pessoa da rua do Distrito Federal qual profissional encaminha para o Serviço Social e qual é a intervenção do setor de serviço social do hospital?

6. Quando se verifica que o usuário é população de rua e está acompanhada ou acompanhando criança e/ou adolescente, qual é a intervenção do Serviço Social?

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA SEDEST

1. Qual é a função do Núcleo de Atenção a População de Rua?
2. Qual termo vocês usam: população em situação de rua, morador de rua ou população de rua? Por quê?
3. Como ocorre o atendimento a população de rua?
4. Quais as atividades exercidas com o público alvo?
5. Quais são as demandas quanto ao atendimento médico?
6. Quais são os encaminhamentos? Qual a rede de atendimento disponível?
7. Como ocorre o encaminhamento para a secretaria de saúde? Geralmente os pedidos são atendidos?
8. Quem são os atores sociais estratégicos?
9. Como a equipe de trabalho é composta? Especifique a especialidade de cada profissional.
10. Na abordagem social de rua há o planejamento de conscientização dos comerciantes e da sociedade visando não aumentar o crescimento da população em situação de rua. Já fora publicada alguma campanha neste sentido? Se sim, poderia disponibilizar?
11. Como funciona o serviço de plantão social?
12. É possível fazer uma identificação das principais reclamações por parte da população de rua quanto a saúde pública?

## ANEXO 3

Godofredo Gonçalves Filho ME  
CNPJ: 10.275.628/0001-53  
Insc. Estadual: 07.508.360/001-03



### Declaração

Declaramos que **Alessandra Cristina da Silva Jordão Emerenciano Pontes**, portadora do CPF 016.338.471-10 participou do **Primeiro Censo de População em Situação de Rua do Distrito Federal** no cargo de pesquisadora entre os dias 19 a 24 de outubro de 2009 para esta empresa. A pesquisa de campo ocorreu das 17h00min as 01h00min entre os dias 19 a 23/10/2009 e das 08h00min as 12h00min no dia 24/10/2009. Declaramos ainda, para quem for de interesse, que a pesquisadora executou o trabalho com comprometimento e eficiência.

Reiteramos ainda a participação de Assistentes Sociais como coordenadoras de equipes, prezando pela eficiência e eficácia da pesquisa.

Brasília, 30 de outubro de 2009.

Priscila Isaías  
Coordenação Pedagógica  
Axiomas Brasil



IMPRESSO

# O Trecheiro



Notícias do Povo da Rua

Nº 180

Ano XIX

Agosto de 2009

Rede Rua de Comunicação - Rua Sampaio Moreira, 110 - Casa 9 - Brás - 03008-010 São Paulo SP - Fone: 3227-8683 - 3311-6642 - redetrua@uol.com.br

Alderson Costa-Rocha



Praça Júlio Prestes - SP

Muito se fala da transformação do quadrilátero no centro de São Paulo constituído pelas ruas Duque de Caxias, Mauá, Casper Líbero em Nova Luz. Como entender que por meio de fortes ações de natureza policial possa haver a transformação de um bairro com tal nível de repressão? Antes a concentração do crack era nas ruas Amaral Gurgel, Major Sertório, Praça Santa Cecília. E amanhã ainda não sabemos onde será?

Encontramos poucas pessoas nas ruas, um bairro estranho, grande circulação de viaturas da Polícia Militar e alguns guardas

metropolitanos que vigiavam o imóvel da antiga Rodoviária impedindo a presença de seus conhecidos frequentadores que dormiam pelas calçadas enrolados nos cobertores. A polícia tomou conta do bairro da Luz, mas até onde vai essa guerra?

No dia 30 de julho, repórteres do jornal O Trecheiro andaram pelas ruas Ipiranga, Santa Ifigênia, dos Andradas e próximo à Sala São Paulo para conversar com os moradores de rua e conhecer o que estava sendo feito nessa operação "saturação". Não foi fácil encontrar moradores de rua.

Encontramos Paulo Augusto da Silva, 48 anos, paulistano da Lapa, eletricista de auto, mas atualmente estava morando na rua Ipiranga, 1124. Segundo ele, foi para rua por desgosto. Já morou em albergue, mas perdeu a vaga porque cata papéis e por ter faltado dois dias foi expulso do albergue. Há oito dias está morando naquela calçada. Para ele, "a Cracolândia precisa acabar e para acabar com ela tem que acabar com crack". Ainda segundo Augusto, para acabar com o crack é só "arrumando emprego para as pessoas.

Depois pela rua dos Andradas

encontramos um outro morador que não quis se identificar e nem gravar entrevista, mas conversou bastante". Segundo ele, vive de pedir esmola durante o dia, mas à noite vai para longe dali.

Em seguida, encontramos outro morador na frente da Sala São Paulo. Estava sendo entrevistado por duas "agentes de saúde" que ao final da conversa entregaram um papelzinho com o endereço da AMAS Boraceia. Segundo esse senhor que não quis se identificar, "a polícia chega, enquadra, revista, quebra as ferramentas deles que são os cachimbos e se tiver flagrante já

vai preso. Quem estiver deitado põe pra levantar manda mudar de lugar. São crianças, adolescentes, jovens e idosos," relata ele.

Já é consenso que esta questão social não se resolve somente com repressão policial, mas principalmente com uma intervenção social integral. Segundo Átila Robson Pinheiro, do MNPR, "é absurdo a gente pegar, escutar e ver as ações das polícias colocando um monte de gente nos ônibus para levar ou para dar alimentação. É uma coisa paliativa encher uma delegacia com uma questão que é também de ordem social".

## Cinco anos do massacre em São Paulo

Nos dias 19 e 22 de agosto de 2004, 15 pessoas foram violentamente atacadas enquanto dormiam na região central da cidade de São Paulo. Sete morreram. De agosto de 2004 até hoje, muitos avanços ocorreram na cidade na dinâmica dos trabalhos com a população em situação de rua, suas relações com as organizações sociais, com a sociedade e com órgãos públicos prestadores de serviços. Diversos grupos sociais, organizações e movimentos solidariamente promoveram, nesse período, inúmeras manifestações, atos pela vida e fóruns de toda natureza, inclusive para acompanhamento das políticas públicas.

Este processo coletivo de trabalho fez avançar a organização da população de rua e, principalmente, a consciência do papel fundamental que tem a luta de todos para a conquista dos direitos.

Para aprofundar estes aspectos, o Fórum Permanente de Acompanhamento das Políticas Públicas, conjunto de fóruns, organizações e movimentos sociais, organizou uma programação em memória ao 5º Anão do Massacre ocorrido em 2004 e propôs o dia 19 de agosto como Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua.

### Dor e esperança

"Após os cinco anos de massacre, temos ainda dores e esperanças. A dor porque grande parte da população em situação de rua continua sem nenhuma perspectiva. Alguns são aqueles que chamamos de os mais caídos que não são atingidos por ninguém e que sofrem o duro abandono, a solidão e a morte. A esperança é de que essa população não desanime e continue crescendo no protagonismo e na autonomia, sendo solidária com os mais fracos e esquecidos. Para concluir, poderíamos dizer que o massacre continua vivo na nossa memória e na história de nossa cidade. É uma ferida que ainda não cicatrizou, principalmente, pela impunidade e pelas ações higienistas que persistem", disse padre Júlio Lancellotti ao O Trecheiro.

### Programação

**14 de agosto - 10 horas - Guarulhos**  
I Encontro Metropolitano de Políticas Públicas para População em Situação de Rua  
Centro Educacional Adamastor - Avenida Monteiro Lobato, s/n - Centro

**15 de agosto - 15 horas - Casa de Oração**  
O Massacre e a Construção da Política Nacional para a População de Rua  
Pleatória FalaRua - Rua 25 de Janeiro esquina com a Rua Djalma Dutra

**16 de agosto - 15 horas - Casa de Oração**  
Celebração Eucemérica  
Rua 25 de Janeiro esquina da Rua Djalma Dutra

**17 de agosto - 15 horas - Faculdade São Francisco**  
Topografia de um desmão - filme sobre a morte de 12 moradores de rua no RJ, debate com a diretora Tereza Aguiar  
Auditório da Faculdade São Francisco - Largo São Francisco

**18 de agosto - 9h30 - Guarulhos**  
O processo do massacre e as impunidades cotidianas com a população em situação de rua. Auditório do Paço Municipal - Avenida Bom Clima, 91

**18 de agosto - 14 horas - Ministério Público de São Paulo**  
Impunidade ou Justiça? O processo do Massacre do Povo de Rua  
Auditório do Ministério Público - Rua Riachuelo, 115 - Centro

**19 de agosto - 12 horas - Ato pela Vida - Praça da Sé**  
Manifestação nos lugares onde ocorreram as mortes: Rua Tabatinguera, Largo São Bento, Largo São Francisco, Praça João Mendes

**19 de agosto - 13 horas - Praça da Sé**  
Encontro dos grupos com vereadores que assumem o compromisso de criar uma Frente Parlamentar em favor da População de Rua

**20 de agosto - 14 horas - Estação Pinacoteca**  
Debate: A mídia, a população de rua e as mortes em São Paulo  
Auditório da Estação Pinacoteca - Largo General Osório, 66  
Ao lado da Sala São Paulo e da Estação Júlio Prestes

## EDITORIAL

## Correr atrás de cadáver

Peço desculpas ao leitor por iniciar este editorial desta forma. Mas esta tem sido a realidade daqueles que estão juntos ou trabalham com as pessoas em situação de rua. A dureza que é viver em situação de rua seja pelo rigoroso frio deste ano, pela fome e pela falta de respeito e cuidado com pessoas tão fragilizadas!

Pelos últimos dias de tanto frio, até que podemos dizer que a tragédia não foi grande, apesar de que a perda de uma vida já é uma grande tragédia, e mais ainda por ter sido interrompida de maneira injusta. A maioria dos que morreram ainda não tinham vivido o que poderiam viver. Morreram de morte que poderia ser evitada.

Heja o caso do Carlos Roberto Cavalcante Carecho que faleceu, no dia 23 de julho, depois de recusado num albergue. Não cito o nome do albergue até porque não podemos culpá-lo diretamente por essa morte. Recusar o convívio que chega alcoolizado é uma prática de quase todos os serviços. Alguns ainda deixam entrar quando a pessoa está levemente alcoolizada, desde que não crie problemas no ambiente.

Segundo testemunhas, ele chegou ao albergue muito alcoolizado e dormiu nas proximidades. O frio veio forte e Carlos Roberto veio a falecer. Não teve atendimento que deveria ter, porque as organizações e os albergues não estão preparados para receberem pessoas que têm como sina a morte prematura, pelas precárias condições de saúde. O enterro aconteceu graças ao empenho de uma comunidade que trabalha com pessoas em situação de rua, que recorri para algumas informações.

Outra morte prematura. O locutor da rua, como era chamado, Rogério Aparecido Nogueira de Souza tinha 38 anos e vivia nas proximidades do Largo São Francisco em São Paulo. Comunicativo e sempre bem apresentado, conhecia todos na região central. Um mês antes de seu falecimento esteve com ele que me apresentou a vários comerciantes, seus conhecidos quando eu fazia uma matéria para o último jornal sobre o frio. Ele dormia em frente a uma floricultura e me dizia que não iria para albergue, porque existia muito roubo e não podia tomar uma pingüinha. Segundo relatório da assistente social, Silvana R. Costa, do Centro Franciscano de Reintegração Social, serviço que fica próximo ao local onde vivia o Rogério, ele veio a falecer no dia 24 de julho depois de passar pela Ama-Sé. Por causa de seu quadro de desnutrição, foi transferido para o Hospital Municipal de Piratuba Dr. José Soares Hungria onde veio a óbito às 22 horas.

Depois da morte, quase sempre vêm juntos dois problemas: documentos, para não serem enterrados como indigentes ou não-gente e famílias, talvez para prestarem as últimas homenagens ou para ver se os mortos deixaram alguma herança, ou ao menos uma pensão. Em vida é um grande desafio para os profissionais conseguirem o contato com as famílias. Alguns se recusam a informar e, em muitos casos, a família não quer o contato com o parente ainda vivo. Tenho a impressão que em vida dão muito trabalho e quando morrem também, mas as famílias ficam livres de uma vez.

No caso do Rogério foi encontrado o pai, mas este estava acolhido num abrigo e não tinha o contato com os outros irmãos. Para o enterro, vieram a ex-companheira de rua e a assistente social. O enterro foi gratuito, isto é, foi pago pela Prefeitura, mas sem direito a velório.

Vamos deixar os mortos, porque são muitos casos como estes que morrem por negligência no atendimento e pela dureza da rua.

Publicamos ao lado, o caso do sr. Francisco Alves de Oliveira, 48 anos que não morreu mas conseguiu vaga no Projeto Boracéia com a intermediação da Smad, pois o Pronto Socorro foi incapaz de encontrar um lugar para ele, por falta de um "fluxo aberto entre as secretarias", segundo fonte da Saúde. Estes casos precisam de cidadãos especiais e, normalmente, quando não se tem a intervenção das organizações, voltam para rua. Claro, da rua para o cemitério. Tarde demais para qualquer Política Pública!

## Denúncia de violência em Pronto Socorro da Lapa

Publicamos abaixo parte da carta recebida de Patrícia F. Russo (CRESS nº. 40.036), assistente social da OAF Pinheiros que acompanhou o sr. Francisco Alves de Oliveira de 48 anos, deficiente físico, em situação de rua que mora embaixo do Viaduto Paulo VI ao Pronto Socorro Municipal Prof. João Catarin Mezzano, situado na Avenida Queiroz Filho, 313, Alto da Lapa.

Em sua carta, Patrícia detalha providências que empreendeu para que o sr. Francisco fosse atendido. Destacamos, abaixo, fatos descritos de muita gravidade.

... "juntamente com as agentes (Edineide Silva de Lima e Neida Carla Ceira Castro as CAPE) fomos até a sala do dr. Marcelo para trocar de receita já que o medicamento prescrito estava em falta. Devido a pressões que fizemos fomos informadas que a alta havia sido suspensa e sr. Francisco passaria a noite internado em observação. Diante de tal procedimento fomos encaminhadas a uma enfermeira, que se negou a pegar pedindo-nos que fôssemos até a ala masculina entregar ao enfermeiro responsável pelo banho. Ao chegar ao local ouvimos barulho de pancada, agressões verbais, termos de baixo escalão e ameaças, o enfermeiro gritava com o senhor Francisco "seu imundo, animal, levanta daí seu porco preguiçoso, tá todo caído do, vou fazer você comer...". Foi aí que uma das agentes (Neida Carla Ceira Castro) resolveu entrar no banheiro no intuito de impedir tal ameaça e se deparou com o senhor, vale ressaltar deficiente físico, acudido no canto do banheiro e o enfermeiro com papel higiênico nas mãos cheio de fezes próximo do rosto do paciente, pronto para cumprir as ameaças que anunciara, nessa hora entrei também no banheiro e me deparei com essa cena chocante saindo imediatamente. Ao questionarmos o comportamento do enfermeiro, reprovando suas atitudes e falta de ética e humanidade com o próximo, nos agrediu verbalmente solicitando que sa-



issemos do local, caminhou em nossa direção continuando a nos agredir verbalmente com termos vulgares e ao paciente como: "vocês trazem esse lixo pra cá, suas..." em seguida expulsou-nos do local, percorremos a unidade mas a impressão de que todos haviam desaparecido, mostrando-se indiferente ao ocorrido. Perguntamos seu nome e o mesmo agressivamente se negou a informar, solicitamos então a assistente social Maria Antônia que segundo ela o nome do enfermeiro é José Thomaz". A íntegra está no [www.rederua.com.br](http://www.rederua.com.br)

O Trecheiro entrou em contato com a direção do Pronto Socorro que nos encaminhou à Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde, que enviou a seguinte nota:

"A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) informa que em relação ao caso mencionado, o paciente foi medicado em uma maca sem pé por se tratar de caso psiquiátrico, de modo a evitar problemas com possível queda.

Banho para pacientes nesse estado ocorrem após a estabilização do quadro clínico. A SMS esclarece que não houve a menção relatada no referido banho.

O paciente, que passou por reavaliação médica, realizou raio-X, sendo descartado processo infeccioso que necessitasse de isolamento. Foram solicitados outros exames laboratoriais e ele foi encaminhado para a observa-

ção masculina, onde se encontra atualmente. A SMS esclarece que houve avaliação clínica diária, inclusive psiquiátrica.

A SMS esclarece que o referido paciente não apresenta nenhuma patologia clínica que justifique a internação em um pronto socorro ou mesmo em leito hospitalar. A prioridade, nesse momento, é colocá-lo em um local melhor indicado, já que se trata de um paciente que por ter sequelas de AVC anterior, tem dificuldade para se locomover"

Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal da Saúde

## "Mobilização Nacional contra a Crise"

No dia 5 de agosto, a marcha estadual pela "Mobilização Nacional contra a Crise" parte de Campinas em direção a São Paulo com chegada prevista para o dia 10 de agosto. Um momento importante de luta da classe trabalhadora, cuja mobilização depende da união dos trabalhadores e da solidariedade de outros grupos sociais para garantir as condições materiais de realização da Marcha.

"Somos trabalhadores e trabalhadoras rurais organizados no Movimento Sem Terra / Via Campesina, que lutamos pelo direito a um pedaço de terra onde possamos plantar, colher e garantir uma vida digna às nossas famílias. Oriundos de várias partes do Estado de São Paulo, de diferentes comunidades, assentamentos e acampamentos para dialogar com a sociedade e os poderes constituídos com o objetivo de denunciar a condução das políticas em nosso país, as quais favorecem apenas os ricos que, por meio da apropriação capitalista, aumentam a cada dia mais a exploração e a miséria da classe trabalhadora. É por isso que marchamos!" (Parte de documento, cuja íntegra está no [www.rederua.org.br](http://www.rederua.org.br))

Mais informações: Secretaria Estadual do MST - (11) 3663-1064 Kelli - (16) 9231-6280 Márcia - (19) 8203-4986 Local para doações: Alameda Olga, 399 - Barra Funda - São Paulo

Fóruns de Debates sobre a População em Situação de Rua

O Fórum retoma suas atividades no próximo semestre com todo entusiasmo que a luta da população em situação de rua nos impõe e se prepara para as comemorações em setembro dos seus seis anos de existência! Convidamos Walter Varanda para debater a questão do álcool e drogas. Walter formou-se em Psicologia pela Universidade

São Marcos em 1997 e desenvolveu inúmeros trabalhos com a população de rua na cidade de São Paulo. Terminou o mestrado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo em 2003 e, mais recentemente, escreveu a tese de doutorado "Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua".

Data horário	Tema	Local
29 de agosto	"Novo olhar sobre álcool e drogas"	Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos
14 horas		Rua Dom Rodó, 140 Metrô Armênia
		Próximo à Casa de Convivência do Porto Seguro

apoio

PAULUS

www.paulus.com.br • (11) 5084-3066

Comunicação a serviço da verdade

O Trecheiro

Notícias do Povo da Rua

CONSELHO EDITORIAL: Arlindo Dias  
 EQUIPE DE REDAÇÃO: Adilson Costa, Cleia Rosa, Renata Denti, Arlindo Dias  
 REVISTA: Cleia Rosa  
 FOTOGRAFIA: Adilson Costa  
 DISTRIBUIÇÃO: Fabiano Viana  
 EQUIPE DE AVISO: Argemiro Almeida, Anderson do Carmo, Karina C. Araújo  
 NOME NICK: Fátima Carla  
 5 mil exemplares

REDE RUA DE COMUNICAÇÃO  
 Rua Sampaio Moreira, 119 - Casa 9 - Bixi - 05088-910 - São Paulo - SP  
 Fone: (11) 3227-0683 - 3215-6642 - Fax: 3213-5735  
[www.rederua.org.br](http://www.rederua.org.br) - E-mail: [rederua@ui.com.br](mailto:rederua@ui.com.br)



## Trecheirinhas

Renata Bessi

### Mais exclusão?

A Prefeitura de São Paulo divulgou mais o processo de seleção para escolher as pessoas em situação de rua que devem integrar as equipes de agentes de saúde de rua no município. Não bastasse isso, o edital com a convocação foi publicado em um dia e as inscrições só puderam ser feitas até o dia seguinte. Como as vagas não foram preenchidas, a Prefeitura publicou novamente edital e novamente deu prazo de um dia para as inscrições.

### Dossiê

Está a todo vapor o processo de construção do dossiê que deve denunciar as violações dos Direitos Humanos no centro de São Paulo. Os movimentos e entidades articulados no Fórum Centro Vivo estão promovendo uma série de debates que devem auxiliar a construção do documento. O próximo acontece dia 15 de agosto, das 14 às 17 horas, no espaço Ayl Carmela, rua dos Carmelitas, 140, Sé.

### Mais respeito

Dois agentes de segurança que trabalhavam na Estação de Mogi das Cruzes foram afastados de suas funções pela CPTM (Companhia Paulista de Trens Metropolitanos) por arrastar um morador de rua que estava em frente à estação. O episódio aconteceu no dia 27 de julho e foi noticiado pelo jornal Mogi News.

### Homenagem

Morreu na madrugada do dia 26 de julho o João do Apito, morador de Santo Amaro. Ex-morador de rua e há 30 anos guardador de carros na esquina da rua Isabel Schmidt com a rua Ministro Roberto Alves, João Roiz da Trindade, seu nome de registro, morava com esposa e duas filhas em um apartamento popular, cuja entrada conseguiu dar com as economias de uma vida toda de trabalho.

### Tenda

A secretária de Assistência e Desenvolvimento Social, Alda Marco Antonio, inaugurou dia 24 de julho o centro de convivência para os moradores de rua do Parque D. Pedro II. O local, que possui um formato de tenda, tem aproximadamente 150 metros quadrados, seis banheiros químicos, dois chuveiros e televisão. Os agentes sociais ficam no local por doze horas diárias, das 9 às 21 horas.

### Albergue fechado

O albergue do Viaduto Pedross, na Bela Vista, deve começar a encerrar seu trabalho no final de outubro. Este será o terceiro equipamento fechado em um ano. Os moradores de rua não contam mais com o São Francisco, no Glacé, e nem com o Centro de Acolhida Jacaré, na Bela Vista.

### Moradias populares no chão

A Prefeitura de São Paulo continua trabalhando para demolir os prédios de moradia popular na região do Parque Dom Pedro II. Um dos entraves para a ação, segundo o jornal Folha de S. Paulo, é que o poder público ainda não tem a posse de 25 dos 45 imóveis. Sem a documentação, a demolição não pode ser completada em seis meses, conforme anunciado. Estão no pacote da demolição o São Vito e o Mercúrio.

### Ação

A Defensoria Pública do Estado e entidades sociais entraram com pedido na Justiça para a suspensão das demolições do São Vito e do Mercúrio, local em que deve ser construído uma praça. A decisão da Justiça ainda não foi divulgada.

### A volta I

A Câmara Municipal retomou em agosto os debates sobre a revisão do Plano Diretor Estratégico (PDE) de São Paulo. Os vereadores conseguiram suspender a decisão da Justiça que revogava as três audiências públicas já realizadas e proibia a discussão de parte da proposta, encaminhada pelo prefeito Gilberto Kassab (DEM). Devem acontecer mais 31 audiências públicas, em todas as subprefeituras da cidade.

### A volta II

A audiência na subprefeitura do Sé aconteceu dia 3 de agosto no Sindicato dos Engenheiros. Aconteceu algo que foi alvo de críticas em outras audiências sobre o tema. O debate sobre a cidade foi caracterizado por uma linguagem extremamente técnica, do ponto de vista jurídico e urbanístico.

Envie pequenas notícias para:  
redetua@uol.com.br

## Desaparecido

Pedro Gomes

59 anos

contato:  
(11) 3311-6642  
3227-8683  
(falar com Karina)

redetua@uol.com

Pedro apresenta perda de memória.  
Desapareceu dia 13 de julho de 2009  
em São Paulo



## Prioridade Nacional

Cleia Rosa

Camila Potyara Pereira é socióloga e doutoranda em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB) onde participa de vários grupos de estudos. A pesquisa realizada no mestrado e apresentada, em 2008, no Departamento de Serviço Social da UnB virou livro "Rua sem Saída".

Camila, além de analisar as condições de vida e as políticas públicas em relação às pessoas e famílias em situação de rua de Brasília, destina parte de seu trabalho, em linhas gerais, à análise da pobreza no Brasil, desde o início do século XX.

**O Trecheiro:** Por que o livro se chama "Rua sem Saída"?

Quando escolhi este título tive a intenção de instigar uma reflexão aos leitores: no atual contexto social e político, no qual impera um verdadeiro descaso dos poderes públicos frente às demandas de um grupo composto por milhares de cidadãos em situação extrema como a situação de rua, não há saída. Estas serão criadas na medida em que essas pessoas se tornem prioridade nacional. É inconcebível, em um País que se destaca na economia, no esporte, na cultura e na tecnologia mundiais, existir um contingente populacional considerável que não tem acesso a condições mínimas de vida. Para que a rua tenha saída, a teoria, a mentalidade, o imaginário popular, a prática e as ações políticas deverão sofrer sérias transformações.

**O Trecheiro:** Quais são as principais conclusões do seu trabalho?

Em primeiro lugar, que a população de rua de Brasília possui uma série de particularidades que a diferencia do mesmo grupo populacional nos demais estados do País.



Os estados e levantamentos realizados no Brasil dizem que nas ruas e em

albergues vivem, na sua maioria, homens, solteiros e que escolhem os centros das cidades como principal local de moradia e sobrevivência em virtude da maior facilidade em conseguir alimentação e trabalho.

Ao contrário, a população de rua de Brasília é composta essencialmente por famílias, sendo que, aproximadamente, 51% do total da população, é de mulheres. Além disso, para permanecer na Capital, essas pessoas precisam se esconder. A esse respeito recordo-me de um diálogo entre dois moradores de rua vindos de Recife, um deles diz: "Cara, desde que chegamos aqui não vi ninguém na rua! Onde está o povo da rua de Brasília?" Frente a essa afirmação o outro ponderou e respondeu: "Acho que por estarem mais perto do governo federal, já devem ter saído da rua".

No entanto, a explicação verdadeira passa pela forte vigilância do governo local quanto ao uso considerado indevido do solo e pelas práticas higienistas de controle e gestão da pobreza que expulsam os pobres para a periferia ou para a cidade de

origem. Por isso, morar nas ruas de Brasília significa morar no meio do mato, dentro de buracos, atrás de prédios abandonados.

A segunda conclusão é que a população de rua nunca teve prioridade nas ações governamentais, sejam elas federais ou estaduais. As únicas políticas voltadas para esse segmento na Capital, quando não são repressoras e punitivas, são extremamente irracionais já que não atendem às reais necessidades desse segmento e perpetuam a situação de precariedade social em que vivem.

**O Trecheiro:** Que ações você indicaria para a política pública?

Antes de qualquer coisa, ser tratada como prioridade. A situação vivida pela população de rua no Brasil e no mundo, não pode ser apenas um objeto de estudo. Os acadêmicos, governantes e gestores de políticas têm o dever moral de transformar conceitos e propostas em respostas práticas. E, para que essas respostas funcionem, devem estar articuladas nas três esferas de poder e integradas setorialmente, principalmente entre as áreas da Assistência Social, Saúde e Habitação e discutidas em instâncias coletivas de participação.

## "O que é cidade de origem pra quem não tem mais para onde ir?"

É assim que Sebastião Nicomedes de Oliveira apresenta sua peça "O Homem Sem País". Tão, seu apelido, conhecia a realidade de quem está nas ruas e em albergues de São Paulo, mas não a do Brasil. Viajou durante um ano (maio de 2008-2009) a várias cidades brasileiras com o objetivo de publicar os resultados de suas pesquisas e reflexões. Enquanto o livro não fica pronto, surgiu esta peça que Tão apresentou em São Paulo e em algumas outras cidades do estado.

**O Trecheiro:** Do que trata sua peça?

Fala dos homens e das mulheres sem-teto, sem emprego, sem renda e que vivem sem o direito de ir e vir, ser, estar, permanecer. Conta a história do Barba, um morador de rua que de tanto tempo esquecido vai perdendo a própria identidade. A vida fez dele uma marionete, perdendo o controle das vontades e o direito de Ser.

Expulso de cidade em cidade, embala uma fuga constante, questionando o abandono da Pátria. Um dia, desesperado, Barba tenta a própria morte. O filme da vida passa na cabeça, trazendo-o de volta, entre recordações boas, a certeza de que não é um vegetal. No dia de seu aniversário, comemorando de maneira inusitada, constrói um presente, pelo qual envia a Deus

um telegrama que vai mudar para sempre seu destino.

**O Trecheiro:** Onde você já a apresentou e como foi a receptividade?

Apresentei para professores e alunos do curso de Serviço Social da Uninove Vila Maria com a estreia na Uninove Santo Amaro. E, também, na Casa Restaura-me - casa de acolhida no Brás e na abertura da Conferência de Assistência Social de Osasco, em que o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA) realizaram um feito inédito, isto é, uma conferência unificada. Esta apresentação foi especial, porque houve um encontro de gerações na plateia.

De modo geral, a receptividade tem sido muito boa e além do esperado. Parece que há um poder de transformação, por meio das provocações, reflexões e sentimentos, que essa peça desperta nas pessoas. Ela pode provocar mudanças e transformações.

**O Trecheiro:** Quais os planos da peça?

Em agosto, ela volta em cartaz em São Paulo e há planos também para uma turnê nacional.

Sebastião Nicomedes é escritor, ex-morador de rua, colaborador da OCAS e do O Trecheiro.  
nicomedesoliveira@hotmail.com  
www.diariotiao.zip.net/





## O mundo das ruas

## nas ruas do mundo

# Na rua pela paz, em frente à Casa Branca

Estados Unidos

Arlindo Pereira Dias

2ª parte

Ela passa a maior parte do seu tempo em uma barraca de lona no centro de Washington DC, capital dos Estados Unidos. Também não faz parte do *staff* da Casa Branca, mas está sempre por ali. Trata-se de Concepción Picciotto nascida em Vigo, na Espanha, em 1945.

Emigrou-se para os Estados Unidos em 1963, onde trabalhou no Consulado da Espanha. Em 1965, casou-se com um homem de negócios italiano com quem teve uma filha. Ao separar-se do esposo, em 1974, perdeu o trabalho, a casa e a custódia da filha. A partir daí iniciou uma batalha contra o sistema legal dos Estados Unidos, que se transformou em protesto permanente contra o governo. Desde 1981, montou uma barraca em



Fotos: Arlindo Pereira Dias - Rio de Rua



frente à Casa Branca, em Washington DC, capital do país.

Com informações em diversas línguas e fotos das consequências desastrosas da guerra, ela funciona como uma espécie de recepção paralela aos turistas que visitam a Casa Branca. O seu protesto pacífico denuncia a insensatez da proliferação de armamentos nucleares e o uso irracional do dinheiro em armas enquanto milhões de pessoas morrem de fome ao redor do planeta.

Quem passa em frente à Casa Branca, terá necessariamente um encontro com Concepción ou deverá fingir que não viu. Uma agradável e incômoda companhia por sinal!

## Cinco pães e dois peixes...

Dennis Newton é missionário do Verbo Divino e atua na localidade de Techy, arredores de Chicago. Há cerca de nove anos atrás decidiu tornar-se voluntário no projeto *LIT Fishes* (Dois peixes) da Igreja do Povo. Além disso, a cada semana, com um grupo voluntário ele leva comida e roupa a 65 homens nas ruas da cidade. Numa manhã fria do mês de março, Denis me conduziu ao refectório dos moradores de rua no centro da cidade. Após acompanhar o serviço das refeições, que não se difere em nada dos oferecidos no Brasil, tive a oportunidade de ser acolhido e conversar com

Will Pruitt, assistente do projeto.

O projeto oferece almoço para 150 pessoas de rua, quatro dias por semana e funciona em um amplo salão da Igreja no centro de Chicago. Will nos explicou que começou como voluntário e, em 1999, foi contratado como funcionário. Nascido na Filadélfia, mudou-se para Chicago em 1993. Ao perder o emprego, foi para as ruas e perdeu também seus documentos.

De acordo com Will, cerca de 75% das pessoas nas ruas de Chicago são homens, a maioria dependente de álcool e drogas, muitos com problemas mentais ou são ex-presidiários. Cerca de 70%

seriam afro-americanos, alguns latinos e uns poucos asiáticos e cerca de 25% brancos. Para ele, uns 10% estão temporariamente na rua devido à perda do emprego. Os problemas principais são como conseguir a identidade, ter onde dormir e encontrar trabalho. Will ressalta que muita gente tem preconceito contra as pessoas de rua. "A crise certamente fará crescer o número de pessoas na rua", acrescenta. Embora reconheça a grande presença dos voluntários ele declara que em seu país é preciso "diminuir o individualismo e crescer o senso de comunidade".



Will Pruitt, assistente do projeto e Denis Newton, missionário do Verbo Divino

## "A luta é sempre coletiva"



Cleia Rosa

No dia 4 de julho foi realizada mais uma plenária FalaRua na Casa de Oração. Inicialmente, Anderson (MNPR) comunicou aos presentes o convite feito à secretária da Smads e vice-prefeita, Alda Marco Antonio, para participar da plenária. Até o final da reunião, ela não apareceu. Em seguida, Anderson parabenizou os conselheiros eleitos e destacou a tarefa do Conselho de Monitoramento que é denunciar a realidade, defender o direito de ficar nas ruas com dignidade e respeito e lutar

por alternativas dignas de saída das ruas.

Em seguida, alguns, na apresentação, além dos nomes apontaram razões de estarem em situação de rua, como: a falta de emprego, trabalho e até mesmo de bicos. Nem mesmo as frentes resolveram a situação de trabalho! Um dos presentes apontou o preconceito sofrido por quem está nas ruas ao ser chamado de mendigo, morador de rua e pobre. De fato, "somos excluídos, somos expropriados, sequestrados, porque exclusão

social é sequestro", disse João da Silva.

Um depoimento comovente de Claudemir de Barros apontou a desesperança de encontrar sozinho saídas e pede que alguém com experiência indique o que fazer para resolver a situação de rua em que se encontra.

Após a apresentação, foi dada a palavra aos presentes para que falassem abertamente sobre os problemas que viam na conjuntura política atual, uma vez que a Plenária FalaRua é um espaço de todos para participar e denunciar, disse o coordenador da reunião.

Segundo um participante, o Projeto Boracéia está em péssimo estado, com bunheiros entupidos e sujos, e mesmo sendo de conhecimento da administração do Projeto nada é resolvido. Há filas enormes para almoço. As pessoas ficam nervosas e reclamam e estas são colocadas para fora do Projeto até mesmo sob chuva. "Há um desrespeito muito grande e se estamos neste movimento precisamos nos unir para lutar de verdade para mudar esse tipo de situação", disse Raimundo Norato.

Falou-se também do aumento do número de pessoas nas ruas

e da situação caótica de atendimento de certos serviços, além da violência cada vez mais acentuada nas ruas.

Outro aspecto levantado por várias pessoas diz respeito à Lei nº. 12.316, que apesar de ter sido regulamentada em 2001, na gestão Marta Suplicy, ela não foi implantada. Questionou-se se é por desinteresse, descaso ou incompetência dos governantes.

Todos concordaram que é preciso lutar pelo cumprimento dessa lei, particularmente, na criação de novas oportunidades de trabalho e geração de renda e de serviços de saúde. A ênfase, também, foi pelo empenho de maior participação e organização da população em situação de rua.

Outros mencionaram o papel importante do Conselho de Monitoramento, que tem a tarefa de cobrar a presença de todas as secretarias. É preciso que elas atuem de forma integrada e apresentem os recursos financeiros e programas previstos no orçamento destinado à população de rua. Os conselheiros do Monitoramento são representantes da cidade e não dos serviços nos quais se vinculam.

Apesar de ter sido apontada

a pouca participação na eleição recente do Conselho de Monitoramento, foi dito que os presentes estavam conscientes e informados e, espera-se que os conselheiros promovam discussões, maior união de todos e que divulguem que "nossa luta é para melhorar a qualidade de vida da população", disse um dos participantes.

Ainda, foi destacado o papel das organizações que devem desenvolver um trabalho educativo e estimular a participação de todos por meio de atividades nos serviços.

Um dos participantes resumiu bem os sentimentos dessa plenária, ao dizer que não se deve trabalhar sozinho porque "a luta é sempre coletiva".

Ao final, foram dados vários informes, particularmente, que o MNPR foi ampliado em alguns estados e hoje há representantes na Bahia, Rio de Janeiro, Paraná, Ceará, Minas Gerais e São Paulo; o Fórum de Debates vai retomar suas atividades no dia 29 de agosto das 14 às 17 horas no Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos com Walter Varanda; o MNPR criou uma Comissão de Direitos Humanos e conta com vários parceiros nessa empreitada.