

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René-Rachou**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**Direitos humanos e vulnerabilidade social: o acesso à água e ao esgotamento sanitário de  
pessoas em situação de rua**

por

Priscila Neves Silva

**Belo Horizonte**  
**2017**

**Priscila Neves Silva**

**Direitos humanos e vulnerabilidade social: o acesso à água e ao esgotamento sanitário de pessoas em situação de rua**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde

Orientação: Prof. Dr. Léo Heller

**Belo Horizonte**

**2017**

Catálogo-na-fonte  
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ  
Biblioteca do CPqRR  
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

S586d Silva, Priscila Neves.  
2017

Direitos humanos e vulnerabilidade social: o acesso à água e ao esgotamento sanitário de pessoas em situação de rua / Priscila Neves Silva. – Belo Horizonte, 2017.

X, 107 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 104 - 109

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Equidade no Acesso à Água/políticas 2. Esgotos/estatística & dados numéricos 3. Pessoas em Situação de Rua/estatística & dados numéricos I. Título. II. Heller, Léo (Orientação).

CDD – 22. ed. – 613.287

**Priscila Neves Silva**

**Direitos humanos e vulnerabilidade social: o acesso à água e ao esgotamento sanitário de pessoas em situação de rua**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde

Orientação: Prof. Dr. Léo Heller

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Léo Heller (CPqRR/FIOCRUZ) - Presidente

Prof. Dra. Paula Dias Bevilacqua (UFV) - Titular

Prof. Dra. Sonaly Cristina Rezende Borges de Lima (UFMG) - Titular

Prof. Dra. Uende Aparecida Figueiredo Gomes (UFMG) - Titular

Prof. Dra. Zelia Maria Profeta da Luz (CPqRR /FIOCRUZ) - Titular

Prof. Dra. Celina Maria Modena (CPqRR /FIOCRUZ) - Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 09/03/2017

À Clarice, com todo amor e com a esperança de que  
possa viver em um mundo mais justo e democrático

Às pessoas em situação de rua, com solidariedade e  
respeito

## **Agradecimentos**

À Coordenação de Aperfeiçoamento e Pessoal de Nível Superior (Capes) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) pelo financiamento concedido a este projeto;

Ao Prof. Léo Heller, encontro feliz que a vida me proporcionou, por se dispor a me orientar, pela generosidade e gentileza durante todo o processo e por topar embarcar nas minhas loucuras e decisões inesperadas;

À Prof. Celina Maria Modena que, desde o mestrado, sempre me apoiou e me incentivou acreditando na minha capacidade em realizar meus planos e desejos, e por me apresentar ao Léo. Tenho ciência de que sem ela esse encontro não seria possível.

À Giselle Isabele Martins, por dividir os dias na Pastoral, nas ruas e praças de Belo Horizonte, e por toda ajuda e colaboração, sem ela seria impossível defender esta tese no prazo de 2 anos.

Às amigas, Bianca, Daiana, Fernanda Fonseca e Janete, por todas as trocas, confidências, apoio e amizade

Aos companheiros do PPDH e do René, em especial ao Colin, Maria Inês, Bernardo e Fernanda Menezes com quem divido meu dia-a-dia e compartilho minhas ideias, anseios e interesses;

À Patrícia e à Elisa, por toda ajuda sempre que precisei.

À Pastoral de Rua de Belo Horizonte, por ter me recebido com tanta generosidade e pela contribuição e apoio à pesquisa.

À população em situação de rua que me recebeu com tanto carinho, dividindo sua vida com muita disponibilidade e generosidade;

Aos meus pais, pelo amor e carinho de uma vida, por todo apoio sempre que precisei, por me estimular a sempre seguir em frente e por acreditar e torcer pelos meus sonhos;

Ao Henrique pelo companheirismo, amor, apoio, por dividir comigo esta caminhada, por acreditar e tomar para si minhas escolhas e pela construção de uma vida juntos, com percalços e conquistas.

## Resumo

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas e o Conselho de Direitos Humanos reconheceram, em julho de 2010, o acesso à água e ao esgotamento sanitário como um direito humano fundamental, uma vez que estes recursos são fundamentais para a saúde, dignidade e prosperidade. Relatório da Organização Mundial de Saúde e da Unicef, publicado em 2015, estima que em todo o mundo 663 milhões de pessoas não têm acesso a soluções melhoradas de água potável e 2,4 bilhões de pessoas não têm acesso a soluções melhoradas de esgotamento sanitário sendo as populações vulneráveis as mais afetadas. A vulnerabilidade deve ser entendida sobre a ótica de múltiplos condicionantes, não sendo, portanto, algo inerente a grupos específicos. Ela se relaciona a fatores individuais contextuais e programáticos sendo, portanto, determinada por condições e circunstâncias que podem ser modificadas através de políticas públicas proativas, preventivas e protetoras. Neste sentido, este trabalho, com abordagem qualitativa, visa analisar, na perspectiva dos direitos humanos, as condições de acesso à água e esgotamento sanitário da população em situação de rua do município de Belo Horizonte. Para isso, foram realizadas observações sistemáticas não-participativas, entrevistas individuais e em grupo, com roteiro semiestruturado, com pessoas em situação de rua. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para análise utilizando a técnica de análise de conteúdo. Observou-se sistemática violação do direito humano à água e ao esgotamento sanitário afetando, principalmente, as mulheres, que perdem a privacidade e, em alguns casos, chegam a sofrer violência. Os resultados do estudo podem contribuir para a orientação da definição de políticas públicas capazes de reduzir as iniquidades no acesso a estes recursos, minimizando, assim, os problemas de saúde destas populações e a violação dos seus direitos.

**Palavras-chave:** Direitos Humanos, Vulnerabilidade Social, Água, Esgoto, População em Situação de Rua.

## **Abstract**

The United Nations General Assembly and Human Rights Council have recognized, in July 2010, access to water and sanitation as a fundamental human Right, once these resources are essential for health, dignity and prosperity. Report of the World Health Organization and UNICEF, published in 2015, estimates that 663 million people worldwide have lack access to improved solutions for drinking water and 2.4 billion have lack access to improved solutions for sanitation, being vulnerable populations the most affected ones. The vulnerability must be understood in a multiple conditions view, not being, therefore, inherent to specific groups. It is related to contextual, programmatic and individual factors, for this reason, it is determined by conditions and circumstances that can be modified through proactive, preventive and protective policies. In this sense, this work, with a qualitative approach, aims to analyze, from the perspective of human rights, the conditions of access to water and sanitation of the homeless people of Belo Horizonte city. Non-participatory systematic observation, individual and group interviews were conducted using a semi-structured guide. The interviews were recorded and transcribed and content analysis technique was used to do data analysis. There was systematic violation of the human right to water and sanitation affecting mainly women, who lose their privacy and, in some cases, suffer violence. The results of the study may contribute to the orientation for public policies definition, reducing inequities in access to these resources, and minimizing health problems and rights violation that affect these population.

**Key words:** Human Rights; Social Vulnerability, Water; Sanitation; Homeless

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

DHAES - Direitos Humanos à água e esgotamento sanitário

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSR- População em Situação de Rua

## SUMÁRIO

1 Introdução-----	11
2 Objetivos-----	14
2.1 Objetivo Geral-----	14
2.2 Objetivos Específicos-----	14
3 Referencial Teórico-----	15
3.1 Direitos Humanos-----	15
3.1.1 Direitos Humanos e Cidadania-----	15
3.1.2 Direitos Humanos e Saúde-----	19
3.2 Vulnerabilidade Social-----	26
3.2.1 Histórico e implicações para a saúde-----	26
3.2.2 Vulnerabilidade, exclusão e acesso à direitos-----	33
3.2.3 População em situação de rua-----	36
3.3 Direito Humano à Água e ao Esgotamento Sanitário-----	40
3.3.1 Direito Humano à Água e ao Esgotamento Sanitário: o que traz de novo?-----	40
3.3.2 Acesso à água e ao esgotamento sanitário de populações vulneráveis: população em situação de rua.-----	46
4 Metodologia-----	50
4.1 Referencial Metodológico-----	50
4.2 Percurso Metodológico-----	50
4.4 Coleta e Análise dos Dados-----	54
4.5 Principais Riscos e Benefícios da Pesquisa e Divulgação dos Resultados-----	55
4.6 Ética-----	56
5 Resultados -----	57
5.1 The human right to water and sanitation: a new perspective for public policies -----	57
5.2 The right to water and sanitation as a tool to the health promotion of vulnerable groups -----	73
5.3 “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua de Belo Horizonte, Brasil, sobre o direito humano à água e ao esgotamento sanitário.-----	87
6 Conclusão-----	101
Referências-----	104
Apêndices -----	110
Apêndice I - Roteiro de Entrevistas-----	110
Apêndice II - Características dos Entrevistados. Entrevista Individual -----	112
Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	113
Anexo -----	115
Anexo I - Parecer do Comitê de Ética-----	115

## 1 INTRODUÇÃO

A água e o esgotamento sanitário foram reconhecidos como direito em 2010 pela Assembleia Geral e pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas. Eles derivam de outros direitos, como direito a um adequado nível de vida, direito à saúde física e mental, direito à vida e à dignidade, e se originaram do Tratado Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estando, portanto, amparado nas leis internacionais de direitos humanos. Os defensores dos direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário afirmam que não há como garantir o direito a um nível de vida que assegure saúde e bem-estar, previsto no artigo 25 da Declaração de Direitos Humanos de 1948, sem garantir o acesso a esses serviços.

Assim, o referencial teórico dos direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário (DHAES) foi internacionalmente reconhecido após aprovação, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2010, da resolução A/RES/64/292 sobre “Direito humano à água e ao esgotamento sanitário” (UNGA, 2010). Esta resolução, que partiu do Comentário Geral nº 15 (OHCHR, 2010), elaborado em 2002 pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, implica obrigações legais aos Estados. Uma vez que os Estados são responsáveis por garantir acesso à água e ao esgotamento sanitário sem discriminação para toda a população, o referencial teórico do DHAES é uma importante ferramenta para regulamentar o uso da água em diversos países, contribuindo de maneira significativa para a elaboração e implementação de políticas públicas.

Segundo o Comentário Geral nº15 (OHCHR, 2010), o acesso à água deve ser fisicamente e financeiramente acessível, e a água deve ser segura, aceitável e estar disponível em quantidade suficiente para uso pessoal e doméstico (OHCHR, 2010). Em relação ao esgotamento sanitário, além dos conteúdos normativos referentes ao acesso à água, ele deve ser aceito social e culturalmente e os países devem assegurar a privacidade do acesso e garantir a dignidade e segurança (HELLER, 2015). Assim, o direito humano à água reconhece que todas as pessoas necessitam de acesso à água em quantidade suficiente para beber, cozinhar, fazer a higiene pessoal e da casa, além de acesso a serviços de esgoto que não comprometam sua saúde ou dignidade. A falta desses recursos afeta tanto a saúde como a qualidade de vida. Além disso, ao considerar o acesso à água e ao esgotamento sanitário como uma questão de direitos humanos, os países devem garantir princípios básicos como: não-discriminação/equidade, responsabilidade, sustentabilidade, transparência, acesso à informação e participação social (OHCHR, 2010).

O Programa de Monitoramento Conjunto sobre água e esgotos (WHO/UNICEF, 2015) estima que em todo o mundo 663 milhões de pessoas não têm acesso melhorado à água potável e

2,4 bilhões de pessoas não têm acesso melhorado ao esgotamento sanitário, sendo as populações vulneráveis as mais afetadas. Por definição, fontes melhoradas são aquelas capazes de proteger a água de contaminação externa (WHO/UNICEF, 2015). Importante salientar que o acesso melhorado não garante que os conteúdos normativos do direito humano à água serão garantidos. Estudos vêm apontando que alguns acessos considerados melhorados não evitam a contaminação da água e não garantem a disponibilidade e que, sendo assim, o uso de desses serviços não aumentam os benefícios em saúde quando comparados com serviços considerados impróprios (JAGALS, 2006; SHAEED *et al*, 2014).

Apesar de o acesso a estes serviços ter melhorado nos últimos anos, em especial devido aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pactuados em 2000, relatório publicado pela UNICEF, em 2015, aponta que ainda existem muitas disparidades. Enquanto as populações que vivem em regiões mais desenvolvidas conseguiram acesso universal a esses serviços, 48 países considerados de baixo desenvolvimento ainda apresentam grandes deficiências, principalmente na África Subsaariana e no sudeste asiático.

Com o intuito de dar continuidade aos avanços proporcionados pelos ODM, mas agora incluindo princípios dos direitos humanos, em 2015 foram pactuados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com a finalidade de erradicar a pobreza em todas as suas dimensões (UN,2015). Os 17 objetivos almejam o combate à iniquidade para todos, sem discriminação. Eles são integrados e indivisíveis, equilibrando-se nas dimensões econômica, social e ambiental do desenvolvimento sustentável. Ao reconhecerem que a dignidade da pessoa humana é fundamental e que para conseguir erradicar a pobreza é necessário valorizar as demandas das populações vulneráveis, salientam a necessidade de empoderamento desses grupos populacionais. Além disso, reafirmam a responsabilidade de todos os Estados em respeitar, proteger e promover os direitos humanos e as liberdades fundamentais para todos, sem distinção. Ninguém deve ser deixado para trás.

Com relação ao acesso à água e ao esgotamento sanitário, foi pactuado o objetivo 6 - Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e do esgotamento sanitário para todos até 2030 - contemplando seis metas. As metas 6.1 e 6.2 visam, respectivamente, eliminar a desigualdade no acesso à água potável para que todos, sem discriminação, possam ter acesso à água segura e de qualidade; e garantir acesso adequado ao esgotamento sanitário visando acabar com a defecação ao ar livre e dando especial atenção às necessidades das mulheres e daqueles em situação de vulnerabilidade(UN, 2015). Estas novas metas, construídos sob o referencial dos direitos

humanos e visando à sustentabilidade, vêm responder às questões de iniquidade observadas na realização dos ODM.

Neste sentido, avaliar como ocorre o acesso à água e ao esgotamento sanitário de populações vulneráveis pode auxiliar na implantação de políticas públicas que visam melhorar este acesso. Em vista disso, o objetivo deste trabalho é analisar o acesso à água e ao esgotamento sanitário da população em situação de rua do município de Belo Horizonte utilizando, para isso, os marcos teóricos dos direitos humanos e da vulnerabilidade social.

Para atingir este objetivo o texto apresenta, inicialmente, as abordagens teóricas utilizadas na pesquisa. O referencial de direitos humanos, e sua relação com a saúde e a cidadania, são apresentados com a finalidade de entender a relação entre os dois temas e como devem ser analisados em conjunto, visando à promoção da saúde de populações vulneráveis. Em seguida, o conceito de vulnerabilidade é apresentado seguido de uma análise sobre a população em situação de rua do município de Belo Horizonte. Para finalizar, aborda-se o referencial do direito humano à água e ao esgotamento sanitário, e como este pode ser utilizado na elaboração de políticas públicas com a finalidade de promover a saúde da população em situação de rua.

Após a discussão dos marcos teóricos é apresentado o percurso metodológico desenvolvido para este estudo e os artigos elaborados a partir dos referenciais teóricos e dos dados coletados. Os dois primeiros artigos tratam da importância do referencial teórico do direito humano à água e saneamento como instrumento para a elaboração de políticas públicas que respeitem os conceitos normativos dos direitos humanos promovendo uma vida mais digna à toda população, e foram publicados na revista *Ciência e Saúde Coletiva*. O terceiro artigo refere-se ao resultado da pesquisa com a população em situação de rua no município de Belo Horizonte - MG e foi submetido à revista *Cadernos de Saúde Pública*.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Analisar, na perspectiva dos direitos humanos, o acesso à água e ao esgotamento sanitário da população em situação de rua do município de Belo Horizonte

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Definir o DHAES e apontar as principais implicações de sua utilização para as políticas públicas
- Compreender como o referencial do Direito Humano à Água e ao Esgotamento Sanitário pode ser utilizado para promover a saúde de populações vulneráveis
- Compreender como é o acesso à água e ao esgotamento da população em situação de rua do município de Belo Horizonte

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Direitos Humanos**

##### **3.1.1 Direitos Humanos e Cidadania**

O direito humano é um conceito que está sempre em evolução, em constante processo de construção e reconstrução. Na Idade Média os direitos eram diferentes entre os indivíduos. As pessoas eram consideradas mais ou menos valiosas em decorrência do contexto social que haviam nascido. Este contexto marcava a posição que iriam ocupar na sociedade, grupos privilegiados e grupos sem privilégios, além de seus direitos e deveres. As pessoas eram consideradas desiguais desde o nascimento. Isso produzia uma sociedade marcada por luxo e riqueza, de um lado, e miséria e fome, do outro. Essa desigualdade era o resultado das relações sociais existentes na época (GOMES, 2016; GARCIA, 2016; NETO, LEANDRO, ARRUDA, 2016).

O início da mudança desse conceito surgiu com o Renascimento e a valorização do indivíduo, e com o estabelecimento de uma visão antropocêntrica do universo em substituição à visão teocêntrica. Posteriormente, o Iluminismo estabeleceu a razão como uma característica intrínseca a todos os seres humanos. Duas revoluções, a Revolução Americana em 1776 e a Francesa em 1789, foram o marco para a entrada na modernidade. Elas se opunham ao poder arbitrário da monarquia e à estrutura desigual, típica da idade média. A partir de então, os indivíduos passaram a ser vistos como iguais por natureza, independentemente de suas características físicas ou posição social, e dotados de um valor universal. Surge o conceito de dignidade da pessoa humana, base fundamental para a formulação de direitos que pertencem igualmente a todas as pessoas, os direitos humanos.

Todo ser humano, para além de qualquer característica externa – como cor, raça, classe, crença religiosa, nacionalidade, orientação sexual –, é dotado de um valor universal que lhe é atribuído pelo mero fato de se tratar de um ser humano. (GOMES, 2016; p.17)

O primeiro conjunto de direitos humanos que surgiu foram os Direitos Individuais ou Direitos Civis. Eles se opunham ao poder absoluto das monarquias defendendo a liberdade, e reconheciam que todos os indivíduos tinham os mesmos direitos, independente da classe social a que pertenciam. No entanto, esses direitos não estariam assegurados se a monarquia ou o Estado pudesse alterar as leis sem consultar a população. Era necessário, portanto, que os indivíduos pudessem participar da elaboração de leis diretamente ou através de representantes. Surgia, assim, os Direitos Políticos que asseguravam a participação dos indivíduos dentro do Estado, na

elaboração das leis e na execução das atividades políticas e administrativas. Assim foi formada a primeira geração de direitos humanos: os Direitos Cíveis e Políticos (GOMES, 2016; GARCIA, 2016; NETO, LEANDRO, ARRUDA, 2016).

A democracia que surgiu após a elaboração da primeira geração de direitos humanos era excluyente, pois só uma parcela restrita da sociedade tinha acesso a suas benesses. Ela representou a vitória da burguesia sobre a monarquia, a nobreza, o clero, mas também sobre os pobres que tiveram suas demandas reprimidas. A vitória da burguesia resultou na construção de um modelo econômico liberal, onde a intervenção do Estado na sociedade era mínima e era regida pelos interesses livres do mercado. Assim, a formulação dos direitos de primeira geração não foi suficiente para reduzir a miséria e a desigualdade, uma vez que não levava em consideração a situação em que viviam as pessoas mais vulneráveis. Com isso, surgiram novas lutas sociais que reivindicavam outros direitos, entre eles o sufrágio universal, permitindo que todos tivessem direito a votar e serem votados. Além disso, o Estado começou a intervir na sociedade e na economia buscando assegurar uma sociedade mais igualitária.

Uma das formas encontradas para ampliar a participação do Estado foi a elaboração da segunda geração de direitos, os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Os direitos econômicos passaram a regular o mercado; os direitos sociais asseguravam acesso à saúde, educação, lazer, moradia, assistência social e previdência social, entre outros; e os direitos culturais permitiram a participação e expressão cultural (GOMES, 2016; GARCIA, 2016; NETO, LEANDRO, ARRUDA, 2016).

Direitos Humanos, portanto, são um fenômeno tipicamente moderno e podem ser definidos:

como um conjunto de direitos que estão inscritos em normas jurídicas, geralmente tratados e acordos de natureza internacional, e cujo conteúdo refere-se a aspectos fundamentais da dignidade universal do ser humano. (GOMES, 2016; p.26)

Eles possuem características que são essenciais para sua compressão, entre elas pode-se citar (GOMES, 2016; PIOVESAN, 2004):

- ✓ Historicidade: não são fixos, alteram-se em decorrência de lutas sociais ao longo do tempo
- ✓ Inexauribilidade: os direitos humanos já reconhecidos em tratados podem ser ampliados e novos direitos humanos podem surgir
- ✓ Imprescritibilidade: esses direitos não se perdem com o passar do tempo, não prescrevem, podem sempre ser reivindicados.
- ✓ Universalidade: os direitos humanos se referem e devem alcançar todos os seres humanos, sem discriminação.
- ✓ Inalienabilidade: não podem ser transferidos de uma pessoa a outra

- ✓ Irrenunciabilidade: não se pode renunciar aos direitos humanos
- ✓ Inviolabilidade: os direitos reconhecidos em tratados internacionais não podem ser violados nas constituições nacionais
- ✓ Interrenacionalidade: a proteção aos direitos humanos deve ser feita a nível nacional, regional e internacional. Deve haver uma interrelação entre os diferentes níveis
- ✓ Efetividade: o poder público deve garantir a efetividade dos direitos humanos
- ✓ Indivisibilidade: os direitos humanos são indivisíveis, não há um mais importante que o outro, só podem ser entendidos no todo.
- ✓ Interdependência: a realização adequada de um direito humano não é possível sem a realização dos outros, eles são interdependentes.
- ✓ Vedação do retrocesso: mesmo que haja alteração ou surjam novos direitos humanos os anteriores não podem ser eliminados do rol de direitos.

A concepção contemporânea de direitos humanos a nível internacional foi fortalecida com a Declaração Universal de Direitos Humanos em 1948 (adotada por 48 países) e reiterada pela Declaração de Viena em 1993 (adotada por 171 países). Ela é o resultado de um movimento que nasceu no pós 2ª Guerra Mundial em decorrência das atrocidades contra seres humanos vivenciadas à época, na qual o Estado foi o grande violador de direitos (Piovesan, 2004). Uma das suas importantes características é a visão integral dos direitos humanos que, para além de serem universais, são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Ou seja, quando um direito é violado, seja ele civil e político, ou econômico, social e cultural, os demais também o são.

Após a aprovação da Declaração Universal, os direitos humanos passaram a ser o novo paradigma e referencial ético de orientação das leis internacionais. Dessa forma, a preocupação de atores estatais e não estatais com relação ao tratamento oferecido aos indivíduos, mesmo que em outros países, tornou-se legítima, pois os indivíduos passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direito que devem ter seus direitos protegidos nacional e internacionalmente. Dessa maneira, a noção de soberania do Estado passou a ser repensada uma vez que se admitiam intervenções internacionais em prol da proteção dos direitos humanos. Segundo Piovesan (2004, p.23), “transita-se de uma concepção ‘hobbesiana’ de soberania centrada no Estado para uma concepção ‘kantiana’ de soberania centrada na cidadania universal”.

O processo de internacionalização e universalização dos direitos permitiu a elaboração de um arcabouço de normas internacionais de proteção e o direito internacional passou a ser reconhecido como da cooperação e solidariedade. Em decorrência disso, foram criados vários tratados, pactos e convenções internacionais que refletem a consciência ética e moral dos diferentes Estados com relação a parâmetros mínimos de proteção dos direitos humanos fundamentais, entre

estes podemos citar: Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos; Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher; Convenção sobre o direito da criança; Convenção internacional sobre todas as formas de discriminação racial; e Convenção sobre o direito das pessoas com deficiência.

Em 1997, a Organização das Nações Unidas lançou o Programa para Reforma, em que convidava todas as suas agências a alinhar seus projetos com os conceitos e princípios dos direitos humanos (UNDG, 1997). O principal objetivo era favorecer o cumprimento dos direitos humanos, estabelecidos na Declaração de 1948 e em outros instrumentos internacionais, especialmente para as populações vulneráveis e marginalizadas, as quais, com maior probabilidade, têm seus direitos violados. Princípios como não-discriminação e equidade, participação, transparência e responsabilidade (*accountability*) deveriam orientar as iniciativas (UNDG, 1997).

O princípio da não-discriminação e equidade reconhece que as pessoas têm diferentes necessidades, devido às características intrínsecas ou a discriminações sofridas ao longo de muitos anos, que as impedem de usufruir dos direitos humanos em iguais condições que os demais. Assim, alguns grupos populacionais requerem suporte de diferentes ordens a fim de conseguirem igualdade de inserção nos benefícios sociais e públicos. O Estado tem como obrigação assegurar, através da legislação e de políticas públicas, que todos os indivíduos, independentemente de raça, idade, sexo, etnia, religião, deficiência e status migratório, entre outras características, possam usufruir de seus direitos, eliminando ou diminuindo as condições que causam discriminação (UNDG, 1997; WHO/UNICEF, 2015;)

Participação e transparência são princípios que permitem à comunidade ter acesso a um processo democrático, participativo, de forma contínua, e em todos os níveis. Todos os indivíduos, incluindo os mais vulneráveis, devem participar do processo de decisão, de forma livre, ativa e significativa. Para isso, transparência e acesso à informação são essenciais. As vozes dos grupos socialmente enfraquecidos não podem ser suprimidas em favor dos interesses dos grupos mais poderosos. Assim, o processo democrático é fortalecido, assegurando a valorização de todas as demandas e opiniões (UNDG, 1997; WHO/UNICEF, 2015).

Como responsabilidade, entende-se que o Estado é aquele que tem a obrigação de fazer cumprir os direitos e a população é a detentora do direito. Quando o Estado não consegue cumprir os direitos consagrados, a população deve ter a possibilidade de recorrer à justiça. Existem várias formas de monitorar os serviços para que as violações possam ser detectadas e corrigidas, como, por exemplo, mecanismos de reclamação de diversos níveis, desde locais até internacionais. Os

movimentos sociais cumprem importante papel nesse monitoramento, podendo exigir que o Estado cumpra com suas obrigações (UNDG, 1997; WHO/UNICEF, 2015).

Logo, a inclusão do referencial de direitos humanos em políticas e programas, assim como em projetos e ações, permite que o foco de algumas atividades, antes baseadas em caridade e assistencialismo, possa ser transferido para a promoção e realização de direitos. Isto contribui para desenvolver a capacidade da comunidade, ou seja, dos detentores de direitos, de lutar por seus direitos e dos responsáveis, em fazer cumpri-los, em assumir suas responsabilidades.

Apesar de todos os esforços para alcançar uma sociedade igualitária, ainda hoje observa-se forte desigualdade social e violação de direitos humanos, principalmente das pessoas mais vulneráveis. Como afirma a declaração de Viena, para além dos conceitos de indivisibilidade e interdependência, os valores de direitos humanos só podem existir se houver democracia (UNHRC,1993). Seria necessário pensar uma nova democracia, mais igualitária, onde valores como desenvolvimento e direitos humanos estejam interligados e onde a dignidade da pessoa humana prevaleça sobre o acúmulo de capital.

Importante salientar a necessidade de assegurar o direito à efetiva participação social, especialmente de grupos sociais vulneráveis. Uma maior transparência na formulação de políticas públicas que afetam estes grupos é base fundamental para o exercício de uma democracia que propõe respeitar as diferenças e tem como objetivo uma sociedade igualitária. As desigualdades sociais devem ser enfrentadas pelo Estado que deve se responsabilizar por respeitar, proteger e promover os direitos humanos buscando sempre a justiça social. Ao respeitar os direitos, o Estado está impedido de violá-los, ao protegê-los tem que impedir que terceiros sejam os responsáveis pela violação e ao promove-los o Estado deve se responsabilizar em elaborar políticas públicas que visem à sua consolidação (GOMES, 2016; GARCIA, 2016; NETO, LEANDRO, ARRUDA, 2016). Com isso, políticas públicas que utilizam os direitos humanos como referencial teórico têm relação direta com a obrigação do Estado em promover direitos.

### **3.1.2 Direitos humanos e Saúde:**

Jonathan Mann, pioneiro em advogar a favor da intersecção entre direitos humanos e saúde, relatou que “o referencial de direitos humanos fornece uma abordagem mais útil para analisar e responder aos desafios da saúde pública do que qualquer outro referencial biomédico tradicional disponível” (MANN, 1996, p.924). Para esse autor, a promoção e proteção da saúde só seriam alcançadas se houvesse promoção e proteção dos direitos humanos (MANN, 1996).

Antes de discutir, de forma mais aprofundada, a relação entre direitos humanos e saúde, é importante salientar que a construção do conceito de promoção de saúde foi essencial para aproximar os dois temas.

O termo Promoção da Saúde, segundo Buss (2009), vem sendo utilizado desde o início do século XX, quando Henry Sigerist, em 1946, definiu os quatro pilares da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. Depois, em 1965, Levell e Clark, ao elaborarem o modelo de história natural da doença voltaram a utilizá-lo. No entanto, o enfoque dado ao termo estava centrado no indivíduo, e as ações de saúde visando promover a saúde consistiam em atividades para modificar os comportamentos individuais. Nesta época, a concepção de saúde tinha como base a medicina e a biologia e se apoiava no modelo biomédico, sendo compreendida como ausência de doença.

Como estas ações não davam o resultado esperado elaborou-se um novo conceito para promoção da saúde, contemporâneo, que parte da concepção ampliada de saúde a qual reconhece o papel protagonizante dos determinantes sociais sobre as condições de saúde da população (BUSS, 2009). Este novo paradigma do processo saúde-doença envolve as dimensões da biologia humana, do estilo de vida, do ambiente e da organização dos serviços de saúde, conhecidos como determinantes sociais da saúde, como corresponsáveis pela qualidade de vida dos indivíduos. Os determinantes sociais de saúde são fatores econômicos, sociais, culturais, ambientais, biológicos, entre outros, que atuam sobre o processo saúde-doença como descrito pelo modelo elaborado em 1991 por Dahlgren e Whitehead (Figura 1).



Figura 1: Determinantes Sociais da Saúde.

Fonte: Buss (2009)

Assim, a elaboração do novo paradigma de promoção da saúde, com base nos determinantes sociais, surgiu na década de 1970, quando os sistemas de saúde começaram a ser questionados pelo

alto custo da assistência centrada na medicalização e no modelo biomédico e com resultados pouco satisfatórios.

Em maio de 1974, Lalonde, o então ministro de saúde do Canadá, elaborou um documento que seria o primeiro passo para a definição de um novo paradigma na saúde: o informe Lalonde. Neste informe, a saúde foi decomposta utilizando as quatro dimensões da nova concepção do processo saúde-doença, e a promoção da saúde foi colocada como principal referência teórica para a construção do planejamento estratégico das ações de saúde. Em 1978, durante a Conferência Internacional de Atenção Básica, organizada pela OMS em Alma-Ata, foi elaborado um novo conceito de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Após a publicação do informe Lalonde, foi organizada, em Ottawa no Canadá, com apoio da OMS, a primeira conferência internacional de promoção da saúde a qual resultou na publicação da carta de Ottawa, elaborada com a contribuição de diferentes atores, técnicos e sociais. Esta carta salientava não só a responsabilidade, como também, o direito dos indivíduos e das comunidades pela saúde. Habitação, renda, paz, recursos sustentáveis, educação, alimentação, justiça social, ecossistema estável e equidade passaram a ser reconhecidos como condições e recursos fundamentais para a saúde. Além da conferência de Ottawa, a de Adelaide realizada em 1988 e de Sundsvall em 1991, também foram importantes para desenvolver as bases conceituais e políticas do novo conceito.

As ações de saúde, que tomam como base este novo enfoque, estão voltadas para atividades coletivas e intersetoriais, para o desenvolvimento de políticas públicas capazes de criar ambientes favoráveis à saúde e para o empoderamento das comunidades reforçando as capacidades dos indivíduos. Dessa forma, a promoção da saúde passou a assumir um papel de defesa da saúde através da capacitação individual e social e da mediação entre diversos setores envolvidos. A participação da comunidade e a valorização do conhecimento popular com o estímulo à troca de saberes e práticas passaram a ser uma característica marcante do novo conceito, o qual entende que as questões envolvidas no processo saúde – doença- cuidado têm múltiplas determinações exigindo atuação de vários atores. (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Diferentemente da prevenção, que, baseada no modelo biomédico de saúde como ausência de doença, visa à modificação de comportamentos de risco e coloca o indivíduo como responsável único por seu estado de saúde; a promoção da saúde, tendo como base uma abordagem mais ampla do conceito de saúde, busca identificar os macrodeterminantes do processo saúde-doença para interferir de forma intersetorial sobre a população e não o indivíduo. A promoção da saúde visa, portanto, minimizar as iniquidades produzidas pelos determinantes sociais. Ela é uma estratégia de

ação holística e sistêmica que entende que a saúde depende da interação do sujeito com o ambiente físico, econômico, cultural e social (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Para enfrentar os desafios identificados, as estratégias propostas devem envolver o Estado, através da elaboração de políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde; a comunidade, por meio do reforço da ação comunitária; os indivíduos, desenvolvendo suas habilidades pessoais; o sistema de saúde, que deve ter suas ações reorientadas a partir deste novo paradigma; e as parcerias intersetoriais, fortalecendo a ideia de responsabilização mútua (BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009).

Assim, a promoção da saúde é considerada uma estratégia social, cultural e política na qual a comunidade é a protagonista e os sujeitos são ativos na busca da melhoria das condições de saúde, ela visa melhorar a qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades. Para que possa ser efetiva, a participação da comunidade deve ocorrer desde a formulação das estratégias de promoção da saúde até sua implementação. O reconhecimento dos indivíduos e coletividades como sujeitos corresponsáveis pela construção de territórios saudáveis, e não apenas como objetos de políticas públicas, gera autonomia. Para isso, transparência, acesso à informação e estímulo à participação social são essenciais.

Como exposto, a utilização da promoção da saúde como conceito chave na elaboração de políticas públicas em saúde favoreceu a aproximação dos temas de saúde e direitos humanos uma vez que os dois compartilham valores comuns como: cidadania, participação, democracia, solidariedade e equidade.

Além disso, segundo Gruskin e Tarantola (2012), o trabalho em saúde, quando articulado com os direitos humanos, aponta os que estão em desvantagem, assim como demonstra se a existência de uma diferença em um desfecho em saúde resulta de uma injustiça. Estes mesmos autores salientam que:

atualmente, os direitos humanos são concebidos de modo a oferecer uma estrutura para ação e planejamento, assim como para oferecer argumentos fortes e convincentes de responsabilidade governamental – não só instituir serviços de saúde, como também transformar as condições que criam, exacerbam e perpetuam pobreza, marginalização e discriminação (GRUSKIN E TARANTOLA, 2012, p.35).

Durante muitos anos a saúde foi tratada como uma questão de caridade e não como direito, como algo que se pode exigir de alguém. Os Direitos Humanos, em especial o tratado sobre os Direitos Econômico, Social e Cultural, permitem que o acesso aos serviços de saúde não seja tratado como caridade, mas como um direito que deve ser respeitado. Assim, segundo Gruskin e Tarantola (2012) e Gruskin *et al* (2014) a forma de articular saúde e direitos humanos pode ser estruturada em quatro categorias: “*advocacy*”, legislação, políticas e programas.

“*Advocacy*” é a utilização da linguagem dos direitos para promover mobilização social, com a finalidade de que a sociedade defenda mudanças políticas. Para isso, é importante que diferentes atores, como ativistas, formuladores de políticas, e profissionais da academia, se reúnam, com o objetivo comum de capacitar e auxiliar a organização da comunidade para que ela possa ser capaz de pressionar o governo por mudanças. Neste sentido, torna-se necessário traduzir as normas nacionais e internacionais de direitos humanos de forma que possam se ajustar às necessidades da comunidade (GRUSKIN E TARANTOLA ,2012; GRUSKIN *et al*, 2014).

A legislação, ou o uso do sistema legal, seria a utilização do instrumental dos direitos humanos para responsabilizar, juridicamente, o governo e agentes privados e fazê-los cumprir as obrigações, presentes em tratados internacionais, que podem repercutir no bem-estar e em melhores condições de saúde. Neste caso, o governo teria a responsabilidade perante a justiça de não violar os direitos à saúde, respeitando-os, defendendo-os e protegendo as populações. Ao respeitar, o Estado impede que os indivíduos tenham o acesso negado a qualquer serviço que vise a melhoria da saúde, sem que antes seja providenciada uma alternativa adequada; ao defender, o Estado evita qualquer ação que possa resultar em abuso do direito humano; e ao proteger, impede que atores não estatais interfiram na realização dos direitos. Os tribunais e cortes nacionais e internacionais poderiam ser utilizados para solucionar os problemas, com o objetivo de promover e proteger estes direitos (GRUSKIN E TARANTOLA ,2012; GRUSKIN *et al*, 2014).

O sistema de políticas públicas consiste na adoção das normas e padrões de direitos humanos pelos órgãos formuladores de políticas, tanto nacionais quanto internacionais. Esta adoção permite que as estratégias por eles elaboradas, principalmente nas perspectivas da saúde, economia e desenvolvimento, tenham como parâmetro referencial o dos direitos humanos. Assim, entidades nacionais e internacionais formulariam abordagens em saúde baseadas em direitos (GRUSKIN E TARANTOLA ,2012; GRUSKIN *et al*, 2014).

Já o sistema programático seria a implementação de direitos por meio de programas de saúde. Nessa abordagem, tanto o desenho quanto a elaboração, o monitoramento e a avaliação dos programas incluem os princípios dos direitos humanos. A comunidade participaria em todas as fases, de forma não discriminada. Além disso, todas as ações devem ser transparentes, apontando aqueles que serão juridicamente responsáveis pelos resultados e pela não violação dos direitos. Assim, tanto os detentores de direitos, como os responsáveis em fazer cumprir estes direitos são identificados (GRUSKIN E TARANTOLA ,2012; GRUSKIN *et al*, 2014).

Por fim, é importante salientar que as ações e programas desenvolvidos sob a norma dos direitos humanos devem levar em conta cinco importantes fatores: disponibilidade, acessibilidade

física e financeira, aceitabilidade e qualidade (GRUSKIN E TARANTOLA, 2012; WINKLER E ROAF, 2016; GRUSKIN,2002). Por disponibilidade entende-se que tanto as instalações, quanto bens e serviços de atenção à saúde, estão disponíveis em quantidade suficiente para atender à população. Além disso, estes recursos devem ser acessíveis a todos, de forma não-discriminatória, ou seja, idade, sexo, deficiência, etnia, classe social, entre outros atributos, não podem dificultar o acesso. Junto à acessibilidade física deve-se levar em conta a acessibilidade financeira, ou seja, as instalações, bens e serviços de saúde devem ter um preço acessível a todos. Outro ponto importante a se considerar é a aceitabilidade: todos os serviços devem ser culturalmente apropriados, respeitando as questões culturais de cada indivíduo, e sensíveis às necessidades de gênero. Para finalizar, a qualidade técnica daquilo que é ofertado deve ser apropriada para promover um padrão elevado de saúde. Tais fatores são aplicáveis a quaisquer abordagens dos direitos econômicos, sociais e culturais, incluindo a água e o esgotamento sanitário.

Portanto, o uso do referencial dos direitos humanos pode auxiliar a pensar ações mais efetivas e eficazes para lidar com as demandas de saúde, assim como a formular políticas públicas que respeitem seus princípios, e que atuem com foco na saúde das populações vulneráveis. Ainda, segundo Gruskin (2002), ao articular políticas públicas de saúde com direitos humanos, obriga-se os Estados a promover e proteger tanto a saúde pública como os direitos humanos, o que, conseqüentemente, apoia a criação de um marco teórico ético, legalmente vinculante, para o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas e programas em saúde. Para Chinkin (2006), os direitos humanos, quando utilizados como instrumento para a construção de políticas públicas, pode auxiliar os indivíduos a entender o que eles podem esperar do Estado com relação a garantir a saúde da população.

Além disso, ao se articularem os princípios, próprios da conceituação de direitos humanos, com o conceito de promoção da saúde, percebe-se significativa aderência uma vez que a participação social, sem discriminação, é uma de suas ferramentas fundamentais, capacitando indivíduos e comunidades para lutar por condições estruturantes que favoreçam sua saúde.

Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde, publicado em 2008, chama a atenção para a necessidade de eliminar a combinação entre políticas públicas sociais ineficientes e as iniquidades em saúde. Para a comissão, o referencial de direitos humanos seria o instrumento apropriado para ser utilizado no sentido de combater os determinantes sociais e as iniquidades em saúde (WHO,2008).

Na mesma linha, Braveman e Gruskin (2003) apontam que para eliminar as disparidades entre os grupos sociais, que causam iniquidades em saúde, é imprescindível atuar nas causas

fundamentais. Para isso, é necessário identificar e reduzir as condições que determinam as desigualdades como educação, moradia, exposição a ambientes insalubres, entre outros fatores que influenciam a saúde. Para as autoras, o referencial dos direitos humanos ajuda a identificar e elaborar ações capazes de modificar as circunstâncias que criam, exacerbam e perpetuam situações de marginalização e vulnerabilidade, uma vez que os princípios dos direitos humanos são capazes de avaliar como o desenho e a implementação de políticas públicas pode, direta ou indiretamente, influenciar estas situações. Dessa forma, as políticas e programas em saúde estariam voltados para as desigualdades sociais, e situações de discriminação e vulnerabilidade.

Segundo Franco-Giraldo e Alvarez-Dardet (2008), os determinantes sociais de saúde são sensíveis às intervenções políticas, sendo, portanto, dependentes da ação política. As ideologias, o poder e as questões políticas influenciam a saúde das pessoas, sendo possível dizer que a saúde é também política. Devido à dimensão política dos determinantes sociais de saúde, as políticas públicas, quando embasadas nos direitos humanos, terão efeitos positivos.

Tendo em vista esta linha de pensamento, a saúde pública, como um bem público e global, e as políticas públicas, voltadas para este setor, deveriam se apoiar nos direitos humanos e em mecanismos de construção de cidadania participativos. Dessa forma é necessário estreitar os laços entre o mundo acadêmico, os atores políticos e os movimentos sociais de saúde. “Não há dúvida sobre a transcendência do marco teórico relacional direcionado a estabelecer os vínculos entre saúde pública e direitos humanos e construir vias para o diálogo entre estes espaços disciplinares” (FRANCO-GIRALDO E ALVAREZ-DARDET, 2008, p.284). Ainda segundo estes autores a ideia de trabalhar saúde pública e direitos humanos estaria orientada em três dimensões: desenvolvimento e adequação de instrumentos de monitoramento em saúde capazes de verificar o cumprimento dos direitos humanos; a aplicação dos marcos dos direitos humanos nas práticas sanitárias e a criação de uma agenda de investigação sobre o avanço da saúde em relação aos direitos humanos.

Além disso, políticas públicas formuladas à luz dos direitos humanos devem considerar as características referentes a estes como: universalidade, interdependência e indivisibilidade desde à sua formulação até sua incorporação ao arcabouço normativo do Estado. Gomes (2016) conceitua políticas públicas em direitos humanos como:

um conjunto de decisões e ações, de responsabilidade do governo, com a participação da sociedade civil, que realizam interesses públicos e que podem consistir na entrega de um bem ou benefício, ou na prestação de um serviço, visando a garantia e a promoção de direitos (GOMES, 2016, p.19).

Assim, a articulação entre saúde e direitos humanos, visa, antes de tudo, a conquista de um padrão elevado de saúde, baseado em justiça, equidade e dignidade, para todas as populações, sem

discriminação, de forma transparente, estimulando a participação da comunidade e indicando os responsáveis pelos resultados das ações. Além disso, o uso do referencial de direitos humanos na elaboração de políticas públicas ajuda a identificar e reduzir potenciais situações de vulnerabilidade social.

## **3.2 Vulnerabilidade Social**

### **3.2.1 Histórico e implicações para a saúde**

O referencial teórico de vulnerabilidade social, segundo Monteiro (2011, p.31) “é constituído por diferentes concepções e dimensões que podem voltar-se para o enfoque econômico, ambiental, de saúde, de direitos, entre tantos outros” e devido à sua complexidade está sempre em construção, assim como o de direitos humanos.

São vários os autores que analisam o conceito de vulnerabilidade social sobre diferentes temas. Para Wisner (1998), Birkmann (2007) e Warner (2007), que analisam a vulnerabilidade sob a ótica dos desastres naturais, as pessoas estariam mais suscetíveis às consequências provocadas por eles devido à dificuldade de acesso aos recursos pré e pós desastre, que minimizam suas consequências, sendo que fatores econômicos, ambientais, sociais, culturais e políticos aumentam a suscetibilidade de uma comunidade aos impactos. Para estes autores a capacidade de recuperação também depende destes fatores os quais irão repercutir no acesso à informação e aos serviços capazes de minimizar os efeitos destes acidentes.

Numa outra perspectiva, Watts e Bolhle (1993) conceituam vulnerabilidade sobre o tripé *entitlement*, empoderamento e política econômica, onde *entitlement* se refere ao direito das pessoas, empoderamento à capacidade de participação política e institucional e política econômica à organização estrutural e histórica da sociedade. Para estes autores a vulnerabilidade e suscetibilidade dos indivíduos às enfermidades e desastres naturais se distribui de maneira diferente pelos diversos grupos sociais e está intimamente relacionada com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional dos indivíduos. Avaliam, ainda, que a vulnerabilidade se relaciona com o clima e o local, trazendo para o conceito a dimensão geográfica.

No campo da saúde o quadro de vulnerabilidade social começou a ser discutido na década de noventa e teve sua origem no direito internacional, principalmente nos direitos humanos universais (DELOR E HUBERT, 2000; MONTEIRO, 2011; AYRES, 2012, 2009; MANN, 1996). Mann (1996) afirmou que a relação entre saúde pública e direitos humanos se fortificou durante as

primeiras décadas de luta contra o HIV/AIDS. Nesta época, ficou claro que ações discriminatórias foram não só ineficazes para conter a pandemia, como realçou os problemas de vulnerabilidade social relacionados à doença. Portanto, o conceito de vulnerabilidade social resulta da interseção entre o ativismo político dos movimentos sociais contra a discriminação resultante das ações de prevenção ao HIV/AIDS e a luta pelos direitos humanos (AYRES, 2012, 2009; MANN, 1996)

Podem-se identificar três períodos importantes para o surgimento do conceito. O primeiro, que compreende o período de 1981 a 1984, caracterizou-se pela descoberta e primeiras notificações do HIV/AIDS. Para tentar dar uma resposta à nova enfermidade, a epidemiologia desenvolveu estudos que buscavam entender os fatores de risco relacionados à doença. Surgiu, então, o conceito de grupo de risco, que passou a ser utilizado como referência para as ações e programas de prevenção da época. O grupo de risco, até então, era composto por haitianos, homossexuais, hemofílicos e usuários de heroína, conhecidos como 4H's. As ações de saúde da época consistiam de abstinência sexual e isolamento sanitário destes indivíduos que logo se transformou em isolamento social. Como resultado, a doença continuou se alastrando por outros grupos populacionais diferentes e aqueles que pertenciam aos grupos de risco enfrentaram discriminação, preconceitos e iniquidades em decorrência do estigma produzido pelo conceito que se transformou na identidade social destes indivíduos (AYRES, 2012, 2009; MANN, 1996).

Iniciou-se, então, o segundo período (1985-1988) marcado pelas primeiras respostas. Nesta época, já se falava em pandemia e o conceito de grupo de risco passou a ser criticado, especialmente pelo movimento dos homossexuais, devido à estigmatização e exclusão que produzia. As estratégias para conter a doença foram modificadas e as ações de abstinência sexual e isolamento deram lugar a atividades de informação que estimulavam o indivíduo a práticas seguras como o uso de preservativos e seringas descartáveis. Estas novas ações tinham como base o conceito de comportamento de risco que retira o estigma de grupos sociais específicos e universaliza a atenção com a doença. O indivíduo passou a ser ativo na prevenção e responsável pela sua saúde. Os pesquisadores da época entenderam que todas as pessoas estavam suscetíveis e, por isso, deveriam se prevenir através de comportamentos saudáveis. Este conceito trouxe outros problemas como a culpabilização individual pela falha na prevenção. As ações de prevenção baseadas no conceito de comportamento de risco, assim como as anteriores, mostraram-se ineficazes e a epidemia se alastrou principalmente entre os indivíduos que pertenciam a segmentos populacionais socialmente mais enfraquecidos. Neste contexto, os movimentos sociais, principalmente das mulheres, passaram a questionar o enfoque comportamentalista e individualizante das ações de saúde e trouxeram à luz do debate o conceito de empoderamento. Utilizando deste conceito os movimentos sociais afirmavam que o comportamento protetor não

dependia apenas da díade: informação + vontade, mas passava, também, pelo acesso aos recursos culturais, políticos, sociais e econômicos que são desigualmente distribuídos entre os grupos sociais (AYRES, 2012, 2009; MANN, 1996).

No final dos anos oitenta surgiu uma nova fase de resposta à pandemia. O período que se iniciou em 1989 seguindo até a atualidade é marcado pela difusão da enfermidade nos países mais pobres e na periferia das grandes cidades. Apesar da evolução tecnológica do período que permitiu avanços de diagnóstico e tratamento, o alastramento da doença foi difícil de controlar. Surgiram, então, propostas de ações que não se voltavam apenas para o plano individual, mas continham ideias de transformações estruturais da sociedade, originando o conceito de vulnerabilidade. Pesquisadores, ativistas e profissionais procuraram entender como as questões sociais, políticas, econômicas e culturais influenciavam as práticas de risco (AYRES, 2012, 2009; MANN, 1996).

Para Delor e Hubert (2000) a vulnerabilidade, quando analisada sob a ótica da saúde, teria três dimensões: trajetória social, interação e contexto social. A trajetória social se refere ao curso de vida do indivíduo e as escolhas feitas durante este processo. A dimensão da interação avalia a relação entre os indivíduos e a dimensão referente ao contexto social incorpora nesta relação fatores econômicos, sociais, políticos e culturais de uma determinada sociedade.

Seguindo este mesmo paradigma, Mann (1996) apresenta uma metodologia para análise da vulnerabilidade, que incorpora o comportamento individual e o âmbito coletivo. Para tentar ampliar o conceito proposto por Mann (1996), Ayres (2012) sugere uma estrutura de análise da vulnerabilidade a partir de três dimensões: individual, social e programática. Nesta abordagem, vulnerabilidade se referiria à chance de exposição de um indivíduo ao adoecimento, a qual dependeria da relação deste indivíduo com o coletivo. Neste caso a unidade analítica não seria o indivíduo, mas o indivíduo-coletivo incorporando as três dimensões. As dimensões individual, social e programática seriam indissociáveis e a dinâmica entre elas precisaria ser entendida para que as ações em saúde pudessem ser efetivas.

A dimensão individual se refere ao grau e à qualidade de informação que o indivíduo consegue obter e a capacidade de incorporá-la em sua vida cotidiana de forma a mudar sua prática. A dimensão social busca compreender como os aspectos culturais influenciam a vulnerabilidade individual. Esta dimensão considera que todos estão inseridos em uma relação e nesta relação se estabelecem posições sociais que podem influenciar a vulnerabilidade frente a um agravo. Sabe-se que as relações sociais influenciam a capacidade de decisão e autonomia dos indivíduos, portanto, questões de gênero, raça, etnia, classe social, entre outras influenciam a vulnerabilidade. Além dos papéis sociais desempenhado pelos indivíduos é importante entender como ocorre o acesso à

educação e às atividades culturais, como o indivíduo consegue influenciar as políticas e qual a disponibilidade de recursos que possui, tanto materiais como imateriais. A terceira e última dimensão, programática, considera como as políticas públicas, programas de governo e instituições como saúde, educação, justiça, cultura e bem-estar social aumentam, reduzem ou reproduzem as condições de vulnerabilidade dos indivíduos no seu contexto (AYRES,2012).

Assim, a vulnerabilidade seria multidimensional, possuindo gradações, e as dimensões e os graus variariam constantemente. Para estes autores os indivíduos não são vulneráveis, estão vulneráveis, em maior ou menor grau, dependendo de questões individuais, do contexto social, das relações estabelecidas e das questões programáticas envolvidas (MANN, 1996, AYRES, 2012, 2009; DELOR E HUBERT, 2000; ADGER, 2006, MONTEIRO, 2011). A característica não estacionária da vulnerabilidade permitiria que indivíduos hoje vulneráveis a algum agravo pudessem sair dessa situação quando as questões sociais e programáticas estabelecidas forem capazes de minimizar as vulnerabilidades.

Cabe ressaltar que a vulnerabilidade, ao trazer à luz da teoria todos os elementos abstratos associados ao adoecimento, avaliaria as diferentes situações a fim de intervir de modo a reduzir a suscetibilidade dos indivíduos aos agravos e criar políticas públicas a partir das necessidades da coletividade. Este modelo

propõe construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade (SANCHEZ E BERTOLOZZI, 2007, P.321).

Assim, uma das grandes mudanças que o conceito de vulnerabilidade traz é o entendimento de que os ativos individuais (recursos e capacidades individuais), influenciados pelo contexto e pelas políticas públicas, são elementos que interferem na situação de vulnerabilidade de um indivíduo. A vulnerabilidade passa a ser entendida sobre a ótica de múltiplos condicionantes, não sendo, portanto, algo inerente a grupos específicos, mas determinada por condições e circunstâncias que podem ser modificadas através de políticas públicas proativas, preventivas e protetoras (AYRES, 2012, 2009; MONTEIRO, 2011).

Para Warner (2007) o conceito de vulnerabilidade é importante pois coloca os indivíduos no centro do debate e analisa a suscetibilidade deles aos agravos a partir da complexidade das relações sociais. Nesta mesma linha, Ascerald (2006) aponta que a vulnerabilidade é uma questão relacional, decorrente de uma relação estabelecida historicamente entre os diferentes grupos sociais, e que a mudança desta condição só será efetiva quando a relação entre os grupos vulneráveis e a sociedade

possa ser reestabelecida e as privações sofridas possam ser ultrapassadas. Assim, para este autor, a condição de vulnerabilidade é “socialmente produzida e práticas político-institucionais concorrem para vulnerabilizar certos grupos sociais.” (ASCERALD, 2006, p.1)

Para Sánchez e Bertolozzi (2007), este conceito traz novas abordagens, quando comparado à Epidemiologia Clássica, uma vez que busca superar o modelo biológico tradicional privilegiando o plano coletivo como unidade de análise, ao invés do individual. Essa perspectiva amplia o horizonte dos estudos que se restringem à responsabilidade individual, empregada tradicionalmente, e incorpora a participação dos indivíduos de maneira a torna-los sujeitos ativos de sua própria saúde.

Neste sentido, muitos atores como Ayres (2012), Sánchez e Bertolozzi (2007), Acserald (2006) e Ezard (2001) e Delor e Hubert (2000) avaliam que o conceito de vulnerabilidade amplia o conceito de risco. Para Ayres (2002), risco pode ser definido como:

chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposibilidade a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico (AYRES, 2002, p.13) .

Assim, o autor aponta para a necessidade de rever a relação estabelecida entre risco e intervenções em saúde uma vez que o conceito de risco coloca os indivíduos em posição de objeto, e não de sujeitos ativos, além de ser discriminatório em sua análise. Ayres (1997) assinala ainda que:

enquanto com a noção de risco buscou-se calcular a probabilidade de ocorrência de um agravo em um grupo qualquer com determinada característica, abstraídas outras condições intervenientes, com a noção de vulnerabilidade procura-se julgar a suscetibilidade do grupo a esse agravo dado um certo conjunto de condições intercorrentes (AYRES, 2002, p.3).

Nesta mesma linha, Sánchez e Bertolozzi (2007) avaliam que o conceito de vulnerabilidade:

supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de risco ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças e agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas (SANCHÉZ E BERTOLOZZI, 2007, P.323).

Ainda sobre o conceito de risco, Czeresnia, Maciel e Oviedo (2016) discutem que ele se vale de uma lógica predominantemente científica, no entanto, o desejo não segue esta lógica e as decisões individuais vão além da razão. Logo, a análise da adesão a um estilo de vida não pode estar pautada apenas à lógica do risco. O indivíduo não é uma unidade independente, ele está inserido em uma lógica social, econômica, política e cultural que influencia suas escolhas. Para estes autores o discurso do risco não consegue avaliar e compreender as atitudes entre as informações recebidas e as motivações internas que determinam o comportamento dos indivíduos e grupos. Assim, o

discurso do risco, ao dar ênfase a fatores de exposição que podem ser geridos por cada um, não apreende de que forma disposições mais complexas influenciam as escolhas individuais.

Para Ezard (2001), ao se introduzir o paradigma da vulnerabilidade na redução de danos é possível criar uma nova abordagem, antes fundamentada em mudança de comportamento, para uma que exige maior responsabilidade e ampla intervenção do Estado. Para a autora, quando se olha para o comportamento de risco de maneira ampliada, em substituição ao olhar estreito definido pelo conceito de risco, é possível elaborar intervenções mais eficazes.

Após análise histórica do aparecimento do conceito e síntese das principais características, é importante apresentar de que forma o quadro de vulnerabilidade social pode mudar os objetivos e estratégias de ação na área da saúde.

Inicialmente, é importante ressaltar que a vulnerabilidade entende o adoecimento como um processo dinâmico do qual fazem parte aspectos biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos os quais influenciam não só o aparecimento do agravo, como sua evolução clínica. Com isso, segundo Ayres (2009), o conceito de vulnerabilidade, no âmbito da saúde, está relacionado com aspectos individuais, mas também coletivos, contextuais e programáticos, que acarretam maior suscetibilidade às doenças. Os indivíduos não estão expostos ao adoecimento de forma homogênea e as mudanças das práticas cotidianas não dependem unicamente da vontade individual. Os diferentes contextos são determinantes para a suscetibilidade dos indivíduos aos agravos. Portanto, é importante identificar os segmentos populacionais mais expostos, mas não por uma característica identitária, como no início da luta contra o HIV/AIDS, e sim pela posição social que ocupam (AYRES, 2009; DELOR, 2000).

O quadro de vulnerabilidade também considera que o grau de acesso aos recursos, de todas as ordens, pode proteger o indivíduo contra as diversas enfermidades, assim como influencia o desfecho, já que a forma como a intervenção é organizada e operada também sofre influência do contexto (AYRES, 2012; DELOR, 2000; ADGER, 2006).

Pode-se dizer, que o conceito de vulnerabilidade social dialoga com a promoção da saúde, uma vez que busca compreender e transformar os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. Além disso, esse conceito reconhece que cada pessoa é sujeito de direito, sem discriminação, e os aspectos sociais e culturais que vivenciam podem contribuir, mais ou menos, ao adoecimento. Salienta, também, a importância de entender como o governo regulamenta, respeita e protege os direitos, e, como e quando, a condição social exige ações específicas que possam lidar

com o estigma e a discriminação que contribuem para perpetuar a desigualdade social e aumentar a vulnerabilidade.

Portanto, a aplicação do quadro de vulnerabilidade social na saúde pode trazer subsídios tanto para o desenvolvimento de ações e instrumentos tecnológicos, como para a avaliação de planejamento de programas e serviços de saúde. Os objetivos destas ações devem ser a transformação do contexto através da mobilização da comunidade e da articulação com outros setores.

Em vista disso, a mobilização social é imprescindível para transformar as relações sociais e superar as susceptibilidades. Só assim será possível modificar, de forma efetiva e sustentada, as práticas cotidianas. Os indivíduos devem atuar como sujeitos sociais ativos, para conseguir transformar as situações estruturais que os tornam suscetíveis aos agravos. Para isso, é preciso ação conjunta e articulada de vários setores.

Outra questão fundamental é a valorização dos diálogos interdisciplinares. Em cada dimensão da vulnerabilidade, o diálogo entre diferentes áreas da ciência e o saber popular será imprescindível para a elaboração de estratégias efetivas, operacionais e progressivas. Assim, a participação ativa dos sujeitos sociais, desde o início da elaboração das estratégias de saúde, deve ser posta em prática para garantir a aceitabilidade e sustentabilidade das ações. O quadro de vulnerabilidade social, portanto, destaca a perspectiva dos sujeitos e de seus contextos como base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem o adoecimento, assim como para identificar os meios para superá-lo.

Assim, segundo Lima (2012), vulnerabilidade social tenta explicar o estado de maior ou menor exposição dos grupos sociais aos fatores de risco social, e refere-se a um conjunto de situações que conforma um contexto de negação de direitos sociais como educação, saúde, moradia e renda mínima para sobrevivência. Além disso, para Marques (2010, p.29) a vulnerabilidade está relacionada com a “insuficiência nas estruturas de oportunidades e também por dificuldade dos indivíduos em acessá-las”.

Dito isso, pode-se considerar que o conceito de vulnerabilidade está baseado em direitos, uma vez que reconhece o indivíduo como um sujeito de direito, e reconhece, também, a responsabilidade do governo em garantir que todos, sem discriminação, tenham acesso aos recursos que possam garantir um padrão adequado de saúde. Segundo Ayres (2012), os grupos sociais que não têm seus direitos respeitados e garantidos apresentam piores perfis de saúde, sofrimento,

doença e morte. Portanto, onde há maior violação de direitos, há maior vulnerabilidade aos problemas de saúde.

Para Ezard (2001), quando se aliam direitos humanos com vulnerabilidade, não só se chama a atenção dos Estados para suas responsabilidades, como consegue-se criar uma escala de intervenção. Assim, uma ferramenta metodológica capaz de identificar as vulnerabilidades nos níveis individual, social e programática poderá guiar as intervenções a serem elaboradas com o intuito de prevenir futuros danos. Dessa forma, segundo a autora, é possível advogar para que os Estados cumpram suas obrigações com relação aos direitos humanos.

Para finalizar, cabe salientar que a vulnerabilidade é entendida como transitória, possui um caráter conjuntural e não estrutural, e para enfrentá-la é necessário o fortalecimento da participação social dos sujeitos para que possam reivindicar melhoria no acesso a bens materiais e simbólicos. Assim, é importante ressaltar a relação entre democracia e direito. O pleno exercício dos direitos políticos pode resultar em empoderamento da população vulnerável e o aumento da sua capacidade de pressão, articulação e mobilização política com o objetivo de mudar a realidade em que vivem.

### **3.2.2 Vulnerabilidade, exclusão e acesso à direitos**

Ao olhar para o histórico da evolução dos direitos humanos percebe-se que a elaboração destes direitos teve como base a necessidade de proteger os indivíduos mais vulneráveis, aqueles cuja possibilidade de violação de direitos é maior. Assim, para que a proteção dos direitos humanos possa ser efetiva é necessário que as políticas públicas não sejam apenas universais, mas também, direcionadas para as populações socialmente vulneráveis de forma a particularizar as necessidades de cada grupo. Portanto, assim como o direito deve ser igual para todos, ele deve respeitar as diferenças, as especificidades de cada indivíduo de acordo com seu papel social ou característica física. Sendo assim, mulheres, pessoas com deficiência, crianças, migrantes, entre outros, devem ter os direitos protegidos e respeitados dentro de suas particularidades (GOMES, 2016; GARCIA, 2016; NETO, LEANDRO, ARRUDA, 2016; PIOVESAN, 2004).

Temos o direito a ser iguais quando nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (SANTOS, 1997, p.43)

Não há como negar que a pobreza é um fenômeno multidimensional. Para Marques (2010) e Heller e Cairncross (2016), ela é uma questão social, e não individual, que resulta da incapacidade da sociedade de criar oportunidades suficientes para todos os cidadãos. Neste sentido, todos os

indivíduos têm capacidades, no entanto, para alguns não é dada a possibilidade de exercê-las, estabelecendo um estado de “não-liberdade” que os impede de sair da pobreza e cria situação de exclusão (HELLER E CAIRNCROSS, 2016).

Como discutido anteriormente, a vulnerabilidade deve ser compreendida dentro de uma relação dialética que envolve o contexto e as características do indivíduo. Os recursos pessoais de cada indivíduo, definido como ativos ou atributos, irão determinar a capacidade de enfrentamento diante das adversidades. Estes ativos, segundo Monteiro (2011), devem ser avaliados segundo quatro aspectos: físico, financeiro, humano e social. Os ativos físicos estariam representados pela moradia e acesso a bens duráveis; os ativos financeiros se referem aos diferentes instrumentos financeiros como acesso a créditos, poupança, entre outros; os ativos humanos (capital humano) são os recursos que se destinam para a educação e saúde; e por último, o ativo social é representado pelas redes interpessoais. Neste contexto, a vulnerabilidade está vinculada a ausência dos atributos, ou ativos, tanto tangíveis quanto intangíveis.

Assim, além da questão econômica, diretamente relacionada com o mercado de trabalho e rendimentos individuais, Marques (2010) afirma que alguns atributos estão intimamente relacionados com a pobreza. Capital físico, capital humano e capital social - identificado pelo autor como a participação em entidades associativas e atividades políticas, e acesso à informação - são elementos essenciais na geração e reprodução da pobreza. O entendimento destes atributos como corresponsáveis pela situação de pobreza retira o caráter de responsabilidade exclusivamente individual deste fenômeno muitas vezes compreendido como a incapacidade do indivíduo de obter rendimento.

Além disso, segundo Marques (2010), os grupos sociais têm acesso diferente às oportunidades e aos equipamentos presentes nas cidades e essa desigualdade de acesso reproduz a segregação entre grupos. Além disso, a própria segregação especifica o acesso desigual. Portanto, a falta de atributos sociais, a desigualdade no acesso e a segregação podem resultar em exclusão social.

Para Santos (2004), a igualdade, a liberdade e a cidadania são, para a sociedade moderna, os princípios emancipatórios da vida social. Situações de desigualdade e exclusão, produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista como forma de regulação social, entram em contradição com os princípios de emancipação. Para este autor, enquanto a desigualdade é um fenômeno socioeconômico baseado na relação desigual entre capital e trabalho; a exclusão é sobretudo um fenômeno cultural e social apoiado em um dispositivo normalizador. Os que não se enquadram no conceito hegemônico de ‘normal’, seja por questões simbólicas, culturais, relacionadas a raça, etnia,

entre outros, são desqualificados e excluídos. Santos (2004, p.11) aponta, ainda, que “as práticas sociais, as ideologias e as atitudes combinam a desigualdade e a exclusão”, dessa forma um sistema de desigualdade pode estar acoplado a um sistema de exclusão. Esse modelo de regulação social que por um lado produz desigualdade e exclusão, por outro procura mantê-las dentro de limites funcionais. Enquanto a desigualdade se relaciona com uma integração social subordinada, a exclusão aponta o objeto que deve ser segregado, expulso da sociedade.

Escorel (1999), em seu livro *Vidas ao Léu: trajetória de exclusão social*, traz à tona o debate sobre exclusão social e propõe uma conceituação partindo do trabalho de Hannah Arent sobre condição humana. Segundo Escorel (1999) Arent define condição humana como o exercício de três atividades ordenadas. A primeira se relaciona com a necessidade de sobrevivência, a condição de “*animal laborans*”; a segunda passa pelo trabalho, pela necessidade de produção, de participar da construção do mundo em que vivemos, esta seria a condição “*homo faber*”; a terceira e última condição humana seria a “*bios politikos*” a qual se relaciona com a interação do homem e a construção de um mundo coletivo englobando o agir e o falar e a participação política.

Assim, após analisar os conceitos da condição humana elaborados por Arendt, a autora conceitua exclusão social como:

um processo no qual – no limite – os indivíduos são reduzidos à condição (estado) de *animal laborans*, cuja única atividade é a sua preservação biológica, e na qual estão impossibilitados do exercício das potencialidades da condição humana (ESCOREL, 1999, p.75).

Na dimensão do trabalho, os indivíduos excluídos contribuem pouco para a manutenção do sistema do capital. Seguindo esta mesma linha, Santos (2004) aponta que o processo de acumulação capitalista integra os indivíduos por meio do trabalho estável, seguro e formalizado. Para o autor, tanto a desigualdade como a exclusão são sistemas hierárquicos de integração social, contudo, na desigualdade quem está abaixo na hierarquia continua dentro do sistema, já na exclusão, aqueles que estão abaixo estão fora. A base da exclusão é o “não pertencer”. Na dimensão familiar, os laços se enfraquecem, e na dimensão política, não conseguem participar dos processos democráticos. O direito passa a não ser igual para todos. Como sugere Piovesan (2004), quando há vulnerabilidade econômico-social também poderá haver vulnerabilidade dos direitos civis e políticos. Assim, os sujeitos excluídos perdem o direito à cidadania, têm o poder de fala e participação social limitado e deixam de ser sujeitos de direito. Portanto, a eliminação da pobreza e da exclusão social destes indivíduos passa pela elaboração de políticas sociais, econômicas e culturais, e pela melhora no acesso a bens e serviços (SANTOS; 2004).

Ainda segundo Santos (2004), para que grupos sociais possam sair do sistema de exclusão é necessário conferir a eles direitos de cidadania. Neste contexto, é necessário que o Estado se responsabilize pela inclusão destes indivíduos na sociedade, através da valorização de suas falas e do fortalecimento da participação destes sujeitos na construção de políticas públicas pautadas pelo referencial dos direitos humanos e voltadas para as suas demandas.

### **3.2.3 População em situação de rua**

O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que:

toda pessoa tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (...) (UN, 1948, p.6).

A moradia, além de ser uma questão de direitos humanos, é a base para o estabelecimento das relações humanas, para o livre desenvolvimento do ser humano e para uma participação ativa na vida social e cultural da comunidade (SPRINTER, 2000).

No entanto, questões familiares, envolvimento com álcool e drogas, questões econômicas tanto individuais, como nacionais e internacionais, redução de instituições sociais, desastres naturais ou provocados pelo ser humano, influenciam em todo o mundo, o número crescente de indivíduos que não possuem uma moradia digna ou que moram na rua (SPRINGER, 2000; UN, 2015; EARLY, 2005).

O aumento do número de pessoas em situação de rua afeta tanto países desenvolvidos como subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e é um reflexo da incapacidade do Estado de dar uma resposta aos crescentes problemas de desigualdade social, migração e urbanização. A violação do direito à moradia, segundo a Relatora Especial para moradia adequada, ocorre quando esta é tratada como mercadoria e não como direito humano.

O favorecimento do lucro em detrimento dos direitos humanos através da alocação desigual de terras, bens imóveis, moradia e serviços relacionados nas cidades é uma das causas centrais da condição de pessoa em situação de rua. (UN, 2015, p.7)

Os governos estão assumindo uma política liberal e a proteção social dos indivíduos, as políticas de bem-estar, vão sendo abandonadas e substituídas por medidas de austeridade. No caso das moradias, interesses do capital especulativo tem pautado as intervenções urbanas. A especulação imobiliária dos últimos anos agravou os problemas de desigualdade social jogando os indivíduos com menor renda para zonas periféricas, isoladas ou remotas da cidade, privadas de

relações sociais e onde há escassez de emprego e de assistência por parte do poder público, além de proporcionar perda de moradia de uma grande parcela da população (HARVEY, 2008).

A falta de moradia se relaciona com a negação de diversos direitos como direito à vida, segurança, saúde, proteção do lar, entre outros, além de estar diretamente associada a um grupo específico. Ela é vivenciada pelos indivíduos mais vulneráveis da sociedade e se caracteriza pelo “abandono, desespero, baixa autoestima e negação de dignidade” (UN, 2015, p.2). Neste sentido, a violação do direito à moradia irá criar um grupo de indivíduos que viverão nas ruas a serão submetidos à discriminação, estigmatização e exclusão.

Mas quem seriam as pessoas em situação de rua? Um dos grandes desafios que se coloca ao estudar esta população, segundo Springer (2000), é como conceituá-la, uma vez que a definição sobre o que seria estar em situação de rua varia em relação ao padrão climático, idioma, às questões culturais e socioeconômicas (UN, 2015; SPRINGER, 2000). No entanto, uma definição e classificação que possa ser aceita globalmente e que, ao mesmo tempo, possa ser adaptada às questões regionais é essencial para a elaboração de políticas públicas, uma vez que conceitos diferentes podem gerar percepções e prioridades distintas. Springer (2000) e Tipple e Speak (2005) concordam que a maneira como se define a pessoa em situação de rua determina como esta população será contada, e a coleta de dados sobre a população de rua é o principal instrumento na elaboração de políticas públicas.

Importante lembrar que para os governos, muitas vezes, não é interessante ter acesso ao número exato de pessoas que vivem nas ruas, pois isso pode aumentar o custo com programas sociais e ajuda financeira para esta população.

Fundamental, também, para a compreensão da população em situação de rua é levar em consideração o significado da casa que incorpora fatores como conforto, pertencimento, identidade e segurança. Segundo Tipple e Speak (2005) a moradia é o lugar onde a pessoa estabelece suas relações sociais e onde ela cria um ambiente que remete à sua identidade. A falta da moradia não significa, apenas, a ausência do aspecto material, a perda do refúgio físico, mas, também, do aspecto social, que inclui a perda de um lugar para estabelecer as relações sociais, e a perda do sentimento de pertencer a algum lugar. Dessa forma, a ausência de moradia promove uma ruptura com a família e com o capital social reduzindo os atributos sociais importantes no combate à pobreza. Assim, para Springer (2000), indivíduos que ficam contra sua vontade na casa de parentes, ou mesmo os que vivem em moradias inseguras deveriam ser enquadrados nesta definição.

De acordo com a Relatora Especial sobre direito à Moradia Adequada, O Institute of Global Homelessness propôs como definição geral a “falta de acesso a uma habitação minimamente adequada” (UN, 2015, p.4). Já a Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas definiu como “situação de rua primária, as pessoas que vivem sem um abrigo ou lugar habitável; e como situação de rua secundária as pessoas que não têm um lugar de residência habitual” (UN, 2015, p.4). Quando a definição de situação de rua se refere às pessoas que não tem acesso a uma habitação minimamente adequada, ao invés de se restringir às pessoas que vivem nas ruas, amplia-se o escopo de indivíduos que se encontram inseridos nesta condição social, influenciando as políticas públicas.

Para a Relatora Especial, uma definição mais universal, como a proposta pelo Institute of Global Homelessness, pode ser útil na promoção de uma maior responsabilização por parte do Estado, além de ajudar na coleta de informações necessária para a elaboração de objetivos internacionais comuns (UN, 2015).

Mesmo sem um conceito universal, a Organização das Nações Unidas estima que, no mundo, 100 milhões de pessoas moram nas ruas (UN, 2015). Em Belo Horizonte, o Terceiro Censo da População em Situação de Rua e Migrantes, realizados em 2013, relata que 1.827 indivíduos vivem em calçadas, praças, baixios de viadutos, terrenos baldios, ou pernoitam em instituições – albergues, abrigos, repúblicas e instituições de apoio, mostrando um aumento de 57% quando comparado com a pesquisa realizada em 2005. Entre eles, 86,8% são homens, mais da metade da população (67%) tem entre 31 e 50 anos e 79,5%, pardos ou negros, indicando que a desigualdade racial está intimamente relacionada com a população em situação de rua. (PBH, 2014). No Brasil, a adoção do termo “pessoa em situação de rua” foi escolhido pois humaniza estes indivíduos que passam a ser uma pessoa detentora de direitos e afirma o caráter transitório da condição social de estar na rua, negando a esta condição uma característica definitiva (GRANADO,2010).

Além de definir o que seria população em situação de rua, a identificação dos fatores que levam estes indivíduos a viverem nas ruas seria o primeiro passo na elaboração de políticas capazes de minimizar esta condição social. Questões como baixa renda e problemas com álcool e drogas são os principais determinantes que levam os indivíduos à situação de rua, além dos desastres naturais ou provocados pelo homem. (EARLY, 2005; UN, 2015). Contudo, independente da causa primária que leva os indivíduos para as ruas, uma das questões centrais que deve ser elencada é a falta de estrutura por parte dos Estados na defesa dos direitos.

Pessoas ficam nas ruas quando causas estruturais aparentemente externas vão ao encontro de padrões sistêmicos da exclusão social e discriminação e os governos fracassam em lidar com os novos desafios dentro da perspectiva dos direitos humanos. (UN, 2015, p.10)

Neste contexto, Early (2005) sugere que as políticas públicas devem estar voltadas para fornecer subsídios que ajudem os indivíduos a pagar as despesas com a moradia. Outras questões apontadas pelo autor, referem-se ao fato de que as intervenções com esta população são mais efetivas quando não estão associadas à obrigatoriedade de fazer tratamentos. Alguns programas que oferecem moradia e encorajam, mas não obrigam, o indivíduo a ficar sóbrio, tiveram resultados satisfatórios com algumas pessoas que tradicionalmente apresentaram dificuldades em sair das ruas. Assim, esse autor afirma que os programas de moradia, quando não atrelado à obrigatoriedade do tratamento, são mais efetivos em prevenir as recidivas.

Além disso, para a relatora especial, as obrigações do Estado com relação à população de rua inclui: a obrigação imediata de adotar e aplicar estratégias para erradicar a situação de rua, com objetivos e prazos claros, estabelecendo as responsabilidades de todos os níveis de governo e sempre em consulta às pessoas em situação de rua; além disso os Estados devem lutar contra o estigma, discriminação e os estereótipos negativos das pessoas em situação de rua; e os despejos nunca devem levar pessoas a ficarem na rua (UN, 2015).

Importante ressaltar que as pessoas em situação de rua sofrem discriminação e preconceito e são objeto de estigmatização. Grande parte dos abrigos e albergues se recusam a aceitar indivíduos que possuem problemas com álcool e drogas o que incentiva a população a dormir nas ruas (EARLY, 2005). Além disso, ser pessoa em situação de rua diminui a oportunidade de emprego, reduzindo, ainda mais, a renda. Segundo Early (2005) empregadores não se interessam em contratar estes indivíduos pois os associam, diretamente, a problemas com drogas e questões de saúde mental.

Ao olharmos para este grupo social com o enfoque dos direitos humanos é necessário compreender que eles são sujeitos de direito e devem participar ativamente das lutas por transformação social e, especialmente, pelo direito à moradia. Estes indivíduos não podem ser tratados com atos de caridade, como se o fato de estar na rua fosse o resultado de um fracasso pessoal. A vulnerabilidade em que estes indivíduos se encontram se deve, também, ao fracasso do Estado em estabelecer políticas públicas capazes de assegurar esse direito. Como salientado anteriormente a situação de vulnerabilidade se relaciona com questões individuais, sociais e programáticas, e a dinâmica entre elas deve ser entendida para que as políticas públicas possam, de fato, abordar as necessidades reais deste grupo social.

À luz do conceito de vulnerabilidade, pode-se observar que todas as três dimensões são comprometidas no caso da população em situação de rua. Na dimensão individual observa-se que estes indivíduos têm pouco ou nenhum acesso a informação, impossibilitando que mudem suas

práticas cotidianas a fim de melhorar a qualidade de vida; sob a ótica da dimensão social, observa-se que a população em situação de rua se encontra subjugada pelas relações de poder e com acesso restrito a serviços de educação, lazer e cultura. Além disso, as relações familiares estão, muitas vezes rompidas, restando apenas as relações entre os pares que se encontram na mesma situação de vulnerabilidade. Para finalizar, as políticas públicas, dimensão programática da vulnerabilidade, voltadas para este grupo social são frágeis e não conseguem retirá-lo do lugar em que se encontra.

Portanto, sob a ótica dos direitos humanos, deve-se dar a estes indivíduos o direito de serem sujeitos e não objetos sociais para que possam exercer sua cidadania e serem reconhecidos como cidadãos, através, por exemplo, da participação social na elaboração das políticas públicas. Dessa forma, poderão transformar a realidade em que vivem, modificando questões estruturantes da sociedade o que poderá contribuir para a promoção da sua saúde.

### **3.3 Direito Humano à Água e ao Esgotamento Sanitário**

#### **3.3.1 Direito Humano à Água e ao Esgotamento Sanitário: o que traz de novo?**

O reconhecimento de que a água é elemento fundamental para assegurar as necessidades básicas dos seres humanos foi inicialmente estabelecido em 1977, durante a Conferência das Nações Unidas sobre Água em Mar Del Plata, na Argentina. O plano de ação desenvolvido durante aquela conferência determinava que todas as pessoas, independentemente da situação econômica e social, tinham direito ao acesso à água potável em quantidade e qualidade suficiente para garantir as necessidades básicas. Desde então, foram desenvolvidos vários planos de ação reconhecendo a água e o esgotamento sanitário como direito humano.

Em 2002, o Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais elaborou o Comentário Geral nº15 sobre o direito humano à água (OHCHR, 2010). Segundo este Comitê, o direito à água se enquadra no direito a uma vida com qualidade e está intimamente relacionado com o direito à saúde, alimentação e moradia digna, previstos no Tratado Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (OHCHR, 2010). Assim, em julho de 2010, através da resolução A/RES/64/292, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas reconheceu o acesso à água e ao esgotamento sanitário como um direito humano (UNGA, 2010).

A resolução reconhece o direito a água potável segura e limpa e um esgotamento sanitário como um direito humano essencial para o pleno gozo da vida e dos direitos humanos (A/RES/64/292, 2010). No mesmo ano, resolução do Conselho de Direitos Humanos ratificou e

esclareceu esse entendimento confirmando que a resolução era juridicamente vinculante. Desde então, os países devem garantir, progressivamente, esse direito, incluindo seu reconhecimento nos ordenamentos jurídicos nacionais. O Estado tem a obrigação de respeitar, proteger e fazer valer este direito, não implicando necessariamente que deva ser o provedor do serviço, mas deve monitorar e regulamentar os prestadores e garantir que o direito não seja violado (OHCHR, 2010; SULTANA, LOFTUS; 2012).

Segundo o Comentário Geral nº 15 (2010), o acesso à água deve respeitar requisitos como: disponibilidade, qualidade/segurança, aceitabilidade e acessibilidade física e financeira; além de respeitar os princípios gerais dos direitos humanos: não-discriminação e equidade, participação, transparência e responsabilidade. Portanto, a água deve estar disponível em quantidade suficiente para uso pessoal e doméstico; deve ser segura e de qualidade e não representar risco à saúde; deve ter cor, cheiro, sabor aceitáveis evitando que o indivíduo busque fontes alternativas não seguras; e deve ser acessível. As necessidades especiais dos indivíduos devem ser levadas em consideração e o caminho percorrido para coleta não pode apresentar riscos de ataque, seja de animais ou de pessoas. Além disso, deve estar disponível a um preço acessível para a população. O preço gasto pelo indivíduo para ter acesso à água não pode prejudicar a aquisição de outros bens essenciais, como alimentação, moradia e cuidado com a saúde (OHCHR, 2010). Com relação ao serviço de esgotamento sanitário este deve estar disponível, ser seguro, acessível física e financeiramente, além de higiênico, aceito cultural e socialmente e capaz de assegurar a privacidade e a dignidade humana (UN, 2015). Segundo Heller (2015), além da questão individual o acesso adequado a serviços de esgotamento sanitário tem uma importante dimensão na saúde pública uma vez que previne a contaminação do ambiente.

Mesmo após o reconhecimento da água e do esgotamento sanitário como direito, o mercado vislumbrou uma oportunidade de expandir os negócios, isso porque o próprio direito não exclui a privatização e expropriação. Ele diz muito pouco sobre como a água será fornecida e quem será o responsável por fornecê-la. Assim, apesar de o discurso do direito a água alargar as questões de justiça, alguns ativistas e pesquisadores apontam para o fato de que ele pode subverter a equidade no acesso à água para priorizar a eficiência e a recuperação dos custos, excluindo os mais pobres do acesso (SULTANA E LOFTUS, 2012). Uma vez que comunidades pobres podem não conseguir arcar com os custos para o acesso ao serviço, a priorização da recuperação de custos pode violar o princípio da não-discriminação e equidade e os conteúdos normativos como disponibilidade e acessibilidade financeira.

A declaração de Dublin, em 1992, reconheceu a água como um bem econômico. Isto resultou na apropriação do discurso pelo mercado, favorecendo a comercialização, privatização e comodificação do recurso. O discurso de que a melhor resposta para a escassez de água era a comercialização parte do princípio que a iniciativa privada consegue gerenciar a água com mais transparência e que a água, por ser um bem escasso, precisa ser precificada. Através do preço, seria possível conservar a água. A gestão da água, gerenciada por empresa privada, reduziria preços, aumentaria a performance e melhoraria o ressarcimento do custo investido. Assim, os recursos naturais seriam alocados com mais eficiência quando tratados como mercadoria. Essa visão da água como commodity se assemelharia ao tratamento dado a outros recursos essenciais à vida, como os alimentos, e os usuários seriam consumidores e não cidadãos responsáveis pelo gerenciamento da água de forma coletiva.

Por outro lado, alguns ativistas entendem que a água, ao ser vista como um recurso limitado e não substituível, deve ser gerenciada pelo Estado, que teria a responsabilidade de provê-la de forma universal e sem discriminação. Componentes do movimento de justiça global – indígenas, mulheres, pequenos agricultores, camponeses, e várias comunidades – acreditam que a água deva ser reconhecida como um bem público que não pode ser utilizada como recurso para aumentar lucro de empresas privadas e, ao mesmo tempo, não pode ser negada àqueles que não conseguem pagar por seu uso.

Portanto, o direito humano à água teve origem e foi apropriado, também, como uma forma de combater os projetos de privatização. Para ativistas dessas lutas, a gestão dos serviços de água, quando feita pelo Estado, poderia gerar custos menores pois não visaria o lucro. Assim, as campanhas anti-privatização se transformaram em campanhas pelo direito humano à água, e surgiu um novo conceito de direito de propriedade da água, “*commons*”, direito de propriedade coletiva, em substituição à visão de água como “*commodity*”, direito de propriedade privada (BAKKER, 2012).

Este conceito alternativo define a água como um bem público, fortemente ligado às comunidades e ecossistemas. Nesta nova perspectiva, a gestão da água deveria ser feita pela comunidade que, muitas vezes, tem uma relação cultural e espiritual com ela que é um elemento fortemente presente em suas práticas locais. Como a água é um recurso que impacta profundamente a comunidade, esta deve ser responsável por sua governança, o desperdício seria controlado por ideais como o de solidariedade. Estas seriam, portanto, as bases da democracia da água que visa à descentralização, a gestão baseada na comunidade, e a visão de que a conservação da água deve

estar pautada por questões políticas, sociais e culturais ao invés de ser economicamente motivada (BAKKER, 2012).

Cabe ressaltar que a visão da água como commodity pode reforçar as iniquidades onde os que podem pagar têm acesso, deixando de fora aqueles que não têm recurso financeiro suficiente, subvertendo, então, os objetivos de justiça da água. Para conter este viés e favorecer uma distribuição equitativa da água, é importante que o DHAES seja discutido junto com conceitos de desenvolvimento, participação, comunidade, empoderamento e sustentabilidade (SULTANA E LOFTUS, 2012; BAKKER, 2012)

É inegável que o DHAES estimula o debate sobre as relações de poder nos processos de tomada de decisão sobre o acesso à água, sobre como fazer para tornar a água acessível, e como a governança da água deve ser implementada. A iniquidade no acesso à água exacerba as relações de poder construídas socialmente. Questões de gênero, etnia, raça, deficiência, entre outras, relacionam-se intimamente com os problemas relacionados com a falta de acesso adequado à água e ao esgotamento sanitário. Para as mulheres e meninas, a falta de acesso aumenta a sobrecarga do trabalho doméstico, pois são elas que perdem horas do dia coletando água, o que, entre outras coisas, diminui o tempo gasto com lazer, cuidado dos filhos, tarefas economicamente rentáveis, e, muitas vezes, impede que as meninas frequentem a escola. Além disso, elas ficam expostas a violência física e sexual dos proprietários da terra onde passam para coletar a água, e ataques de animais selvagens. Com relação à falta de banheiro, as mulheres e meninas, muitas vezes, não urinam ou defecam com a frequência necessária, com receio de sofrerem violência ou para manter a privacidade, o que, muitas vezes, pode resultar em problemas de saúde (CAMPBELL *et al*, 2015; SORENSON, MORSSINK E CAMPOS, 2011; KOOLWAL E WALLE, 2013; PICKERING E DAVIS, 2012; NAUGES E STRAND, 2011).

Neste contexto, o reconhecimento do acesso à água e ao esgotamento sanitário como direito permite que todos os indivíduos possam participar destes debates, tanto politicamente como legalmente. Indivíduos marginalizados e excluídos podem participar dos processos de decisão sobre as políticas que envolvem o acesso à água e ao esgotamento, assim como podem lutar por uma distribuição mais equitativa visando a justiça social dentro de um processo democrático, participativo. Neste sentido, como salienta Sultana e Loftus (2012) é necessário desconstruir o sistema existente e gerar um debate crítico e uma práxis reflexiva com o objetivo de democratizar a gestão, a regulação e a criação de políticas públicas.

Cabe ressaltar que alguns pesquisadores (SULTANA E LOFTUS, 2012; BAKKER, 2012) salientam que o DHAES é “vazio de significado” uma vez que não aponta como e quem seriam os responsáveis por assegurar o acesso o que poderia fortalecer o discurso das multinacionais que enxergam a água como uma mercadoria de valor econômico. Dessa forma o DHAES não impediria que empresas privadas gerenciassem o sistema de abastecimento de água. Como o direito humano não implicaria água de graça, mas um abastecimento financeiramente acessível, algumas sociedades mais liberais não veem incongruência entre direitos humanos e “*commodities*”. Para essas sociedades, seria necessário, apenas, a elaboração de normativos jurídicos que proibissem desconexões e que regulassem preço e qualidade.

Contudo, este “vazio de significado” também pode ser útil para que os movimentos sociais impeçam a privatização da água, transformando o DHAES em um instrumento poderoso de mobilização. Segundo Sultana e Loftus (2012):

esse vazio de significado deve ser preenchido com um conteúdo político construído sobre as práticas específicas de cada lugar, levando em consideração as diferenças geográficas e históricas (SULTANA E LOFTUS, 2012, p.8)

Quando apropriado por movimentos sociais e construído sobre uma base democrática e equitativa, o DHAES pode ser utilizado para repensar as estruturas do mundo contemporâneo rompendo com a organização atual do sistema de governança da água que produz iniquidades. Assim, o DHAES pode ser utilizado pelas populações vulneráveis para legitimar a luta não só por acesso a estes serviços, mas também, por dignidade humana, exigindo justiça social e ambiental. Para isso, os conteúdos normativos dos direitos humanos podem ser utilizados como objetos fundantes das políticas públicas e da prestação dos serviços.

Assim, o DHAES, redefine a relação entre o homem e a água, não mais numa esfera unicamente quantitativa e qualitativa, mas processual, ou seja, na capacidade das pessoas se envolverem na governança, abrindo espaço para um debate mais democrático (LINTON, 2012). Às comunidades passa a ser assegurado o direito de se envolverem em decisões coletivas sobre uso e disponibilidade da água e a água passa a ser tratada como uma mercadoria social e cultural.

Quando tratada como mercadoria social e cultural e não econômica, como pactuado no comentário geral nº15, serão os processos democráticos que definirão sua gestão, e não os princípios do mercado. A água tem significados diferentes para cada comunidade, que estabelece uma forma muito particular de se relacionar com ela, e que devem ser valorizados e respeitados. Assim, os processos de gestão da água, além de terem como base as especificidades geográficas e

sociais de cada comunidade, devem levar em consideração as particularidades culturais e ambientais. Soluções sustentáveis só serão organizadas quando inseridas na realidade cultural de cada região. Segundo Linton (2012) quando a comunidade se envolve na gestão da água e esta se integra à realidade política e social local, é possível promover uma transformação social.

Os DHAES, portanto, podem auxiliar no empoderamento de atores locais, fortalecendo a noção de “*commons*” e da gestão comunitária da água e desafiando as relações de poder, construindo, assim, a política emancipatória da água. Com isso, o DHAES não deve ser entendido apenas como direito à saúde e higiene pessoal e doméstica, mas como um instrumento que fortalece a construção de uma ação coletiva, dissolvendo o direito como uma questão individual e reconfigurando-o como uma questão coletiva (LINTON, 2012).

Dessa forma, a água passa a ter um valor social e ser vista como um elemento intrínseco no processo de produção e reprodução social. Quando analisada somente como essencial à produção de mercadoria e serviços, a água continua sendo quantificada, auxiliando o mercado na produção do conceito de “*commodities*” e fortalecendo os interesses privados. A esse processo de retirada da água da natureza para a produção de “*commodities*” Swyngedow (2005) chamou de despossessão da água, conceito elaborado por Harvey, onde o coletivo passa a não ter acesso a um recurso de propriedade comum que foi privatizado. Seria, portanto, o que Harvey, segundo Linton (2012), denominou como uma acumulação por despossessão, uma nova estratégia da política liberal para a acumulação de capital através da privatização de um bem coletivo que passa a fazer parte de um fluxo de circulação de capital. Este sistema faz parte da lógica da acumulação capitalista.

Contudo, quando o DHAES é interpretado como um conceito no qual a água é entendida como um processo de transformação social, pode-se inferir que há uma reposição. Além disso, segundo Linton (2012) alguns juristas entendem que o Estado pode cobrar aluguel de empresas que utilizam a água para fins comerciais. O valor arrecadado nestes casos deve ser distribuído de forma coletiva com o intuito de produzir bem-estar geral da sociedade, a fim de atingir a equidade social.

Portanto, o DHAES deve ser analisado como uma questão para além da quantidade de água para a necessidade individual. Deve ser visto como uma questão relacional que cria uma identidade coletiva capaz de produzir uma transformação social. Dessa forma, a participação social no processo de governança da água é fortalecida e a visão da água como “*commodity*” é enfraquecida, trazendo para a comunidade a decisão sobre a gestão de um bem público, limitado e essencial à vida.

### **3.3.2 Acesso à água e ao esgotamento sanitário de populações vulneráveis: população em situação de rua**

Como discutido anteriormente, a situação de vulnerabilidade em que um grupo social se encontra é construída pela exposição a múltiplos fatores, sejam eles sociais, econômicos ou culturais. A relação negativa entre os recursos simbólicos e materiais e o acesso às oportunidades resulta na deterioração dos recursos pessoais, recursos de direito e os recursos das relações sociais (MONTEIRO, 2011). Aliado a isso, as populações vulneráveis encontram grande dificuldade em ter seus direitos garantidos.

O comentário geral número 14, elaborado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 2000, enfatiza a necessidade dos Estados em satisfazer as necessidades de saúde das populações vulneráveis (UN,2000). Os autores salientam que questões associadas aos determinantes sociais de saúde como: direito a um adequado nível de vida, incluindo comida, roupa e moradia; proteção e assistência à família; direito à saúde; acesso à água e ao esgotamento sanitário; entre outros, contribuem para promover a vida e a dignidade da pessoa humana. Para os autores, acesso à moradia, à água potável e nutrição adequada seriam os direitos mais básicos contidos no tratado internacional.

Em vista disso, a primeira violação de direito a que a população em situação de rua está submetida é o acesso à moradia que, atualmente, sofre grande influência do mercado e do capital, sendo regulada por este, e que tem consequências importantes em todos os outros direitos, e no processo saúde-doença (Harvey,2008). Segundo Heller e Cairncross (2016) os impactos sociais e ambientais negativos produzidos pelo desenvolvimento econômico não atinge a população de forma homogênea. As pessoas pobres são as que mais sentem estes impactos, pois geralmente, vivem em ambientes pouco saudáveis com acesso precário a serviços de água e esgoto, ar poluído, falta de coleta de resíduos sólidos, entre outras questões que aumenta a carga de doença relacionada a questões ambientais. O sistema econômico vigente, baseado no capital, também promove diminuição do acesso das pessoas vulneráveis e marginalizadas a direitos básicos e as mantém em situações de invisibilidade dificultando sua inserção, de forma democrática, nos processos de tomada de decisão (SANTOS, 2004).

Para a Relatora Especial sobre Moradia Adequada, a situação de marginalização e invisibilidade a que são submetidas as pessoas em situação de rua, se traduz nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis, pactuados em setembro de 2015, os quais não fazem qualquer referência a este grupo. Mesmo o objetivo 11 “Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis” (UN, 2015, p.16) não possui uma meta que se

direcione a esta população. De qualquer forma, a relatora afirma que os Estados devem se comprometerem a eliminar a situação de rua até 2030 tendo como base os direitos humanos e em conformidade com a meta 11.1 “Até 2030, garantir o acesso de todos a habitação adequada, segura e a preço acessível, e aos serviços básicos, bem como assegurar o melhoramento das favelas” (UN, 2015,p.16) de forma que as estratégias em relação a esta população envolva vários setores e aborde as causas estruturais que levam os indivíduos a viverem nas ruas.

Como se não bastasse a ausência do Estado e a falta de políticas capazes de assegurar os direitos a esta população, ela ainda sofre discriminação, violência e criminalização por parte da sociedade e de servidores do aparato público, como policiais municipais e militares.

Segundo Harvey (2012), o sistema capitalista, desde o século XIX, procura resolver o problema do capital ocioso através da urbanização. No entanto, esta dinâmica é controlada pelo mercado com apoio do Estado, o que repercute em marginalização e exclusão dos mais pobres, em detrimento do enriquecimento dos mais ricos. No processo de urbanização os mais pobres são retirados do centro das cidades e realojados para a periferia, onde os sistemas de abastecimento de água e esgoto são insuficientes, as ruas não são asfaltadas, observa-se muita poluição ambiental e um sistema de transporte inadequado, dificultando a mobilização dos indivíduos na cidade.

Neste contexto, o autor chama a atenção para o direito à cidade. Segundo ele este é um direito comum, que necessita de um esforço coletivo capaz de se apropriar, democraticamente, dos espaços de tomada de decisão a fim de moldar o processo de urbanização de acordo com os interesses coletivos. Para Harvey, como a cidade é construída pelo homem, ela é o reflexo dele, portanto, reconstruir a cidade é uma forma de reconstruir a si mesmo. Assim, o direito à cidade reflete o direito de mudar os homens através da mudança da cidade.

O direito à cidade vai muito além da liberdade individual de acessos aos recursos urbanos; é um direito que muda a gente ao modificar a cidade. É mais um direito coletivo que individual uma vez que a transformação depende, inevitavelmente, de um exercício de poder coletivo para modificar o processo de urbanização. A liberdade para fazer e refazer nossa cidade e nós mesmos é um dos mais preciosos e ainda mais negligenciado dos nossos direitos humanos (HARVEY, 2012, p.23)

O direito à cidade seria, portanto, o direito a uma forma de administração democrática do espaço urbano e, conseqüentemente, uma maneira de controlar, também de forma democrática, o excedente de capital que atualmente é controlado pelos interesses corporativos com auxílio do Estado (Harvey, 2008).

Ao pensar o direito à cidade como um direito coletivo capaz de gerar uma transformação social, pode-se fazer um paralelo com o DHAES. Como discutido, o DHAES deve ser

compreendido como uma questão comum a todos. Discutir a necessidade de um acesso melhorado à água e ao esgotamento sanitário para a população em situação de rua é auxiliar na construção de espaço urbano mais democrático, no qual as necessidades de todos são satisfeitas. Claro que o ideal é sanar a questão da moradia, no entanto, a falta de acesso a redes de abastecimento de água e esgoto nas ruas afeta a população como um todo. Assim, esta deve ser uma questão a ser discutida amplamente com a sociedade de forma a melhorar a qualidade de vida nas cidades. Além disso, uma vez que os direitos são interdependentes e inseparáveis, não há como negar que a violação do direito à moradia repercute em violação de todos os outros direitos.

Com relação ao DHAES, observa-se que a população em situação de rua não só tem este direito negado, como poucos são os estudos que avaliam o impacto da ausência desses serviços na vida e na saúde desta população. Importante ressaltar que pesquisas na área podem influenciar as políticas públicas.

De forma positiva o direito humano à água pode auxiliar na elaboração de políticas públicas que priorize o acesso à água para a população mais vulnerável e marginalizada, atenuando a influência da pobreza nos impactos adversos na saúde ocasionados pelo acesso inadequado à água e esgotamento sanitário (HELLER, CAIRNCROSS, 2016, p.345)

Além da violação ao direito à moradia, à cidade, e à água e ao esgotamento sanitário, estudo realizado por Uddin *et al* (2016) avalia que o direito à saúde destas populações também sofre violação. A limitação ao acesso a banheiros e água limpa aumenta a susceptibilidade das pessoas em situação de rua a várias doenças como diarreia, malária, febre tifoide, dor de estômago, febre e doenças de pele em decorrência de viverem em ambientes com baixa higiene. Além do local de moradia ser pouco higiênico, esses indivíduos não conseguem realizar tarefas simples como lavar as mãos após urinar ou defecar devido à ausência do acesso à água. Segundo Bain *et al* (2014), o simples ato de lavar as mãos com sabão reduz substancialmente a prevalência de doenças como a diarreia. Devido à extrema pobreza em que se encontram, esses indivíduos, muitas vezes, não conseguem assistência médica, aumentando, ainda mais, a situação de vulnerabilidade.

Walters (2014) realizou uma pesquisa sobre pessoas em situação de rua em Dehli, na Índia, e constatou que muitos indivíduos defecam e urinam ao ar livre próximo de onde dormem. Para lavar as roupas e tomar banho caminham 2 km até uma bica, esta situação demonstra a violação do DHAES para este grupo social e que repercute, entre outras coisas, na saúde e não assegura a dignidade. Segundo o autor, eles vivem à margem da sociedade e a renda auferida não é suficiente para comprar comida e água, e apesar de serem invisíveis na sociedade, eles têm muitos aspectos de sua vida privada escancarados. A falta de privacidade afeta, especialmente, crianças e mulheres,

deixando-as expostas a violência e assédio. Além da falta de acesso a serviços de saneamento, eles não têm título de eleitor o que não permite que eles participem da vida política da sociedade.

O alcance do DHAES para a população em situação de rua, segundo Walters (2014), vai além das questões técnicas, exigindo a compreensão de como a situação de vulnerabilidade desta população foi criada e é mantida. A falta de acesso a estes serviços e de políticas públicas que abarquem as necessidades desta população reflete a indiferença e apatia com que o Estado, principal responsável por assegurar os direitos, lida com este grupo, deixando-o exposto a iniquidades estruturais e sociais. Além da indiferença do Estado, práticas discriminatórias auxiliam a criar e manter a situação de vulnerabilidade e exclusão. Violência policial, leis que criminalizam os pobres e a discriminação e preconceito com que são tratados colocam as pessoas em situação de rua, cada vez mais à margem da sociedade e próximos da insegurança urbana.

Esta situação é um reflexo das relações de poder e da forma desigual com que as oportunidades são distribuídas na sociedade, oportunidades, estas, enraizadas sobre uma estrutura social, econômica e política que nega direitos aos mais pobres e favorece o acúmulo de capital aos mais poderosos. Junto a isso, esta situação desmascara o fracasso do processo de urbanização e do Estado em assegurar os direitos humanos.

Para as pessoas em situação de rua em que não só os direitos são violados, mas se nega e elas os meios para reclamá-los, uma abordagem baseada em direitos que favoreça o acesso à água e ao esgotamento sanitário pode possibilitar uma transformação social e facilitar o acesso a outros direitos, modificando os determinantes sociais, estimulando a inclusão social, e a promoção da saúde.

As relações de poder estabelecidas na sociedade estimulam a situação de vulnerabilidade em que alguns grupos sociais se encontram. Assim, o estímulo à participação social nos processos de tomada de decisão, sem discriminação, de forma transparente, de maneira a identificar os responsáveis e empoderar aqueles que se encontram marginalizados, pode ser uma oportunidade de tirar estes indivíduos do anonimato e da invisibilidade na discussão sobre o acesso à água e ao esgotamento sanitário.

Neste sentido, avaliar como ocorre o acesso à água e ao esgotamento sanitário na percepção desta população - que são os detentores do conhecimento sobre a realidade em que vivem - pode auxiliar na implantação de políticas públicas que visam melhorar este acesso, fortalecendo a participação social e favorecendo, assim, uma metodologia com base nos direitos humanos.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Referencial Metodológico**

Para a realização desta pesquisa, foi utilizada a metodologia qualitativa cujo objetivo é compreender a realidade através das experiências vividas e das crenças, valores e significados dos sujeitos participantes (DESLANDES E GOMES, 2011). As pesquisas qualitativas, de acordo com Minayo (2014, p.23), “leva em conta os níveis mais profundos das relações sociais que não podem ser operacionalizados em números e variáveis”. Neste sentido, as pesquisas qualitativas se voltam ao que é subjetivo e que não pode ser sintetizado em dados estatísticos, ao contrário das pesquisas quantitativas que se baseiam em dados objetivos, quantificáveis.

Assim, a abordagem qualitativa afirma-se no campo da subjetividade e do simbolismo, auxiliando a compreender a visão de mundo dos participantes. É neste contexto que se insere esta pesquisa, que teve como objetivo avaliar, através da percepção dos participantes, como se dá o acesso à água e ao esgotamento sanitário pela população em situação de rua no município de Belo Horizonte.

### **4.2 Percurso Metodológico**

Nesta sessão serão apresentados os procedimentos metodológicos, na forma de narrativa e em ordem cronológica. O primeiro passo no processo de investigação, após a elaboração do roteiro, foi realizar uma entrevista piloto, feita em abril de 2016. O roteiro, semiestruturado, foi elaborado tendo como fundamento a revisão da literatura e a experiência empírica dos pesquisadores (Anexo I). O roteiro aborda questões gerais sobre a vida nas ruas, questões sobre o acesso à água e ao esgotamento sanitário e questões sobre os princípios dos direitos humanos. Para a entrevista piloto abordamos um senhor que andava pela rua Paracatu próximo à avenida Augusto de Lima. O senhor era catador e se encontrava em situação de rua. Após a apresentação do projeto o senhor imediatamente se prontificou a responder as perguntas e se mostrou muito satisfeito em participar. Esta entrevista foi importante para verificarmos se as perguntas estavam condizentes com o que queríamos verificar, se havia perguntas faltando ou em excesso no roteiro e identificarmos aquelas pouco compreensíveis.

Assim em maio de 2016, após fazer os ajustes no roteiro com base na entrevista piloto, estabeleci contato com uma entidade que atua junto à população de rua em Belo Horizonte, a Pastoral de Rua do Município de Belo Horizonte. Esta instituição, ligada a Arquidiocese, trabalha desde 1987 buscando melhorar a dignidade da população em situação de rua no município.

Após o contato, via telefone, com a Pastoral de Rua, foi solicitada a participação das pesquisadoras no encontro que esta instituição realiza com as pessoas em situação de rua e que acontece todas as quintas-feiras na sede da Pastoral. Esse encontro era importante para fazer uma primeira aproximação com o grupo. No primeiro dia, após a apresentação das pesquisadoras e do projeto de pesquisa, a população em situação de rua ali presente salientou a necessidade de se discutir a situação dos banheiros. A água não foi, inicialmente, uma demanda. Como o grupo presente se mostrou muito interessado pelo tema foi discutido com eles a possibilidade de agendar um dia para uma entrevista em grupo. Esta entrevista foi agendada e realizada 3 semanas após o primeiro contato. A entrevista em grupo contou com a participação de 12 indivíduos, sendo quatro mulheres. Todos os participantes tinham entre 20 a 40 anos e tinham experiência de morar na rua. Mesmo após a entrevista em grupo as pesquisadoras participaram, durante 3 meses, dos encontros na Pastoral para conseguir compreender a realidade da vida das pessoas que participavam daquelas reuniões. Estes encontros foram importantes para conseguir entender a relação estabelecida entre estes indivíduos, a sociedade e o poder público.

Além da entrevista em grupo foram feitas entrevistas individuais. A seleção destes participantes foi realizada seguindo o critério de acessibilidade, tendo em vista a disponibilidade em conceder a entrevista. A busca por estas pessoas foi feita através de visitas às praças, viadutos, ou espaços do centro da cidade, região onde se encontram o maior número de pessoas em situação de rua segundo o Censo (PBH, 2013). Os locais escolhidos foram as praças Raul Soares e da Rodoviária, os viadutos Helena Greco e de Santa Teresa além de pessoas que passavam pelas ruas do centro. Quatro indivíduos que frequentam a Pastoral de Rua também participaram da entrevista individual e as entrevistas foram feitas na própria instituição. Algumas pessoas abordadas na rua não quiseram dar entrevistas ou estavam muito alcoolizadas ou drogadas.

A praça Raul Soares foi o primeiro lugar visitado por nós. Inicialmente fizemos uma observação sistemática não participante (MARCONI e LAKATOS, 2008) durante a qual foi utilizado um diário de campo para anotar as impressões. Ficamos dois dias sentadas no banco da praça e conseguimos perceber o grande número de pessoas que tomam banho na fonte e lavam suas roupas. No primeiro dia em que estivemos lá contamos, assim que chegamos, 18 pessoas em situação de rua que estavam na praça, sendo 5 mulheres. Muitos tinham cachorros. Estes animais são frequentemente encontrados juntos com este grupo populacional. Logo que chegamos observamos uma mulher lavando roupa, 4 adolescentes, dois meninos e duas meninas, tomando banho, de roupa, na fonte de água, e outras 4 pessoas utilizando a água como fonte de lazer (fazia muito calor e alguns se divertiam dentro da água). Após se divertirem na água um dos meninos saiu e buscou uma marmitta e uma garrafinha de água que dividiram entre os 4.

Depois do banho na fonte observamos que as mulheres se ajudavam para que pudessem trocar de roupa, ficavam atrás do arbusto com uma amiga segurando um pano no qual ficavam enroladas enquanto se trocavam. Após uma hora que estávamos ali, aproximadamente, chegaram mais 2 homens que tomaram banho e lavaram suas roupas na fonte de água. Outro homem chegou sozinho, logo depois, e entrou na fonte para se banhar. Depois do banho se reuniu com os 2 homens que haviam chegado antes dele e dividiram o rapé. Importante salientar que a mesma água utilizada para lavar a roupa era utilizada para tomar banho. Como a praça é um local muito movimentado muitas pessoas passavam e comentavam o que viam: *‘só noiado (drogado) toma banho aí’*; *‘só povo do crack’*; *‘se você tomar banho aí já sai viciado’*, estas frases representam a visão que algumas pessoas tem sobre aqueles que estão em situação de rua.

As roupas que eram lavadas eram colocadas nos arbustos para secar e em algum momento um menino, jovem, que não estava em situação de rua, passou pela praça pegou uma calça que estava secando sobre um arbusto, cheirou, colocou em frente ao seu corpo para ver se servia e levou a calça embora.

Após o banho as pessoas deitaram no gramado e ficaram conversando. Uma funcionária que trabalha limpando a praça conversou com um grupo como se já os conhecesse. Temos a impressão que muitos que estão ali moram na praça.

Uma senhora mais idosa passou pela praça, cumprimentou algumas pessoas em situação de rua, limpou os pés na fonte de água e seguiu seu caminho. Observamos que a praça tem muita rotatividade, muitas pessoas em situação de rua passam por lá para tomar banho e lavar seus pertences.

No dia seguinte voltamos à praça e observamos que a rotina permanecia praticamente a mesma, com as pessoas utilizando a fonte de água para tomar banho, lavar os pertences e refrescar. Na semana seguinte voltamos à Praça na parte da tarde, e nos aproximamos de 3 mulheres que estavam por lá nos dias que realizamos as observações e que moram na praça. Nos apresentamos e explicamos a pesquisa, no entanto elas pediram que voltássemos outro dia, na parte da manhã, pois elas haviam cheirado cola e não conseguiriam responder as perguntas. Aproveitamos e fomos até o viaduto Helena Greco, lá encontramos muitas pessoas em situação de rua e nos aproximamos de dois homens. Nos apresentamos, explicamos a pesquisa e eles se dispuseram a participar. Um deles estava alcoolizado e chorou muito na entrevista mostrando, claramente, a dificuldade da vida nas ruas, o que também foi relatado pelo seu amigo.

Voltamos à praça Raul Soares no outro dia de manhã e encontramos o mesmo grupo de pessoas. Assim que chegamos, as três mulheres conversavam com policiais em uma viatura. Nos aproximamos delas quando o carro foi embora e elas nos disseram que os policiais estavam tirando foto delas, sem autorização, e que tinham receio do que eles iriam fazer com as fotos por isso se aproximaram do carro para perguntar o porquê das fotos e os policiais disseram que elas tinham que ficar caladas senão iriam prender todas. Uma delas me relatou que o marido havia sido preso e que seus pertences (roupas e documentos) haviam sido levados, na semana anterior. Neste dia conseguimos fazer as entrevistas.

As demais entrevistas foram feitas no Viaduto Santa Tereza, na praça da Rodoviária e com pessoas que vivem neste entorno. Saímos um dia de manhã e nos dirigimos ao Viaduto, sabíamos, através da entrevista em grupo realizada na Pastoral da Rua, que havia um beco perto do Viaduto onde ficavam algumas pessoas que utilizam crack. Assim que chegamos achamos o beco e, depois de observar e ver que as pessoas estavam ali tranquilas, decidi entrar. Tinham 5 pessoas no beco, rodeadas por fezes e urina. Um homem, que aparentemente não estava drogado, usava um casaco de couro e cordões de ouro, veio nos receber de forma muito amigável, e perguntou o que queríamos. Dissemos que estávamos fazendo uma pesquisa e indagamos se poderíamos conversar com alguém. Ele me mostrou as pessoas sentadas no canto do beco e disse que era com elas. Me aproximei de um homem que, em princípio, se dispôs a conversar, mas depois me pediu que voltasse outra hora pois ele queria dar uma “bola”. O homem que conversei logo que entramos no beco era traficante e estava lá para vender o crack e se ele conversasse comigo ele perderia a oportunidade de usar a droga pois o traficante iria embora. Vimos que não conseguiríamos conversar com ninguém, pois estavam todos muito interessados no crack. Então, saímos do beco e nos dirigimos ao Viaduto. Debaixo do Viaduto muitas pessoas ainda dormiam, apesar de serem 10 horas da manhã. Mas conseguimos ver uma senhora que estava acordada arrumando seus pertences. Nos dirigimos a ela que, muito solícita, conversou com a gente.

Após a entrevista com essa senhora, caminhamos até a praça da Rodoviária. No caminho nos deparamos com muitas pessoas que vivem na rua, como artesãos e que vendem os objetos que fabricam. Nos aproximamos de uma mulher que disse ser da Argentina e que estava em Belo Horizonte há 3 dias e não se dispôs a conversar com a gente. No entanto, o que percebemos foi que os artesãos têm uma relação diferente com a rua pois se protegem e um ajuda o outro, os que tem casa abrigam os demais. Esta informação foi confirmada por um artesão mais velho que trabalha há muitos anos na rua. Eles não se consideram pessoas em situação de rua e me disse que os artesãos não têm problema com banheiro e água pois os estabelecimentos comerciais os ajudam muito. Além

disso me disse que no Centro de População de Rua é impossível tomar banho devido ao alto índice de roubo e que na rua têm 50% de drogado e 25% de ‘*doido*’.

Seguimos até a praça da rodoviária onde nos aproximamos de um senhor mais velho e um casal. Todos conversaram com a gente. Enquanto finalizávamos a entrevista com o casal um homem com deficiência física e que estava em situação de rua se aproximou e iniciou a conversa. Disse que são poucas as pessoas que param para falar com eles e que ele gostava muito de conversar quando tinha a oportunidade.

Após a praça nos dirigimos para a rua Rio de Janeiro onde encontramos muitos artesãos, mas nenhuma pessoa que abordamos quis conversar conosco e sentimos que estavam muitos desconfiados. Saímos da Rio de Janeiro e chegamos ao Parque Municipal onde algumas pessoas dormiam no gramado, nos aproximamos de um homem que conversou um pouco, mas não autorizou a entrevista pois ficou desconfiado. Saímos do parque e seguimos até a Bernardo Monteiro, era por volta de 16 horas. Sabíamos que ali havia muitas pessoas em situação de rua pois um dos entrevistados nos informou. Ele também nos informou que, para evitar que os policiais pegassem seus pertences, eles colocavam os pertences nas árvores. Nesta visita conseguimos observar no alto das árvores os pertences escondidos.

As entrevistas foram feitas nos meses de maio e junho, época de frio em Belo Horizonte. Neste período, os jornais noticiavam que os policiais estavam retirando os pertences das pessoas em situação de rua e isso foi comprovado por todos os entrevistados. Para evitar isso, eles tentavam esconder suas roupas e documentos nas árvores e em buracos das calçadas.

Ao todo entrevistamos individualmente 12 indivíduos, maiores de 18 anos. Com relação às características sócio-demográficas dos entrevistados, entrevistamos sete homens e cinco mulheres, com idade entre 20 a 55 anos, que vivem na rua há 4 meses no mínimo e 30 anos no máximo, com baixa escolaridade – não estudaram ou têm apenas o ensino fundamental incompleto – e a forma de obtenção de renda se dá através da reciclagem ou de doações (anexo II). A técnica de amostragem por saturação (FONTANELLA *et al.*, 2008), na qual a ausência de temas novos e a repetição de conteúdo nas entrevistas são indicativos de que as principais ideias já foram levantadas, foi utilizada para definir o número de entrevistados.

### **4.3 Coleta e análise dos dados**

Para a coleta de dados foi realizado uma entrevista grupal e 12 entrevistas individuais utilizando o mesmo roteiro. Para a realização das entrevistas contei com o auxílio da bolsista de Iniciação Científica. As entrevistas foram realizadas após apresentação dos pesquisadores e breve

colocação dos objetivos do estudo. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado por aqueles que quiseram participar.

As entrevistas, individuais ou em grupo, são as principais formas de coleta de dados em uma pesquisa qualitativa sendo utilizadas na construção de informações sobre um determinado objeto de pesquisa, no caso, o acesso à água e ao esgotamento sanitário pela população em situação de rua. Através da entrevista é possível coletar as informações dos próprios sujeitos sobre a realidade em que vivem. Essas informações não poderiam ser coletadas através de dados quantitativos, uma vez que representam as crenças, opiniões, formas de pensar, sentimentos e comportamentos dos participantes (MINAYO, 2014).

Importante salientar que a observação sistemática não participante esteve presente no processo de investigação. Os pesquisadores passaram dois dias na Praça Raul Soares, antes de realizarem as entrevistas, observando como a população que vive ali se relaciona e onde realizam as atividades cotidianas, além de verificarem que a fonte da praça é uma alternativa para banho e lavagem de roupa de várias pessoas em situação de rua que passam por ali. Todas as impressões foram anotadas no diário de campo. A escolha da praça como local para se realizar a observação sistemática não participante se deve ao fato de estar no centro da cidade e ter uma fonte de água. Todas as observações foram documentadas no diário de campo.

Tanto as entrevistas individuais como de grupo foram gravadas, transcritas e analisadas utilizando a técnica da análise de conteúdo, por meio da qual as informações coletadas foram sistematizadas em categorias analíticas, tendo como base o referencial teórico do DHAES (BARDIN, 1995).

Assim, a análise das entrevistas foi realizada segundo as etapas descritas por Deslandes e Gomes (2011) que consistem em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Foi realizada uma leitura com profundidade das entrevistas e, após as leituras e com base no roteiro e na literatura, foram criadas em seguintes categorias analíticas: Conteúdos Normativos do DHAES e Princípio dos Direitos Humanos.

#### **4.4 Principais riscos e benefícios da pesquisa e divulgação dos resultados**

O principal risco desta pesquisa foi o de não encontrar pessoas que se dispunham a participar da pesquisa, o que poderia prejudicar a coleta de dados e, conseqüentemente, o andamento do estudo. O risco foi minimizado uma vez que a abordagem dos participantes se deu por intermédio de uma organização que eles pertenciam, ou que já estavam familiarizados, e mantinham uma relação de confiança.

Para os participantes a realização das entrevistas ofereceu riscos mínimos. Desconforto ou constrangimento poderia ser um risco, neste caso, os participantes estavam livres para não responder ou se retirar da pesquisa.

Como benefício, o estudo pretendia conhecer a percepção deste grupo populacional sobre o acesso à água e ao esgotamento sanitário com o intuito de contribuir para a compreensão do DHAES e sua relação com populações vulneráveis, auxiliando na orientação da definição de políticas públicas capazes de reduzir as iniquidades no acesso a estes recursos, minimizando, assim, os problemas de saúde nessa população e a violação dos direitos.

A pesquisa foi interrompida ou suspensa somente quando solicitada pelos participantes ou pelas instituições. Os dados obtidos são confidenciais e o anonimato das participantes foi garantido, de maneira que seus nomes não serão revelados em nenhuma situação.

Os resultados serão divulgados através da elaboração e publicação de artigos científicos e divulgação da tese. Além disso, serão apresentados na Pastoral de Rua, para aqueles que participaram da entrevista em grupo; e serão organizadas palestras e discussões com a administrações municipal e estadual.

#### **4.5 Ética**

Os participantes foram devidamente informados sobre o projeto e convidados a participar do mesmo de forma voluntária assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo II). Eles foram certificados de que poderiam se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento, sem prejuízo ou coerção. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René-Rachou protocolo CAAE 49209515.0.0000.50.91 (anexo III)

## 5 RESULTADOS

### 5.1 The human right to water and sanitation: a new perspective for public policies

#### **Autores:**

**Colin Brown** - Sociologist and research fellow at René Rachou Research Centre. Oswaldo Cruz Foundation. FIOCRUZ- Minas. Email: [colin.brown@cpqrr.fiocruz.br](mailto:colin.brown@cpqrr.fiocruz.br). Tel: +33 651 121 666 Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. Belo Horizonte-MG CEP 30190-002

**Priscila Neves-Silva** – PhD student at René Rachou Research Centre. Oswaldo Cruz Foundation. FIOCRUZ- Minas. Email: [priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br](mailto:priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br). Tel:+55 31 3379 7700 Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. Belo Horizonte-MG CEP 30190-002

**Léo Heller** – Researcher at Rene Rachou Research Centre. Oswaldo Cruz Foundation. FIOCRUZ- Minas and Volunteer professor at Department of Sanitary and Environmental Engineering at UFMG. Email:[heller@cpqrr.fiocruz.br](mailto:heller@cpqrr.fiocruz.br) Tel:+55 31 3379 7700 Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. Belo Horizonte-MG CEP 30190-002

**Abstract:** The recognition of the human right to water and sanitation (HRtWS) by the United Nations General Assembly and Human Rights Council in 2010 constituted a significant political measure whose direct consequences are still being assessed. Previous to this date, the HRtWS and its link to a healthy life and adequate standard of living had been recognised in diverse legal and judicial spheres worldwide, in some cases under the pressure of the initiatives of strong social movements. However, while the HRtWS is recognised by the UN State Members, it constitutes a concept in construction that has not been approached and interpreted in consensual ways by all concerned stakeholders. The present article presents a formal definition of this right with a base in human rights regulation. It attempts to dialogue with the different existing perspectives regarding the impact of its international recognition as a human right. It then elucidates the progressive development of the HRtWS in law and jurisprudence. Finally, it considers the urgency and challenge of monitoring the HRtWS and discusses important implications for public policies.

**Keywords:** Human rights; Access to water; access to sanitation; public policies

**Resumo:** O reconhecimento do direito humano à água e ao saneamento (HRtWS) pela Assembleia Geral das Nações Unidas e pelo Conselho de Direitos Humanos, em 2010, constitui uma medida política significativa cujas consequências diretas ainda estão sendo avaliadas. Anterior a esta data, a relação entre HRtWS com uma vida saudável e um padrão de vida adequado já havia sido reconhecida em diversas esferas legais e jurídicas em todo o mundo, em alguns casos devido a pressão das iniciativas de movimentos sociais fortes. No entanto, mesmo que o HRtWS tenha sido

reconhecido pelos Estados Membros das Nações Unidas, ele constitui um conceito em construção que não tem sido abordado e interpretado de maneira consensual por todos os atores interessados. O presente artigo apresenta uma definição formal desse direito com base no regulamento de direitos humanos. Ele tenta dialogar com as diferentes perspectivas existentes sobre o impacto do seu reconhecimento internacional como um direito humano. Em seguida, ele esclarece o desenvolvimento progressivo dos HRtWS na lei e na jurisprudência. Por último, considera a urgência e o desafio de monitorar os HRtWS e discute implicações importantes para políticas públicas.

Palavras-Chave: Direitos humanos; acesso a água, acesso ao esgotamento sanitário, políticas públicas

## Introduction

The human right to water and sanitation (HRtWS) has recently been the object of theoretical questionings, empirical evaluations and debates anchored in the relevant judicial and legal frameworks. A resolution for the HRtWS was initially rejected by the United Nations General Assembly (GA) in 2008. But two years later, renewed efforts succeeded in explicitly recognizing the HRtWS in the General Assembly's resolution 64/292 (28 July 2010)<sup>1</sup> and the Human Rights Council's (HRC) resolution 15/9 (6 October 2010)<sup>2</sup>.

In resolution 64/292, the UNGA recognised “*the right to safe and clean drinking water and sanitation as a human right that is essential for the full enjoyment of life and all human rights*”<sup>1</sup>. This resolution can be understood as an extension of other human rights-related resolutions, such as the Vienna Declaration and Programme of Action<sup>3</sup>, which establishes that human rights are universal and inalienable; indivisible; interdependent and interrelated, including the right to development.

In resolution 15/9, the UNHRC also reaffirmed that the human right to safe drinking water and sanitation is “*derived from the right to an adequate standard of living and inextricably related to the right to the highest attainable standard of physical and mental health, as well as the right to life and human dignity*”<sup>4</sup>. For Bulto<sup>5</sup>, appropriate access to water for human consumption and sanitation acquired an authoritative status through General Comment n. 15, emitted by the United Nations Committee for Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)<sup>6</sup> in 2002. This author argues for the legitimacy of the CESCR's interpretation of the corresponding covenant in light of the prevailing international legislation on the environment and water, respectively, as well as the evolving legislative practices of the UN's State Members.

The specific regulation for the HRtWS has been modelled using the concept of normative content. For the human right to water, the applicable normative content is composed of the following five criteria: availability; accessibility; quality and safety; affordability; and acceptability. For the human right to sanitation, the same criteria are considered with adapted definitions for this service's specificities<sup>6</sup>. Mainly, the content of dignity and privacy apply, which are related to people's social and cultural standards, and take into consideration such gender-related particularities as the use conditions of women and young girls.<sup>7</sup>

In addition to the normative content, general human rights principles must also be rigorously observed, including those of equality and non-discrimination, access to information and transparency, participation, accountability, sustainability, and progressive realisation and non-retrogression. States are also required to realise human rights in a progressive fashion, using the maximum amount of available resources<sup>6</sup>. This simultaneously represents an opportunity to maintain States' accountability and a challenge for monitoring their efforts.

Although the HRtWS is recognised by the UN State Members, it constitutes a concept in construction that has not been approached and interpreted in consensual ways by all concerned stakeholders. In this context, the present article presents a formal definition of this right with a base in human rights regulation, and attempts to dialogue with the different existing perspectives regarding this concept. It seeks to show that in spite of some controversies, this concept presents the important possibility of reorienting water- and sanitation- related public policies to make them adopt more inclusive approaches that produce more democratic outcomes. In the next section, we will present the factors that explain the introduction of the HRtWS and the implications of its recognition. Subsequently, we will elucidate how different interests are capable of appropriating this concept and the related concerns. The following section broadly discusses the progressive development of the HRtWS in legal and judicial spheres worldwide. Finally, we will discuss important aspects related to monitoring the progress of these rights worldwide. In conclusion, we argue that this concept may contribute to redefining the debate on public policies for water supply and sanitation.

### **Why human rights to water and sanitation?**

Water has been perceived in many differing ways throughout the years, receiving various qualifiers: a public resource, a common pool resource, a flux or flow resource<sup>8</sup>, a non-substitutable resource<sup>9</sup>, an economic good<sup>10</sup>. Whether or not water as a substance is considered an inherently public or private good, some parties insist on the economic value of the water required by humans (i.e. drinking water) in light of its relationship with a plethora of aspects involved in water and

sanitation provision, such as the technologies, infrastructure and labour needed to produce and supply these services. In fact, for some it is precisely this resource-intensive characteristic (as opposed to a cost-free one) that puts these human rights under the umbrella of economic, cultural and social rights<sup>11</sup>. However, increasingly strong movements are growing and coordinating among themselves worldwide for all the aspects involved in water and sanitation service (WSS) provision to be treated as public goods, which is represented as the framework that is most likely to realise the HRtWS. This vision has given rise to various interpretations, including that service provision should not be profit-oriented, that the privatisation of services should be abolished, and even that these services should be provided free of charge.

There is no doubt that discussions on WSSs have gravitated heavily around which governance models should structure service provision: what goods should be placed under ownership, whose ownership this might be, which parties should be responsible for executing service provision, and the overall financial structure of service provision (e.g. how to charge - or not charge - people for use; should States supply minimum quantities of free water?). Amidst these discussions, a major political issue at stake across the world, and perhaps the greatest challenge to defenders of the human rights to water and sanitation, consists in establishing appropriate and sustainable WSS services to under- or un-served persons, and providing affordable access to individuals without sufficient purchasing power<sup>12</sup>.

A valid question one may ask is “why human rights to water and sanitation now?” Catarina de Albuquerque<sup>7</sup>, the former Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation (SRHRtWS), posited that this human right could have been explicitly recognised long ago when the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) was designed and adopted by the UNGA in 1966. However, “[m]any countries whose populations suffered from a lack of access to water and sanitation were not directly represented at the negotiating table”<sup>7</sup>. More recently, the human right to water and sanitation has been referred to as a strategy, approach<sup>13</sup>, or idea<sup>14</sup> by some, while others<sup>15</sup> have focussed on its internationally established foundation as a sort of transcending truth or value that must necessarily inform politics.

It is to be noted that the UNGA<sup>1</sup> and UNHRC’s<sup>2</sup> respective 2010 resolutions did not pass with the unanimous consent of all State Members. Many initially questioned, and some continue to question, the legal foundation of the HRtWS.<sup>16</sup> The motives were numerous for forty-one countries to abstain from voting on the GA resolution (including the USA, UK, Canada, Australia, Sweden, Japan), plus the many more that were absent from the vote. Some affirmed that a distinct right to water does not exist under formal international law (e.g. the Universal Declaration of Human

Rights, the ICESCR). For those State Members, such as the United States, that have still not even ratified the ICESCR, the implications of the UNGA<sup>1</sup> and UNHRC<sup>2</sup> resolutions are all the more disputable, as these State Members only technically remain obligated under UN regulation to not take measures that would make their signing this treaty redundant. Additionally, Gupta *et al.*<sup>14</sup> highlight the perceived reluctance of some developing States to accept a direct responsibility to realizing these human rights on their territory, pointing out that the resolutions in which the HRtWS were initially recognised place considerable emphasis on the need for international cooperation in order to help developing countries in realizing these rights. For this author, it is worth wondering to what extent these specific conditions were in fact aspects that influenced many States to vote in favour of these resolutions as a strategic, development-oriented decision. Nevertheless, it should be noted that, since 2010, UN State Members have joined in consensus on several UNHRC and UNGA resolutions that reiterate the human right to water and sanitation.

Thus, it may be considered that many States' historical reluctance led to these rights' late formal, international recognition. The approval of the HRtWS in 2010 can be considered to be the fruit of a strong mobilisation led in large part by progressive social movements, and assisted by many States' committed to the development of human rights. Particularly, the fact that the UNGA<sup>1</sup> resolution was introduced by the government of Bolivia was very symbolic, as it occurred amid an historic moment for this country, which was struggling for the national political sovereignty of its waters. In this context, the modern genesis of the HRtWS appears underscored by the mission of favouring under- and unserved populations and enforcing the principle of equality and non-discrimination.

### **Appropriation of the concept by contrasting interests**

Water has become an increasingly discussed topic charged with the political and the economic since its rise to the international podium in the 1970s (e.g. the 1972 Stockholm United Nations Conference on the Human Environment and the 1977 United Nations Mar del Plata Water Conference). Since the following decades, especially since the United Nations Dublin Conference in 1992<sup>10</sup>, the world has seen the rise of the tirelessly discussed neoliberal agenda and its particular applications to water management. Clarifying these terms, some consider that mainstream economics and the neoliberal agenda have been equivalent with a growth-oriented commoditisation of everything in society, including rights.<sup>12</sup> Albeit, for Bakker<sup>17</sup>, the establishment of the HRtWS and the applications that it has seen these past few years show signs of a transition into a hybrid post neoliberal agenda. Indeed, human rights constitute a strong, pro-poor political paradigm that,

through its underpinning moral philosophy, intrinsically provokes a collision with neoliberalism, the most significant, perhaps dominating, paradigm in the contemporary world.

More and more efforts are being made to insert human rights into present and future politics. For instance, while human rights were conspicuously absent from the agenda for the Millennium Development Goals, the post-2015 agenda<sup>18</sup> (embodied in the Sustainable Development Goals agenda, “Transforming our World”), on the contrary, clearly endorses the importance of human rights as a socio-political framework, making explicit reference to the human right to safe drinking water and sanitation. Yet, in the context of a global stage largely occupied by a neoliberal agenda, it is becoming increasingly recognised that fundamental ideological contradictions make it difficult for these two paradigms to converge, if not at the drawing board, then at least on the ground. Some<sup>19</sup> have expressed doubts about the effectiveness of “*rights talk*” to provide imaginative language for thinking about “*new community economies*” and thus deny that the UN’s recognition of the HRtWS has led to a significant improvement in the conditions of people whose access to WSSs is limited. Other authors<sup>12</sup> affirm that the inherent commoditisation in mainstream economics is explicitly contradictory with a society that aims to enhance human rights: “*In this society accountability and universality are keywords and market ideology happens to ignore both. Human rights decline, or at least stagnation, should not be seen, therefore, as the outcome of doing wrongly the right economics, but of rightly doing the wrong economics*”<sup>12</sup>.

Indeed, one seldom finds the concept of human rights within economic reasoning for the very reason that they do not share the same language and are incommensurable. Indeed, the UNGA’s<sup>1</sup> and UNHRC’s<sup>2</sup> resolutions on the HRtWS abstained from using firm economic language. As a consequence of becoming a human right, States assumed the ambiguous, and for that reason contentious, obligation to allocate their maximum available resources to the progressive realisation of these rights. Following in suit, the former SRHRtWS affirmed that there were no prescriptive models of service provision.<sup>20</sup> Thus, for some stakeholders, the resolutions represented a “*massive defeat for the Global Water Justice Movement*”, as the right to water remained compatible with private sector participation and contained no explicit obligation on utilities to provide subsidies or even a minimum quantity of free water to poor communities or, what might otherwise be necessary, “*to adopt financially unsustainable business models*”<sup>21</sup>.

Instead, the human rights principles of equality and non-discrimination, and the obligation of providing affordable services for all, suggest the need for policies that clearly define how services will be provided to the poor, which can be understood as policies that demand different forms of subsidies<sup>22,23</sup>. Thus, unsurprisingly, the above-mentioned resolutions have been adopted in

differing ways by various stakeholders. While some development banks, industry and development aid agencies sometimes promote a particular interpretation of water as an economic good that endorses the need for full-cost recovery<sup>14</sup>, civil society organisations (e.g. WASH United, WaterAid, TNI) have been intensely adopting a conception of the HRtWS that prioritises first and foremost the extension of WSSs to society's most vulnerable demographics<sup>24</sup>.

In sum, the HRtWS remains a disputed concept that tends to be appropriated by different stakeholders in ways that correspond with their particular interests. Nevertheless, the concept is charged with the potential to point out the needs of society's most vulnerable groups and to influence the creation of clear policies with frameworks that provide all people with access to adequate WSSs.

### **Progressive development in law and jurisprudence**

Human rights language regarding water and sanitation is being increasingly brought to judicial spheres throughout the world at various levels (national, regional, international, independent)<sup>25</sup>. For some, increasing jurisprudence that addresses the human right to water contributes to legitimizing the recognition of these human rights. Indeed, throughout the past few decades, judges in various contexts have increasingly recognised the human right to water in a direct or indirect fashion, citing the inter-related nature of access to water with other human rights. In many cases a human right to water has not even been formally recognised in a respective nation's legislation. For example, in *Ademar Manoel Pereira x Companhia Catarinense de Água e Saneamento (CASAN)*<sup>26</sup>, it was judged that the disconnection of a resident's water supply for non-payment amounted to a *“reprehensible, inhuman and illegal act”*, and that water supply, *“a fundamental public service, essential and vital for human beings [...] cannot be suspended for late payment of respective fees, as the public administration has reasonable means to recover use debts”*<sup>26</sup>.

However, advances in the judicial sphere in fact entail costly efforts that are not necessarily favourable to the broad representation of the disadvantaged people who suffer most from a lack of water and sanitation, a reality which, moreover, was recognised by the judge presiding over the previously cited case. Indeed, judicial recourse often demands interested specialists who are willing to deal with the cases of such people. Thus, where governments do not create enabling environments, it falls upon experts, NGOs or large social movements to bring “violations” to these spheres, which obviously does not result in universal coverage of all situations of violations, and can even be biased in the direction of those most connected to human rights defenders<sup>14,15</sup>.

Since the respective UNGA<sup>1</sup> and UNHRC<sup>2</sup> resolutions in 2010, State Members have been encouraged to adopt the HRtWS in their national legislation (e.g. UNGA resolution 68/157 of 2013, UNHRC resolution 27/7 of 2014)<sup>27,4</sup>. Little by little, countries have been increasingly doing so, some since even before the 2010 UNGA<sup>1</sup> and UNHRC<sup>2</sup> resolutions (e.g. South Africa, Uruguay, Kenya). Meanwhile, critics raise concerns about the effectiveness of such measures on two main bases. Firstly, in some countries the human right to water and/or sanitation has been placed in constitutions, but their principles are not effectively applied to national laws, policies and regulations. For instance, Mexico has still not reformed its national waters law of 1992 although it amended its constitution to include the HRtW in 2010. In other nations, the HRtWS may be found in national laws, but practical outcomes still may not constitute the realisation of these human rights. Secondly, in connection with the previous point, States will also inevitably struggle to realise the HRtWS when, despite the principles of these human rights perhaps being found in national legislation, they coexist with other laws, policies and activities (most often economically interested) that are not favourable to these human rights.

Indeed, it appears necessary for States to have complete legal and political harmony as an overarching framework, notably including environmental laws and other economic policies (such as mining codes), in order to produce outcomes that effectively realise all human rights, and do not privilege some at the cost of others. Indeed, many States have long demonstrated unsustainable approaches to realizing the HRtWS. For instance, when confronted with inefficient or otherwise imperfect WSSs, instead of investing in maintenance and institutional reform, governments may choose to invest in system expansion, which in some cases may be unfavourable from an ecological point of view or contentious from a socio-political standpoint.<sup>22</sup> Where States operate in such fashion, they may often be only partially realizing the HRtWS, as they may not be fulfilling all of its principles, such as creating affordable services.

Furthermore, the concern exists that human rights are anthropocentric and, thus, may exclude “*ecological rights (the rights of non-humans)*”<sup>28</sup>. Accordingly, the establishment of a human rights obligation to provide citizens with WSSs is feared to be able to lead some States to take risky decisions vis-à-vis human safety (e.g. extracting water from unsafe sources such as rivers) and/or inflicting further pressures on the already declining environment (e.g. strategically redirecting rivers to facilitate access to water)<sup>29</sup>. However, it is important to recall the interrelated nature of all human rights and recognise, in the particular case of ecological concerns, that the normative content of providing safe, quality drinking water includes the human rights principle of sustainability. Indeed, the HRtWS must be considered together with the human right to a safe and healthy environment. In fact, the mandate of the Special Rapporteur on human rights and the

environment is clear on this: “*protecting human rights helps to protect the environment*”<sup>30</sup>. Moreover, if it may represent any sign of their compatibility with a sustainable future, the clear inclusion of human rights in the internationally negotiated post-2015 development agenda (SDGs) should indicate their endorsement as a suitable framework to shape the planet’s future<sup>18</sup>.

### **The urgency and challenge of monitoring the HRtWS**

In the context of the SDGs’ numerous time-based goals and the demand for rapid, measurable progress vis-à-vis the realisation of the HRtWS (among other human rights), critics have expressed doubt about the effectiveness of the recognition of these rights in this regard. Designed before the CESCR’s general comment no. 15<sup>6</sup> had even been formulated, the Millennium Development Goals were criticised<sup>31</sup> as having defined arbitrary benchmarks (e.g. Target 7.C halving the total number of people without access to safe drinking water and sanitation). Moreover, the chosen eligibility criteria for what the program considered to be “improved” sources of water (e.g. any piped source arriving within a personal residence) were lambasted as they were often capable of providing unsafe water to users<sup>20,32</sup>. In sum, the goals lacked a framework that concretely aimed towards the realisation of these human rights<sup>20,33</sup>. Since then, the international post-2015 agenda (SDGs) is set to carve out a much more important place for the sustainable realisation of the HRtWS; its goals 6.1 and 6.2 aim, by 2030, to achieve universal and equitable access to safe and affordable drinking water for all and, respectively, to attain access to adequate and equitable sanitation and hygiene for all, and to end open defecation, paying special attention to the needs of women and girls and those in vulnerable situations. In the case of the HRtWS, the new emphasis on sustainable solutions is undoubtedly a response to the concern that States previously focused more on achieving benchmarks (and perhaps doing so in the easiest way possible, according to the applicable criteria) than on developing lasting scenarios in which these rights would be realised in their territories<sup>34</sup>.

Yet, despite the improved formulation of goals in the post-2015 agenda, monitoring is still and will long be a crucial difficulty in ensuring the universal realisation of these rights. In particular, three important issues related to monitoring in the post-2015 agenda have been brought up in years past. First, it will be important to consider the gap between the (time-bound) goals and targets and the data available to measure whether the targets are being met. Satterthwaite<sup>33</sup> highlights that while reporting on MDG progress was often annual, the surveys and censuses on which reporting relied took place every few years at best. Thus, increasing the availability of up-to-date information will imply logistical and financial costs. Second, several parties<sup>35</sup> have pointed out the need for increased diversity in indicators, including universal indicators for the human rights to

water and sanitation. It is considered that additional criteria must be more effectively assessed, such as water quality (an estimated 1.8 billion people are still using a source of contaminated water<sup>36</sup> although the MDG targets were met years in advance), inequality (e.g. developing indicators that take into account gender, religion, ethnicity, disability status, etc.), and progressive realisation (rather than level of achievement)<sup>35</sup>. Among other things, having this disaggregated data would help in specifically identifying not a mere percentage of people, but the precise individuals and groups that still lack access to safe drinking water and sanitation. A third monitoring difficulty concerns assessing the resources that States invest into advancing the realisation of the HRtWS, since States are understandably not obligated to immediately fulfil all of the criteria of the HRtWS normative content, but instead to progressively realise this human right with their maximum available resources. Even with the available data, which may not always be authentic and forthcoming, it remains difficult to establish a universal methodology that would allow authorities to perform a fair assessment of all States' efforts to realise the HRtWS based on this criterion.

Moreover, monitoring of the HRtWS is also performed through certain UN mechanisms. Signatory States to the United Nation's international human rights treaties are required to report to the appropriate human rights treaty bodies on their implementation efforts as an accountability measure. While State reporting of water and sanitation was previously submitted to the CESCR under the human right to adequate housing, since 2008 States must report specifically on the human right to water and sanitation. Moreover, since 2006 the United Nations Universal Periodic Review (UPR) process assesses information reflecting the fulfilment by each State of its human rights obligations and commitments, notably making use of the previously mentioned reports on treaty implementation efforts. However, in an assessment of this reporting process, Meier & Kim<sup>37</sup> voice concerns that State reporting to the CESCR has not significantly reflected an increased recognition of the normative content of the human rights to water and sanitation. Indeed, mandatory state reporting gives rise to two fears. One is that the categorically specific mention of these human rights could lead to States making mere lip service or falsely reporting. The second concerns the consequences of the adoption of a strictly quantitative reporting style, as demanded by the CESCR, which rejects "narrative" (a.k.a. qualitative) reporting.<sup>37</sup>

In this regard, the JMP's similarly categorical, quantitatively friendly use of "improved" or "non-improved" sources of WSSs has been unsurprisingly attacked for being simplistic and potentially unrepresentative of a worthwhile objective.<sup>33</sup> First, as stated previously, "improved" sources of water did not always provide safe drinking water, nor did these indicators necessarily help governments and service providers in pointing out precisely who was lacking drinking water and sanitation. However, in a more in-depth analysis, Satterthwaite<sup>33</sup> demonstrates the value of

narrative accounts<sup>38</sup>, explaining that in India, some apartment dwellers (often adolescent girls) who have flush toilets but do not have piped water suffer from chronic back pain from the task of having to haul water from public standpipes up multiple stories for flushing. On paper, such individuals apparently benefit from “improved” access to both water (public standpipes) and sanitation (pour-flush toilets) resources. Thus, these definitions did not measure equitable access as they contained several options (e.g. “*a household with a pit latrine and a slab is treated as equal to a household with their own WC with a sewer connection; a household with water piped on premises is treated as equal to access to a standpipe*”<sup>33</sup>) and more importantly did not allow for a more holistic reporting that could have clarified the still precarious, attendant conditions of access to WSS.

The new framework applied to the SDGs will measure “*safely managed*” water, sanitation and hygiene services instead of the “*improved*” services that were assessed in the MDGs. Thus, there is reason to believe that there will be increasing attention paid to the normative content and principles of the HRtWS. The important question that remains is to see what assessment strategy (i.e. indicators) will accurately reflect the fulfilment of human rights.

### **Implications for public policies**

The vulnerable and disadvantaged sectors of the world’s population are those that most lack safe, quality and affordable access to drinking water and sanitation services. As Sutherland *et al.*<sup>23</sup> point out, inequalities often have clearly spatial characteristics. For example, an urban-rural gap exists worldwide. The differential costs involved in providing and maintaining quality service to urban centres and peripheries is often undeniable, as well as the existence of differential service provision to specific zones of an urban nucleus depending on its residents’ socio-economic status. Furthermore, uncontrolled urbanisation creates difficult conditions to plan for WSSs *a posteriori*. The particular conditions that such groups face due to their lack of access highlights how the integration of the human rights approach in the formulation of public policies may create structuring conditions for greater social and environmental justice, improved public health and overall prosperity.

Precarious access to appropriate WSSs affects rural populations, who are society’s most statistically marginalised, but also urban populations.<sup>39</sup> In rural areas, a lack of access to WSS has multiple implications, including an increased difficulty in undertaking income-producing activities, which in turn may lead to reduced family incomes, insufficient nutrition, and, consequently, various negative impacts on human health.

While the world’s urban zones offer relatively better access to WSS, they are home to many

people in situations of vulnerability who suffer daily from a lack of adequate access to these services, including street dwellers or people living in informal settlements. Between 1990 and 2012, the number of people living in cities who did not have access to improved WSSs increased from 111 million to 149 million and from 541 million to 754 million, respectively.<sup>40</sup> Indeed, “*access to drinking water is actually deteriorating where the most rapid urbanisation is outpacing public services*”<sup>40</sup>. This has been favoured by the negative effects of property speculation of recent years passed and the rapid increase of urban populations, and especially of slums.

Within this context, the recognition of access to water and sanitation as human rights provides an opportunity to infuse this debate with democratic values, making society’s citizens rights bearers who may seize the possibility to organise themselves on a political front to demand that their governments – the duty bearers – guarantee them their right. A parallel may be made here with the right to health, which, according to Paim<sup>41</sup>, is not a “natural” right. Instead, it was historically constructed and conquered through social movements, and, in many countries, is still threatened by economically driven policies that seek to reduce its scope. Similarly, the expansion of social movements could bring advances to the conquest of the HRtWS by reshaping public policies and reducing inequalities in access to WSSs. Indeed, Clark<sup>42</sup> argues that community participation is essential to bring society’s marginalised and vulnerable groups into the political sphere and, thereby, voice their demands for more equitable and inclusive services and public policies.

Social movements whose battles are grounded in participatory democracy are capable of incorporating guarantees that policies and programmes will be socially sustainable, equitable, focussed on all of society’s needs, and will fulfil all of the principles and normative content related to these human rights. Indeed, participation of civil society is enshrined in many significant political engagements, including the Vienna Declaration and Programme of Action regarding human rights (1993), the Rio Declaration (1992) and the Dublin Statement (1992) concerning water and the environment, more specifically. Historically, social movements’ battles have honoured social participation as a fundamental characteristic in performing democratic processes and strengthening the notion of citizenship, thereby honouring the very principle that underpins human rights and demonstrating the value of voicing and demanding one’s rights. Free, active, and meaningful participation of citizens in decision-making processes, which recognises and values local-based knowledge, is a prerequisite for social groups to represent their needs and resulting demands. Furthermore, it stimulates interaction between groups and the sharing of opinions, experiences and knowledge.<sup>43</sup>

The absence of some of society's groups from decision-making processes establishes a risk of violating the principles of equality and non-discrimination, and contributes to the perpetuation of social exclusion and poverty. Moreover, social participation is closely related to other human rights principles, such as the right to participation and transparency, since complete access to information is a necessary condition for effective participation. Indeed, participatory approaches favour the expansion of democratic spaces and the increased strength of political measures or mechanisms, such as: transparent information; monitoring; complaints procedures; mobilisation; negotiation; lobbying and advocacy<sup>41</sup>, which are compatible with human rights principles and are valuable for the creation of sound public policies.

### **Final considerations: the HRtWS and public policies**

The preceding discussion demonstrates in what aspects the HRtWS is still a concept in construction and, moreover, is part of a controversial process. It appears that one of the impacts that the recognition of these rights has had, especially as a result of the respective UN resolutions, has been the expectation that these measures would immediately remedy the dire conditions experienced by those who are excluded from adequate WSSs. Furthermore, the desire for these human rights to be formally recognised also seemed to be accompanied by an expectation that the corresponding regulation would either exclude any models of service provision with ties to the private sector<sup>19</sup> or would immediately invoke a new economic logic of service provision that would guarantee affordable access to the poor.<sup>44</sup> However, the past few years have shown that the HRtWS is not a “magic wand” that can immediately transform the landscape of exclusion that has been a traditional characteristic of WSS provision to date. Indeed, the human rights principle of progressive realisation clearly does not require States to take drastically urgent measures. Nonetheless, the recognition of the HRtWS has not been equivalent with a merely symbolic change without any concrete effects.

In sum, we have argued that the following combination of factors and phenomena are creating a favourable climate for a change in the way that society approaches peoples' access to WSSs: the initiatives of social movements, changes to States' legal frameworks, the binding obligations of international law, judicial stances with respect to new legal regulations, and the new stances of service providers. The framework behind the HRtWS presents a new perspective for service provision<sup>45</sup>. Moreover, the SDGs will also contribute to the creation of a new international climate capable of influencing a favourable modification in WSS service provision for society's most vulnerable and disadvantaged. Certainly, their recognition and application of the HRtWS framework will have a very positive effect, not only on the objectives with targets to improve the

access to WSSs for all, but also for those to end poverty in all its forms everywhere; end hunger, achieve food security and improved nutrition; ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages; ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all; achieve gender equality and empower all women and girls; promote sustained, inclusive and sustainable economic growth; reduce inequality within and among countries; make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable; and promote peaceful and inclusive societies for sustainable development.

## References:

1. United Nations General Assembly (UNGA). *Human Right to Water and Sanitation*. UN Document A/RES/64/292. Geneva 2010; 28 jul.
2. United Nations Human Rights Council (UNHRC). *Resolution on the human right to safe drinking water and sanitation*. Resolution A/HRC/RES/15/9. Geneva 2010; 06 oct.
3. United Nations Human Rights Council (UNHRC). *Vienna Declaration and Programme of Action*. Vienna 1993; 25 jun.
4. United Nations Human Rights Council (UNHRC). *Resolution on the human right to safe drinking water and sanitation*. Resolution A/HRC/RES/27/7. Geneva 2014; 24 sep.
5. Bulto, TS. The emergence of the human right to water in international human rights law: Invention or discovery. *Melbourne Journal of International Law* 2011; 12, 1-25.
6. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (UNCESCR). *General Comment No. 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12 of the Covenant)*, UN Document E/C.12/2002/11. Geneva 2003; 20 jan.
7. de Albuquerque C. *Realizing the human rights to water and sanitation: a handbook by the UN Special Rapporteur Catarina de Albuquerque*. Vol. 1: Introduction. Portugal; 2014.
8. Balanyá B, Brennan B, Hoedeman O, Kishimoto S and Terhorst P. *Reclaiming Public Water: Achievements, Struggles and Visions from Around the World*. Amsterdam: Transnational Institute; 2005.
9. Van der Zaag P and Savenije HHG. *Water as an Economic Good: The Value of Pricing and the Failure of Markets*. Delft: UNESCO-IHE Institute for Water Education; 2006.
10. United Nations Conference on Economic Development. *The Dublin Statement on Water and Sustainable Development*, Rio de Janeiro 1992; jun.
11. Salman MAS. The human right to water and sanitation: is the obligation deliverable? *Water International* 2014;39(7):969-982.
12. Branco MC, Henriques PD. The political economy of the human right to water. *Review of Radical Political Economics* 2010; 42(2): 142-155.
13. McGranahan, G. For sanitation, a “rights-based approach” may be the wrong strategy. *Open Democracy* [Internet journal] 10 April 2015 [accessed 15 May 2015]. Available from: <https://www.opendemocracy.net/openglobalrights/gordon-mcgranahan/for-sanitation-%E2%80%9Crights-based-approach%E2%80%9D-may-be-wrong-strategy>
14. Gupta J, Ahlers R, Ahmed L. The human right to water: moving towards consensus in a fragmented world. *Rev Eur Commun Int Environ Law*. 2010; 19: 294–305.
15. Winkler I, Roaf V. For sanitation, human rights are key to keeping governments accountable. *Open Democracy* [Internet journal]. 8 June 2015 [accessed 10 June 2015]. Available from: <https://www.opendemocracy.net/openglobalrights/inga-winkler-virginia-roaf/for-sanitation-human-rights-are-key-to-keeping-governmen>
16. United Nations. *General Assembly Adopts Resolution Recognizing Access to Clean Water, Sanitation as Human Right, by Recorded Vote of 122 in Favour, None against, 41*

- Abstentions*. UN.org [Internet Website]. 28 July 2010 [Accessed 7 September 2015]. Available from: <http://www.un.org/press/en/2010/ga10967.doc.htm>
17. Bakker K. Neoliberal Versus Postneoliberal Water: Geographies of Privatization and Resistance. *Annals of the Association of American Geographers* 2013; 103(2): 253–260.
  18. United Nations Department of Social and Social Affairs. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Geneva; 2015
  19. Bakker K. The “Commons” Versus the “Commodity”: Alter-globalization, Anti-privatization and the Human Right to Water in the Global South. *Antipode* 2007; 39(3), 430-455.
  20. United Nations Human Rights Council (UNHRC). *Report of the Independent Expert on the Issue of Human Rights Obligations Related to Access to Safe Drinking Water and Sanitation*. UN Document A/HRC/15/31. Geneva 2010; 29 July.
  21. Global Water Intelligence. *The human right to a national water plan*. Global Water Intelligence [Internet website] 29 June 2010 [accessed 24 August 2015]. Available from: [www.globalwaterintel.com/insight/human-right-national-water-plan.html](http://www.globalwaterintel.com/insight/human-right-national-water-plan.html)
  22. United Nations Human Rights Council (UNHR). *Report of the Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation (On Affordability)*, Léo Heller , UN Document A/HRC/30/39. Geneva; 2015.
  23. Sutherland C, Hordijk M, Lewis B, Meyer C, Buthelezi S. Water and sanitation provision in eThekweni Municipality: a spatially differentiated approach. *Environment & Urbanization* 2014; 26(2): 1–20.
  24. Wash United. *Recognition of the human rights to water and sanitation by UN Member States at the international level. An overview of resolution and declarations that recognize the human right to water and sanitation*. Wash United. org [Internet Website] Nov 2014 [Accessed 29 september 2015] Available from: [http://www.wash-united.org/files/wash-united/resources/States%20recognition\\_HRWS\\_WEB\\_2015.pdf](http://www.wash-united.org/files/wash-united/resources/States%20recognition_HRWS_WEB_2015.pdf)
  25. Miroso O, Harris LM. Human Right to Water: Contemporary Challenges and Contours of a Global Debate, *Antipode* 2012; 44(3): 932–949. Doi: 10.1111/j.1467-8330.2011.00929.x
  26. Superior Tribunal de Justiça (STJ). *Recurso Especial n 201.112 SC(99/0004398-7)*. 1999 April [Accessed 24 August 2015] Available from: [https://ww2.stj.jus.br/processo/jsp/ita/abreDocumento.jsp?num\\_registro=199900043987&dt\\_publicacao=10-05-1999&cod\\_tipo\\_documento](https://ww2.stj.jus.br/processo/jsp/ita/abreDocumento.jsp?num_registro=199900043987&dt_publicacao=10-05-1999&cod_tipo_documento)
  27. United Nations General Assembly (UNGA ). *The human right to safe drinking water and sanitation. Resolution 68/157/2013*. Geneva 2014; 12 feb.
  28. Bakker K. *Privatizing Water: Governance Failure and the World's Urban Water Crisis*. New York: Cornell University Press, 2010.
  29. Harsha, J. Conflicts and dilemma of human right to water. *Current Science*. 201; 100(12):1778-1780
  30. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *Special Rapporteur on human rights and the environment (former Independent Expert on human rights and the environment)*. Geneva, 2015.
  31. United Nations General Assembly (UNGA). *Human rights obligations related to access to safe drinking water and sanitation. Note by the secretary-general*. UN Document A/65/254. Geneva 2010, 16 feb.
  32. Yang H, Bain R, Bartram J, Gundry S, Pedley S, Wright J. Water safety and inequality in access to drinking-water between rich and poor households. *Environmental Science & Technology*, 2013; 47: 1222–1230.
  33. Satterthwaite D. *MDG experience regarding improved drinking water, sanitation and slums and the lessons for implementation of the post 2015 agenda*. [Accessed 15 August 2015]. Available from: <https://wess.un.org/wp-content/uploads/2014/11/DevEnv2015-Satterthwaite.pdf>

34. de Albuquerque C. and Roaf V. *On the right track. Good practices in realising the rights to water and sanitation*. Lisbon: ERSAR, 2012.
35. Luh J, Baum R, Bartram J. Equity in water and sanitation: Developing an index to measure progressive realization of the human right. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 2013; 216: 662– 671.
36. Bain R, Cronk R, Hossain R, Bonjour S, Onda K, Wright J, Yang H, Slaymaker T, Hunter P, Prüss-Ustün A, Bartram J. Global assessment of exposure to faecal contamination through drinking water based on a systematic review. *Trop Med Inter Health*. 2014; 19(8): 917-927.
37. Meier BM and Kim Y. Human Rights Accountability through Treaty Bodies: Examining Human Rights Treaty Monitoring for Water and Sanitation. *Duke Journal of Comparative & International Law*, 2015; 26(1).
38. Nallari A. “All we want are toilets inside our homes!” The critical role of sanitation in the lives of urban poor adolescent girls. *Environment and Urbanization* 2015; 27(1): 1-16.
39. World Health Organization. WHO/UNICEF *Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Progress on drinking water and sanitation - 2015 Update and MDG Assessment*. Geneva: WHO Press, 2015.
40. United Nations World Water Assessment Programme (WWAP). *World Water Development Report 2015: Water for a Sustainable World*. Paris: UNESCO, 2015.
41. Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
42. Clark C. *The centrality of community participation to the realization of the right to water*. In: Sultana F, Loftus A (org.). *The right to water: politics, governance and social struggles*. New York: Earthscan, 2012. p. 174-189.
43. Berry KA and Mollard E. *Social Participation in Water Governance and Management*. London: Earthscan; 2010.
44. De Albuquerque C, Roaf V. *On The Right Track. Good Practices in Realising the Rights to Water and Sanitation*. Lisbon: Textype; 2012.
45. Heller L. The crisis in water supply: how different it can look through the lens of the human right to water? *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(3): 447-449.

## **5.2 The right to water and sanitation as a tool to the health promotion of vulnerable groups**

### **Autores:**

**Priscila Neves-Silva** – Doutoranda no Centro de Pesquisas René-Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ- Minas. Email: [priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br](mailto:priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br). Tel:+55 31 3379 7882 Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. Belo Horizonte-MG CEP 30190-002

**Léo Heller** – Pesquisador no Centro de Pesquisas René-Rachou. Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ- Minas e Professor voluntário no departamento de Engenharia Sanitária e Ambiental na UFMG. Email: [heller@cpqrr.fiocruz.br](mailto:heller@cpqrr.fiocruz.br) Tel:+55 31 3379 7882 Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. Belo Horizonte-MG CEP 30190-002

### **Resumo:**

O conceito de promoção da saúde, baseado nos determinantes sociais, alinha-se com princípios dos direitos humanos como: participação social, responsabilidade, transparência e não-discriminação. O Direito humano à água e ao esgotamento sanitário (DHAES) foi aprovado em 2010, pela Assembleia Geral das Nações Unidas e Conselho de Direitos Humanos, e visa garantir acesso à água e ao esgotamento sanitário sem discriminação para toda a população. Dito isso, o presente artigo tem como objetivo analisar de que forma o referencial dos direitos humanos, em especial do DHAES, pode ser mobilizado para fortalecer a promoção da saúde de populações vulneráveis. Para isso, inicia apresentando a relação entre saúde e direitos humanos, em seguida demonstra como o conceito de vulnerabilidade social se baseia nos direitos humanos, e finaliza mostrando a relação entre o DHAES e a promoção da saúde de grupos vulneráveis.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde, Direitos Humanos, Acesso à água, Acesso ao esgoto, vulnerabilidade social.

### **Abstract:**

The concept of health promotion, which is based on social determinants, is aligned with principles of human rights such as social participation, accountability, transparency and non-discrimination. The Human Right to Water and Sanitation (HRWS) was approved in 2010 by the United Nations General Assembly and the Human Rights Council and it aims to ensure access to water and sanitation, without discrimination, for all. This article aims to analyze how the human rights framework, and more specifically the HRWS, can be used to strengthen the health promotion of vulnerable groups. The article begins by presenting the relationship between health and human

rights. It then demonstrates how the concept of social vulnerability is based on human rights and, finally, it shows the relationship between the HRWS and the promotion of the health of vulnerable groups.

**Keywords:** health promotion; human rights; access to water; access to sanitation; social vulnerability

### **Introduction:**

Since the First International Conference on Health Promotion (held in Ottawa in 1986), the concept of health promotion, which is based on an expanded concept of health, has been developed by different actors and bringing new ways of thinking and practices. This expanded way of understanding the health-disease-care process highlights the principal role of social determinants, both in the appearance, clinical development and outcome of diseases, even in different forms of intervention. Illness has come to be understood as a process that involves biological, behavioral, cultural, economic, political, social and environmental aspects<sup>1,2,3</sup>.

The concept of health promotion values the relationship between technical and popular knowledge and it proposes increased dialogue between institutions and communities. The appreciation of popular knowledge and of social participation has become one of the foundations of health promotion, which also stresses the importance of intersectoral action to face problems. Other values are now associated with the concept, such as solidarity, democracy, equality, citizenship and development<sup>2,4</sup>. These values, together with the encouragement of community empowerment so that they communities can take responsibility and fight for their health, as well as recognizing this as a right, are aligned with principles of human rights such as social participation, accountability, transparency and non-discrimination.

Jonathan Mann<sup>4</sup>, who is a pioneer in advocating the intersection between human rights and health, has stated that "the human rights framework provides a more useful approach to analyze and respond to public health challenges than any other traditional biomedical reference that is available"<sup>5</sup>. For Mann, the promotion and protection of health can only be achieved in tandem with the promotion and protection of human rights<sup>4</sup>. According to Gruskin and Tarantola<sup>5</sup>, when health work is linked to human rights it can identify those who are disadvantaged, as well as demonstrating if the existence of a difference in terms of a health outcome is the result of an injustice. These authors point out that "currently, human rights are designed to provide a framework for action and planning, as well as providing strong and convincing arguments about governmental responsibility; not only in establishing health services, but also to transform the conditions that

create, exacerbate and perpetuate poverty, marginalization and discrimination"<sup>6</sup>. Consequently, using a human rights framework can help us to think about more effective actions to deal with health needs, as well as how to formulate public policies that respect the principles of human rights and are focused on the health of vulnerable groups.

According to the United Nations Human Rights Council<sup>7,8</sup> the theoretical framework behind the human right to water and sanitation (HRWS) is derived from other rights such as the right to an adequate standard of living, the right to physical and mental health, and the right to life and dignity. This idea originated from the International Treaty on Economic, Social and Cultural Rights and therefore it is supported legally by international human rights<sup>7, 8</sup>. The HRWS was internationally recognized after being approved by the United Nations General Assembly in 2010 through resolution A/RES/64/292 regarding "the human right to water and sanitation"<sup>9</sup>. This resolution was derived from General Comment No. 15<sup>7</sup>, which was drawn up in 2002 by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, and it implies legal obligations on states. Because states are responsible for ensuring access to water and sanitation without discrimination, the theoretical framework of the HRWS is an important tool to regulate water use in several countries, contributing significantly to the development and implementation of public policies<sup>10,11</sup>.

The Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation<sup>12</sup> estimates that 663 million people worldwide lack access to "adequate" drinking water and that 2.4 billion people have no access to "adequate" sanitation. These vulnerable groups are most affected by these problems. It is impossible to guarantee the right to a standard of living that ensures health and well-being, which is provided for in Article 25 of the 1948 Declaration of Human Rights, without ensuring access to these services. Consequently, this article analyzes how the human rights framework, and in particular the HRWS, can be mobilized to strengthen the promotion of the health of vulnerable groups. The article starts by making the link between the principles of human rights and the concept of health promotion, showing how the use of the human rights framework can transform actions that are based on charity and assistance into activities designed to promote and achieve rights. The following section discusses how the concept of social vulnerability is a rights-based approach because it recognizes individuals as being subject to rights, as well as dialoguing directly with the concept of health promotion as a means to understanding and transforming social determinants. The article ends by establishing the relationship between the HRWS and promoting the health of vulnerable groups through human rights principles. The conclusion is that public policies that are designed to improve access to water and sanitation without discrimination, thereby encouraging social participation, transparency and accountability, as well as seeking equity, justice and dignity,

can provide structural changes in the social determinants of the health-disease-care process of vulnerable groups.

### **How to articulate the connection between human rights and health?**

In 1997 the United Nations launched a Blueprint for Reform, which invited all its agencies to align their projects with the concepts and principles of human rights<sup>13, 14</sup>. The main objective was to promote the fulfilment of human rights, which had been established in the 1948 Declaration and other international instruments, especially those aimed at vulnerable and marginalized groups, who were most likely to have their rights violated. Principles such as non-discrimination, participation, transparency and accountability were intended to shape these initiatives<sup>13, 14</sup>.

The principle of non-discrimination recognizes that people have different needs due to their intrinsic characteristics or because of discrimination suffered over many years that prevents them from enjoying human rights on equal terms with others. Thus, some population groups require support from different quarters in order to achieve equality in terms of social and public benefits. The state is obliged to ensure, through legislation and public policy, that all individuals, regardless of race, age, gender, ethnicity, religion, disability and immigration status, among other features, can enjoy their rights, thereby eliminating or decreasing conditions that cause discrimination<sup>10, 13, 14</sup>.

Participation and transparency are principles that allow communities to have continuous access to democratic, participatory processes at all levels. All individuals, including those who are most vulnerable, should participate in the decision-making process in a free, active and meaningful manner. For this to transpire, transparency and access to information are essential. The voices of groups that are socially weak cannot be silenced in favor of the interests of more powerful groups. Thus, the democratic process is strengthened, ensuring that the demands and opinions of all are respected<sup>10, 13, 14</sup>.

In terms of responsibility, it is understood that the state has the obligation to enforce rights and that the population are the holders of those rights. When the state fails to safeguard established rights then people should have the right to justice. There are several ways to monitor services so that violations can be detected and corrected, for example, complaint mechanisms at various levels, from the local to the international. Social movements play a central role in this monitoring and they can demand that states fulfil their obligations<sup>10, 13, 14</sup>.

Accordingly, the inclusion of a human rights framework in policies and programs, as well as in projects and actions, means that the focus of some activities, which were previously based on

charity and assistance, can be transferred to promote and achieve rights. This helps to build the capacity of communities, i.e. turning them into the holders of rights, helps those communities to fight for their rights, and also reminds officials that they are required to assume their responsibilities. By articulating these human rights principles, together with the concept of health promotion, a significant adherence is achieved because social participation, without discrimination, is one of the key tools to empower individuals and communities to fight for the structural conditions which promote their health.

According to Gruskin and Tarantola<sup>6</sup>, the manner in which the link between health and human rights is structured can be divided into the following four categories: advocacy, legislation, policies and programs.

*Advocacy* is the use of the language of rights to promote social mobilization, in order that society defends political changes. Consequently, it is important that different actors, such as activists, policy makers and academic professionals join together with the common goal of empowering and assisting in community organization so that communities themselves are able to pressure governments to change. Thus, it is necessary to adapt national and international human rights standards to meet the needs of communities<sup>6, 10, 13</sup>.

*Legislation*, or the use of the legal system, entails utilizing human rights to make governments and the private sector legally responsible, and to make them comply with the obligations that are set out in international treaties that may impact upon welfare and better health conditions. In this case, governments would have a legal responsibility not to violate health-related rights, thereby respecting and defending such rights as well as protecting the population. In respecting such rights, the state prevents individuals being denied access to any service that is intended to improve health without a suitable alternative being provided, and the state also avoids any action that may result in the abuse of human rights. Furthermore, by protecting these rights the state prevents non-state actors interfering with the performance of such rights. National and international courts and tribunals could be used to solve any problems that might arise in the context of the promotion and protection of these rights<sup>6, 10, 13</sup>.

The system of *public policies* entails the adoption of human rights norms and standards by the agencies that formulate national and international policies. Such action enables the strategies that are developed, especially from the perspectives of health, economy and development, to become referential parameters for human rights. Thus, national and international organizations would formulate approaches to health that are based on rights<sup>6, 10, 13</sup>.

The *programmatic* system involves the implementation of rights through health programs. In this approach, the design, development, monitoring and evaluation of such programs is centered on the principles of human rights. Communities participate in all these phases, in a non-discriminatory manner. In addition, all actions should be transparent, indicating those who are legally responsible for the results of programs and the non-violation of rights. Thus, those who the holders of rights, and also those who are responsible for enforcing those rights, are identified<sup>6, 10, 13</sup>.

It is important to note that actions and programs that are developed which are based upon the standard of human rights should take into account the following four important factors: availability, accessibility, acceptability and quality<sup>6, 10</sup>. Availability means that premises, items and services related to health are available in sufficient quantity to meet the needs of the population. Moreover, these resources should be accessible to all, in a non-discriminatory manner, i.e. age, gender, disability, ethnicity, social class etc should not prevent access to services. Apart from the factor of physical accessibility, affordability should also be taken into account; in other words, health items and services should be affordable to all. Another important point to consider is that the acceptability of all services should be culturally appropriate, respecting the cultural issues of each individual and being sensitive to gender needs. Finally, the technical quality of what is offered should be appropriate to promoting a high standard of health. These factors are applicable to any approaches related to economic, social and cultural rights, including the right to water and sanitation, and there is a clear parallel between the right to health and these general human rights.

Thus, the link between health and human rights aims, above all, for the attainment of a high standard of health that is based on justice, transparency, equity and dignity for all, without discrimination, encouraging community participation and indicating those who are responsible for the results of actions. Furthermore, the human rights framework helps to identify potential situations of social vulnerability.

### **The concept of social vulnerability as a rights-based approach**

The theoretical framework of social vulnerability originated in international law, particularly in the field of universal human rights<sup>3, 15</sup>. Mann<sup>5</sup> has argued that the relationship between public health and human rights was strengthened during the first decades of the fight against HIV/AIDS. During that period it became clear that discriminatory actions were ineffective in containing the pandemic and they also highlighted the problems of social vulnerability related to the illness. Therefore, the concept of social vulnerability resulted from the intersection between the political

activism of social movements against discrimination resulting from actions to prevent HIV/AIDS, and the fight for human rights<sup>3,5,15</sup>.

The first actions designed to prevent HIV/AIDS were focused on sexual abstinence and the isolation of the risk groups that had been identified at that stage, i.e. homosexuals, Haitians, hemophiliacs and heroin users. These actions caused social and health-related isolation, creating stigma and prejudice, and they were not effective to contain the epidemic. Subsequently, new actions were initiated, which were based on the concept of risky behavior. In principle, it was believed that educational activities that stimulated safe practices would be able to slow the progression of the disease. However, it was found that these actions also failed to deliver the expected results and the disease spread, especially among socially-weak groups such as women and the poor. Thus, social movements, especially women, brought to light important issues embedded in the concept of empowerment. Protective behavior does not simply depend on the dyad "information and will", among other things it depends upon access to cultural, economic, political and social resources, which are unequally distributed between social groups. Actions solely based on risky behavior simply increased the culpability of the individual for the failure to carry out safe practices. As a result, in the late 1980s and early 1990s there were new proposals for preventive actions that did not just focus on individuals but which were designed to achieve structural changes in society. Since then, researchers, activists and professionals began to try to understand how social, economic, political and cultural factors influenced risky practices<sup>3, 15, 16</sup>.

According to Ayres<sup>15</sup>, the concept of vulnerability in the health field is related not only to individual aspects, but also to collective, contextual and programmatic factors, which lead to increased susceptibility to disease. Individuals are not exposed to illness in a homogeneous manner and changes to daily practices do not depend solely on individual will. Different contexts are decisive for the susceptibility of individuals to illnesses. Therefore, it is important to identify the most vulnerable segments of the population, not in terms of identity, as occurred in the beginning of the fight against HIV/AIDS, but regarding the social position that they occupy<sup>16, 17</sup>.

The framework of vulnerability also evaluates whether the degree of access to resources, at all levels, can protect individuals against various diseases, as well as influencing outcomes, since the way in which interventions are organized and operated is also influenced by the context<sup>3, 15, 16</sup>. The concept of social vulnerability dialogues with health promotion because it also seeks to understand and transform the social determinants of the health-disease-care process. It recognizes that each individual is subject to rights, without discrimination, and that the social and cultural aspects that they experience expose them, to a greater or lesser degree, to illness. Furthermore, it stresses the

importance of understanding how governments regulate, respect and protect rights, and how and when social conditions requires specific actions which can deal with the stigma and discrimination that contribute to perpetuate social inequality and increase vulnerability<sup>3,15,18</sup>.

Consequently, it can be considered that the concept of vulnerability is based on rights because it recognizes individuals as subject to the law and it also recognizes the responsibility of governments to ensure that everyone, without discrimination, has access to resources that can ensure an adequate standard of health<sup>3</sup>. "Social groups that do not have their rights respected and guaranteed have worse health profiles and worse levels of suffering, disease and death."<sup>3</sup> Consequently, where there is more direct infringement of human rights, there is greater vulnerability to health problems.

### **The human right to water and sanitation: perspectives for the health of vulnerable groups**

The recognition that water is a key element in ensuring the basic needs of human beings was initially established in 1977 during the United Nations Conference on Water, which was held in Mar Del Plata, Argentina. The action plan developed during that conference determined that all people, regardless of economic and social status, had the right to access to drinking water in sufficient quantity and of adequate quality to ensure their basic needs. Since then, there have been several action plans that have recognized access to water and sanitation as a human right. In 2002, the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights issued General Comment No. 15<sup>7</sup> on the human right to water. According to the Committee, the right to water falls within the right to a life with quality, and it is closely related to the rights to health, food and adequate housing, which are provided for in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights<sup>7</sup>. Thus, in July 2010, through Resolution A/RES/ 64/292<sup>9</sup> the General Assembly of the United Nations recognized access to water and sanitation as a human right. In the same year, a resolution passed by the Council of Human Rights ratified and clarified this understanding. Since then, countries should gradually ensure that right, including the obligation to recognize it within national legal systems. States are obliged to respect, protect and enforce this right but that does not necessarily imply that they should be the service provider; they should monitor and regulate providers and ensure that the right is not violated<sup>7</sup>.

According to General Comment No. 15<sup>7</sup>, access to water should comply with requirements such as availability, quality/safety, acceptability and physical and financial accessibility, as well as respecting the general principles of human rights. Therefore, water should be available in sufficient quantity for personal and domestic use; it should be safe and of suitable quality and represent no

health risk. It should have acceptable color, smell and taste, avoiding the need for individuals to seek unsafe alternative sources; and it should be accessible. The special needs of individuals should be taken into consideration and the route to collect water should not present the risk of attack from animals or people. Furthermore, water should be available at an affordable price for all the population. The price paid by individuals to have access to water should not prejudice the purchase of other essential goods such as food, housing and health care<sup>7, 10</sup>.

Thus, the aforementioned document recognized that everyone requires access to enough water for drinking, cooking, personal hygiene and cleaning their home, as well as access to sanitation services that do not compromise their health or dignity<sup>7</sup>. The lack of these resources affects health and the quality of life. Bain *et al.*<sup>19</sup> estimate that 1.8 billion people worldwide drink water contaminated with *Escherichia coli*, which is an indicator of fecal contamination. Furthermore, out of every five people, four do not wash their hands after contact with urine and/or feces, which can cause various diseases<sup>20</sup>. The simple act of washing hands with soap significantly reduces the prevalence of diseases such as diarrhea, which is responsible for the deaths of 760,000 children aged under the age of five worldwide every year<sup>21</sup>. Besides being essential for reducing child mortality, access to water and sanitation decreases the prevalence of malnutrition and tropical diseases such as malaria, dengue, Chikungunya and Zika<sup>22</sup>. In places where water is scarce, many families choose to use containers to store it. These containers are often poorly sanitized, which compromises the quality and safety of water, or they may condition the water improperly, which leads to the appearance of mosquito larvae. For example, the high incidence of arboviruses transmitted by *Aedes aegypti* in 2015-16, in Brazil can be associated with the crisis in water supply, which forced many families to store water.

Together with the prevalence of infectious and parasitic diseases, lack of access to water, particularly in rural areas, contributes to gender inequality. In many countries, the people responsible for collecting water and cleaning homes are women and children, who are vulnerable to violence and sexual abuse, which can occur during these activities. In some cases women spend more than one hour collecting water, and such trips can be performed several times a day, thereby reducing the time that could be otherwise used for income-generating activities, the health care of children and school activities<sup>23,24</sup>. Koowal and Walle<sup>25</sup> have observed that when the time spent collecting water is reduced home-based work can be rearranged to allow girls to attend school. In Ghana, it was observed that when there was a reduction of 15 minutes in the time taken to collect water, the number of girls aged 5 to 15 attending school increased from 8 to 12%. In Yemen and Pakistan, reducing the time taken to collect water by an hour resulted in an increase in the frequency

of girls attending school of 10 and 12% respectively<sup>20, 25</sup>. Moreover, when the distance to collect water is more than 30 minutes, it often occurs that a smaller volume than is required for personal and household needs is collected, which compromises health and results in the appearance of diseases, especially malnutrition and diarrhea<sup>26</sup>. A study conducted in 2012 by Pickering and Davis<sup>26</sup> indicated that reducing the time spent collecting water by 15 minutes can reduce the mortality of children under five by 11% and the prevalence of diarrhea or malnutrition by 41%. Moreover, the reduction of hygiene during menstruation can cause infection of the reproductive system, pelvic inflammation and infertility. Poor hygiene can also cause urinary infections that are directly associated with premature birth, fetal malformation, and pre-eclampsia<sup>23</sup>. Allied to this, the weight of water, which is often loaded onto the head, can cause musculoskeletal pain and premature abortion<sup>23, 24</sup>. Reducing the distance to be travelled to collect water, as well as reducing the price of water, also has beneficial effects on the health of children and women because it increases the amount of water that can be consumed by families.

With regard to sanitation, studies have shown that women avoid using public facilities during the day in order to maintain privacy, coming out at night, which increases the risk of violence against them<sup>23, 27</sup>. In addition, women reduce their water intake in order to reduce the frequency with which they use these toilet facilities. According to Campbell *et al.*<sup>23</sup>, biological processes such as defecation, menstruation and passing urine, are private and in some countries they are considered as shameful. Thus, a lack of adequate sanitation facilities can result in fear, psychological stress and reduced self-esteem for women because they may be unable to maintain their self-respect and social reputation. A study by Nauges and Strand<sup>27</sup> showed that in schools with mixed-sex bathrooms girls also avoided drinking water and that many girls did not attend school to avoid using these facilities. In Bangladesh, after some schools provided separate bathrooms by sex they found an increase of 11% in the frequency of girls attending school, indicating that proper access to sanitary facilities can assist in equal access to schooling<sup>27</sup>.

Objective No.7 of the Millennium Development Goals (MDGs) is “Ensuring Sustainable Development” and one its goals (based on 1990 indices) was to halve the proportion of people without access to safe drinking water and sanitation by 2015<sup>28</sup>. The MDGs were adopted by the UN General Assembly in 2000 and were aimed at development. It is intended that governments, the international community, civil society and the private sector should unite around concrete objectives. The deadline for the MDGs has ended and with regard to access to water the target was met in 2010, five years before the deadline, although questions have been raised about the standard of access that was used for monitoring the goals<sup>12</sup>. Data from the WHO/UNICEF<sup>12</sup> has shown that

from 1990 to 2015, 2.6 billion people worldwide have gained improved access to water, an increase in global coverage of 91%. However, with regard to sanitation progress has been slower and the target was not met, with approximately 1 billion people identified as still having to defecate outdoors.

Although it can be considered that the target related to access to water has been achieved, it is important to note that the principles of human rights were not included in the MDGs<sup>11</sup>. Therefore, issues such as non-discrimination were not addressed. It should also be noted that much inequality is related to access to facilities because factors such as age, gender, ethnicity, disability and socioeconomic status put some people at a disadvantage<sup>29</sup>. According to Albuquerque<sup>29</sup>, governments are not committed to ensuring access to the most vulnerable sectors of the population. In addition, the MDGs also did not evaluate the quality of available water, whether availability was continuous, the distance to get to the source of water, as well as other issues that have an impact on access to water and the amount of water that is collected<sup>30</sup>. Consequently, it is important to establish new goals to combat discrimination and inequality in this respect.

According to a report published by UNICEF in 2015<sup>12</sup>, many disparities still exist with regard to access to water and sanitation. While people living in more developed regions have universal access to these resources, 48 countries that are considered to be low-development still have major shortcomings in this area, especially in sub-Saharan Africa and Southeast Asia. Furthermore, the same report indicated that 8 out of 10 individuals who still use inappropriate sources of water, and 9 out of 10 who are obliged to defecate outdoors, live in rural areas. This report demonstrates that, despite the fact that progress that has been made, the most vulnerable groups are those who are still disadvantaged with respect to access to water and sanitation.

In order to build upon the advances achieved by the MDGs, and to also incorporate human rights principles, in 2015 Sustainable Development Goals (SDGs) were declared in order to eradicate poverty in all its dimensions<sup>31</sup>. The 17 such goals are based on the Universal Declaration of Human Rights and international treaties on human rights; they are intended to combat iniquity and to promote human rights for all without discrimination. These goals are integrated and indivisible, balancing the economic, social and environmental dimensions of sustainable development. In recognizing that human dignity is fundamental, and that to eradicate poverty it is necessary to value the needs of vulnerable groups, these goals underline the need to empower such groups. Moreover, they reaffirm the "responsibility of all states to respect, protect and promote

human rights and fundamental freedoms for all, without distinction." No one should be left behind<sup>31</sup>.

Regarding the issue of the HRWS, goal No. 6 states that the intention is to "*ensure the availability and sustainable management of water and sanitation for all by 2030*", which includes six targets. Target 6.1 is aimed at eliminating inequality in access to clean water for all, without discrimination, so that everyone has access to water that is safe and of suitable quality. Target 6.2 is designed to ensure adequate access to sanitation, aiming to end defecation in the open air and to give special attention to the needs of women and those in vulnerable situations<sup>31</sup>. These new objectives, which build on a human rights framework and are targeted at sustainability, provide a response to the issues of inequity that were identified in the MDGs.

Thus, interventions to improve access to water and sanitation, which are based on human rights, without discrimination, and which include social participation, transparency and accountability, can make a difference in the life and health of vulnerable groups, especially women and children. They can result in improved welfare, reduce child mortality, reduce gender inequality, improve access to education, improve the quality of life and reduce poverty.

### **Final considerations:**

As this article has indicated, the adoption of a human rights framework (in this case the HRWS) can be a key instrument to promoting the health of vulnerable groups because it can provide structural changes in the social determinants of the health-illness-care process as it is based on the principles of human rights, guaranteeing justice, dignity and equity. The HRWS recognizes that access to these services is a right of individuals and an obligation for the state; it cannot be considered as an act of charity. Consequently, when access to water is considered as a human right, communities, especially vulnerable groups, which in principle are those that most suffer from violations of their rights, can claim this right by using the legal system and the courts if required. Given that social participation is an important principle of the human rights framework, vulnerable groups now have the right to participate in decision-making processes and the right to have their demands and needs heard and valued.

### **Referências:**

1. Buss P. *Uma introdução ao conceito de promoção da saúde*. IN: Czerina D. (org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

2. Ayres JR, Paiva V, França-Jr I. *Conceitos e práticas de prevenção: da historia natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos*. IN: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (org.). *Vulnerabilidade e direitos humanos –prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012.
3. Czeresnia D. *O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção*. IN: Czeresnia D. (org.) *Promoção da Saúde:conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009
4. Mann J. Health and human rights: Protecting human rights is essential for promoting health. *BMJ*, 1996 (312):924-925
5. Gruskin S, Tarantola D. *Uma panorama sobre saúde e direitos humanos*. IN: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (org.). *Vulnerabilidade e direitos humanos –prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012.
6. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *General Comment No. 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12 of the Covenant)*. Geneva: OHCHR, 2010.
7. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *The Right to Water. Factsheet No. 35*. Geneva:OHCHR, 2010.
8. United Nations General Assembly (UNGA). *Human Right to Water and Sanitation*. UN Document A/RES/64/292. Geneva:UNGA, 2010
9. Winkler I, Roaf V. *The human rights framework for water services*. IN: Jamie Bartram (eds) *Routledge Handbook of water and health*. London: Reutledge, 2015
10. WHO/UNICEF *Joint monitoring program for water supply and sanitation. Progress on drinking water and sanitation*. Update 2015
11. United Nations Development Group (UNDG). *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Geneva:UNDG, 1997
12. The Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights-Based Approach to Water in Informal Settlements:A Guide for Practitioners*. Geneva, 2015.
13. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ,Saletti Filho HC. *O conceito de vulnerabilidade e as praticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. IN: Czerina, Dina (org.) *Promoção da Saúde:conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009
14. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science and Medicine*. 2000 (50):1557-1570
15. Adger WN. Vulnerability. *Global Environmental Change*. 2006; (16):268-281
16. Buchalla C, Paiva V. Comenário: da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*. 2002, 36 (Supl4):117-119
17. Bain R., Cronk R., Hossain R., Bonjour S., Onda K., Wright J., Yang H., Slaymaker T., Hunter P., Prüss-üstün A., Bartram J. Global assessment of exposure to faecal contamination through drinking water based on a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*. 2014, 19(8): 917-927
18. United Nations World Water Assessment Programme (WWAP). *World Water Development Report 2015: Water for a Sustainable World*. Paris, UNESCO. 2015.
19. World Health Organization (WHO) *Diarrhoeal Disease.FactSheet No 333*. Geneve:WHO, 2013
20. Heller L. The crisis in water supply: how different it can look through the lens of the human right to water?.*Cad. Saúde Pública*, 2015; 3( 3):447-44
21. Campbell OMR, Benova L, Gon G, Afsana K, Cumming O. Getting the basic rights - the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework. *Tropical Medicine & International Health*. 2015, 20(3):252-267.
22. Sorenson SB, Morssink C, Campos PA. Safe access to safe water in low income countries: Water fetching in current times. *Social Science & Medicine*. 2011, (72): 1522 – 1526
23. Koolwal G, Walle D. Access to Water, Women’s Work, and Child Outcomes. *Economic Development and Cultural Change*. 2013, 61(2):369-405.

24. Pickering A, Davis J. Freshwater availability and water fetching distance affect child health in sub-Saharan Africa. *Environmental Science and Technology*. 2012 (46):2391-2397
25. Nauges C, Strand J. *Water hauling and girls' school attendance: Some new evidence from Ghana*. Policy research working paper No. 6443. Washington: The World Bank. 2011.
26. United Nations (UN). *Resolution adopted by the General Assembly: United Nations Millennium Declaration*. Geneva: United Nations. 2000.
27. Albuquerque C. *Integrating non-discrimination and equality into the post-2015 development agenda for water, sanitation and hygiene*. Geneva, 2012
28. WHO/UNICEF *Joint monitoring program for water supply and sanitation. Progress on drinking water and sanitation. Update 2012* . Geneva: WHO,2012
29. United Nations (UN). *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* . Geneva:UN.2015

### **5.3 “A gente tem acesso de favores, né?” A percepção de pessoas em situação de rua em Belo Horizonte, Brasil, sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário.**

#### **Autores:**

**Priscila Neves-Silva** – Doutoranda em Saúde Coletiva no Centro de Pesquisas René-Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ- Minas. Email: [priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br](mailto:priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br). Tel:+55 31 3379 7882 Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. Belo Horizonte-MG CEP 30190-002

**Léo Heller** – Pesquisador no Centro de Pesquisas René-Rachou. Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ- Minas, e Professor voluntário no departamento de Engenharia Sanitária e Ambiental na UFMG . Email:[heller@cpqrr.fiocruz.br](mailto:heller@cpqrr.fiocruz.br) Tel:+55 31 3379 7882 Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. Belo Horizonte-MG CEP 30190-002

#### **Resumo:**

Os Direitos Humanos à Água e ao Esgotamento Sanitário afirmam que todos os seres humanos têm direito ao acesso seguro à água e ao esgotamento sanitário de forma não discriminatória. No entanto, populações vulneráveis têm esses direitos frequentemente violados, repercutindo em sua saúde e qualidade de vida, e agravando a exclusão social, como é o caso das pessoas em situação de rua. Em Belo Horizonte, existiam 1.827 pessoas nessa condição em 2013. Este artigo apresenta a avaliação das condições e da percepção dessa população sobre o acesso à água e ao esgotamento sanitário e seus direitos nessa área. Observou-se que o acesso, tanto à água quanto ao esgotamento sanitário, é precário e que os conteúdos normativos e os princípios dos direitos humanos são potencialmente violados. Como conclusão, observa-se que este grupo sofre violações dos Direitos Humanos à Água e ao Esgotamento Sanitário e que estas estão associadas com a violação de outros direitos, como o direito à cidade, à moradia e à saúde. Essas violações têm repercussões negativas na vida econômica e social desse grupo populacional, aumentando a discriminação e a exclusão. O estudo chama a atenção para a importância de estimular a participação social desse grupo nos processos de tomada de decisão sobre a gestão da água e do esgotamento sanitário, no marco dos DHAES, em sua capacidade de ser instrumento de transformação social, gerando empoderamento, promovendo saúde, dignidade e cidadania.

Palavras-chave: direitos humanos, população em situação de rua, água esgoto

**Abstract:**

The human rights to water and sanitation, recognized by United Nations General Assembly and Human Rights Counsel, in 2010, declare that all human being have the right to a safe water and sanitation access in a non-discriminatory way. However, vulnerable populations, constantly, have these rights violated, reflecting in their health and life quality, and exacerbating social exclusion. In Belo Horizonte, there is 1.827 homeless people, according research about homeless realized in 2013. In this sense, the objective of this study was to evaluate, through homeless perception, how is the access to water and sanitation in Belo Horizonte. We found that both water and sanitation access are precarious and the normative contents as human rights principles are violated. As a conclusion, is observed that homeless suffer violation of human right to water and sanitation, and also of other rights as right to city, to shelter and health. These violations reverberate in their economic and social life increasing discrimination and exclusion. The study draws attention about the importance to stimulate social participation of this group in water and sanitation decisions make processes. It is believed that when appropriate collectively, the HRWS can be an instrument of social transformation, generating empowerment, promoting health, dignity and citizenship.

**Key words:** Human Right, homeless people, water, sanitation

**Introdução:**

O Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais elaborou, em 2002, o Comentário Geral nº15 sobre o direito humano à água<sup>1</sup>. Segundo este Comitê, o direito à água se enquadra no direito a uma vida com qualidade e está intimamente relacionado com o direito à saúde, alimentação e moradia digna, previstos no Tratado Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais<sup>1</sup>. O comentário também estabelece que o acesso ao esgotamento sanitário é essencial para que o direito à água seja atingido. Assim, em julho de 2010, através da resolução A/RES/64/292, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas reconheceu o acesso à água e ao esgotamento sanitário como um direito humano<sup>2</sup>. A resolução reconhece o direito à água potável segura e limpa e ao esgotamento sanitário como um direito humano essencial para o pleno gozo da vida e dos direitos humanos<sup>2</sup>.

No mesmo ano, o Conselho de Direitos Humanos ratificou e esclareceu esse entendimento confirmando que a resolução era juridicamente vinculante. Desde então, os países devem garantir,

progressivamente, esse direito, incluindo a obrigatoriedade a seu reconhecimento nos ordenamentos jurídicos nacionais e respeitando os princípios dos direitos humanos, como não-discriminação e equidade, informação e transparência, responsabilidade e participação social. Portanto, o Estado tem a obrigação de respeitar, proteger e fazer valer este direito, não implicando necessariamente que deva ser o provedor do serviço, mas deve monitorar e regulamentar os prestadores e garantir que o direito não seja violado<sup>1,3</sup>.

Em 2015, com o intuito de dar mais visibilidade ao esgotamento sanitário, que ainda apresenta grande déficit mundial (aproximadamente 1 bilhão de pessoas defecam a céu aberto)<sup>4</sup>, foi aprovada resolução assumindo a separação entre os dois direitos, embora reconhecendo sua integração.

Segundo o Comentário Geral nº 15<sup>1</sup> o acesso à água deve respeitar requisitos como: disponibilidade, qualidade/segurança, aceitabilidade e acessibilidade física e financeira. Portanto, a água deve estar disponível em quantidade suficiente para uso pessoal e doméstico; deve ser segura e de qualidade e não representar risco à saúde; deve ter cor, cheiro, sabor aceitáveis evitando que o indivíduo busque fontes alternativas não seguras; e deve ser acessível. As necessidades especiais dos indivíduos devem ser levadas em consideração e o caminho percorrido para coleta não pode apresentar riscos de ataque, seja de animais ou de pessoas. Além disso, deve estar disponível a um preço acessível para a população. O preço gasto pelo indivíduo para ter acesso à água não pode prejudicar a aquisição de outros bens essenciais, como alimentação, moradia e cuidado com a saúde<sup>1</sup>.

Com relação ao serviço de esgotamento sanitário este deve estar disponível, ser seguro, acessível física e financeiramente, além de higiênico, aceito cultural e socialmente e capaz de assegurar a privacidade e a dignidade humana<sup>5</sup>. Segundo Heller<sup>6</sup>, além da questão individual o acesso adequado a serviços de esgotamento sanitário tem uma importante dimensão na saúde pública uma vez que previne a contaminação do ambiente.

Segundo relatório da WHO/UNICEF<sup>4</sup> grupos populacionais vulneráveis são os mais afetados pela falta de acessibilidade a estes serviços. Diversos autores apontam que a situação de vulnerabilidade em que um grupo social se encontra é construída pela exposição a múltiplos fatores, sejam eles sociais, econômicos, políticos ou culturais<sup>7,8,9</sup>. Assim, pessoas em vulnerabilidade possuem poucos recursos para enfrentar as adversidades do cotidiano que lhes é apresentado, sofrendo discriminação, e tendo seus direitos violados. Dentro deste contexto se insere a população em situação de rua (PSR).

Em Belo Horizonte dados do Terceiro Censo sobre população de Rua e Migrantes, realizado em 2013, mostrou que existem 1.827 pessoas em situação de rua no município<sup>10</sup>. Observa-se que poucos são os estudos que avaliam o acesso à água e ao esgotamento sanitário pela PSR. Neste sentido, o presente artigo descreve a avaliação, à luz dos conteúdos normativos do DHAES e dos princípios dos direitos humanos, do acesso a estes serviços pela PSR, dialogando com a decorrente formulação de políticas públicas no setor.

### **Metodologia:**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa com população em situação de rua que vive no município de Belo Horizonte. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais e em grupo. Estas entrevistas, realizadas entre maio e julho de 2016, seguiram um roteiro semiestruturado, elaborado a partir da experiência dos pesquisadores e da revisão da literatura e continha questões gerais sobre a vida na rua, questões sobre os conteúdos normativos do DHAES (disponibilidade, qualidade e segurança, acessibilidade física e financeira e aceitabilidade), e questões que abordavam alguns dos princípios dos direitos humanos (discriminação, informação/transparência e participação social). A pesquisa contou com a colaboração e apoio da Pastoral de Rua de Belo Horizonte. A Pastoral de Rua é uma organização vinculada à igreja católica que atua auxiliando a promoção da dignidade da população em situação de rua e que atua em Belo Horizonte desde 1987.

Inicialmente, foi realizada entrevista piloto para avaliar o roteiro. Após as alterações que se mostraram necessárias as pesquisadoras (PS e GM) foram a campo. No primeiro dia de campo foi feita uma observação participante na Praça Raul Soares. A escolha dessa praça se deve ao número elevado de PSR que passam ou moram ali e à presença de uma fonte de água. Durante a observação sistemática não participante, feita em dois dias, as pesquisadoras avaliaram como as PSR utilizavam a fonte localizada na praça e como era a rotina das pessoas que viviam ali.

Após a observação sistemática não participante, as pesquisadoras saíram em busca de pessoas que se disponibilizaram a responder as perguntas. Assim, a seleção dos participantes foi feita pelo critério de acessibilidade. As abordagens na rua aconteceram na região centro-sul do município (Praça Raul Soares, Viaduto Santa Teresa, Praça da Rodoviária, Viaduto Helena Greco e ruas do centro da cidade), região onde se encontra o maior número de pessoas em situação de rua segundo o Censo<sup>10</sup>. As abordagens eram feitas apresentando as pesquisadoras e os objetivos da pesquisa. Algumas pessoas abordadas ficaram desconfiadas e não quiseram participar ou estavam alcoolizadas e/ou drogadas, não sendo possível fazer as entrevistas.

Participaram da pesquisa homens e mulheres em situação de rua maiores de 18 anos. Foram entrevistados, individualmente, 12 pessoas, sendo cinco mulheres, e as entrevistas foram realizadas na rua ou nas dependências da Pastoral de Rua.

Para a realização da entrevista em grupo foi feito, inicialmente, um contato com a Pastoral, que prontamente nos recebeu e salientou que elas não tinham conhecimento sobre nenhuma outra pesquisa que tivesse abordado o acesso à água e ao esgotamento sanitário da PSR. Na sede da pastoral acontece, toda semana, uma reunião com pessoas em situação de rua. As pesquisadoras participaram das reuniões por 2 meses e apresentaram a pesquisa para o grupo, que se mostrou muito interessado. Assim, a entrevista em grupo foi feita na sede da pastoral e contou com 12 participantes, sendo 4 mulheres.

Os 24 participantes do estudo tinham faixa etária entre 20 e 55 anos e o tempo em que estavam em situação de rua variou de 15 dias a 30 anos. Os fatores que os levaram à rua foram: desemprego, problemas na relação familiar, abandono do companheiro (apenas mulheres) e uso de álcool e drogas. Estes fatores em muitos casos se associam, nem sempre sendo possível separá-los. As principais fontes de renda eram o bolsa família, venda de produtos recicláveis, trabalhos informais esporádicos e doações.

A técnica de amostragem por saturação<sup>11</sup>, na qual a ausência de temas novos e a repetição de conteúdo nas entrevistas são indicativos de que as principais ideias já foram levantadas, foi utilizada para definir o número de entrevistados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas utilizando a técnica da análise de conteúdo, por meio da qual as informações coletadas foram sistematizadas em categorias analíticas<sup>12</sup>. Após análise, e tendo como base o referencial teórico do DHAES, as seguintes categorias analíticas foram identificadas: conteúdos normativos do DHAES e princípio dos direitos humanos.

Os dados obtidos são confidenciais e o anonimato dos participantes foi garantido, de maneira que seus nomes não serão revelados em nenhuma situação. Os participantes foram identificados com a sigla PSR seguido do número de ordem em que foram entrevistados e a letra H ou M para determinar o sexo do participante. Aqueles que participaram da entrevista em grupo foram identificados como EG/PSR seguido do número de ordem de participação e da letra referente ao sexo. Os participantes foram devidamente informados sobre o projeto e convidados a participar do mesmo de forma voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Eles foram certificados de que poderiam se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René-Rachou protocolo CAAE 49209515.0.0000.50.91, segundo as diretrizes da Resolução 466/12.

## **Resultados e Discussão:**

### **Conteúdos Normativos do DHAES:**

Pra gente na situação de rua é uma coisa que a gente fica chateado de ouvir as pessoas falarem de banheiro e água, é uma coisa que a gente tem acesso de favores né? É! (EG/PSRH 5)

No município de Belo Horizonte a população em situação de rua não tem acesso adequado à água e ao esgotamento sanitário. O acesso a estes serviços ainda é tratado como assistencialismo e caridade, e não como direito, impedindo que as pessoas requeiram o acesso a estes serviços como titulares de direito, colocando o Estado na posição de obrigatoriedade em garanti-lo<sup>1</sup>. O não reconhecimento do direito coloca esta população em uma situação cada vez mais vulnerável. Como os direitos são interdependentes e indivisíveis, a violação de um afeta outros gerando iniquidades e prejudicando a saúde.

Por meio dos relatos dos participantes, verifica-se que os conteúdos normativos tanto do direito à água, quanto do esgotamento sanitário, não são em geral respeitados. Segundo eles, o acesso à água para beber é conseguido através de doações em bares e restaurantes e no posto de gasolina. Já para tomar banho e lavar as roupas, utilizam as bicas e fontes de água espalhadas pelas praças da cidade. Alguns, na Lagoa da Pampulha, embaixo do viaduto, ou mesmo enchem garrafas com água que recebem de doação e tomam banho em locais onde se sentem mais protegidos.

Pra tomar banho... Ali mesmo, no Palácio das Artes (teatro da cidade), ontem à noite, eu ia passando e tinha um moço lá tomando banho, naquele frio, mas ele tava lá lavando a cabeça, naquela água que fica lá no Palácio das Artes... Naquela fonte. Eu falei, a piscina do morador de rua é aquela. Se você vai na praça Raul Soares lá tem aquela fonte, aqui na Praça da Estação... É onde eles tomam banho. Quando eles ligam aquela fonte ali na frente da Praça da Estação, aquele jato d'água... Aquilo é uma festa. Lá é onde lavam roupa, onde tomam banho né... (PSRH 8)

É ali que a gente faz, em bicas que a gente faz, embaixo do viaduto, ali quase no meio dele, cai uma água, então a gente toma um banho, lava uma roupa. (PSRH12)

A falta de acesso adequado à água traduz-se no consumo de água de baixa qualidade, tanto para beber como para tomar banho e lavar os pertences. Muitas vezes as pessoas não sabem se a água é segura e, em alguns casos, esta chega a apresentar cor e odor inaceitáveis.

E tem aquela lagoa ali na Olegário Maciel que eles tomam banho lá, lava roupa. Hoje passei cedo eles tava até lavando roupa lá. (...) Acho que essa água é até contaminada porque todo mundo, muita gente toma banho nela, lava roupa. Muita gente lava roupa lá, aí... (PSRH 1)

Tem cheiro ruim e olha lá tudo sujo. (PSRM 4)

Como salientado por diversos estudos <sup>13,14</sup>, a limitação do acesso à água segura e de qualidade aumenta a susceptibilidade das pessoas a várias doenças. Udin *et al* <sup>15</sup> realizaram uma pesquisa com PSR em Dhaka, Bangladesh, e verificaram que o acesso inadequado à água e ao esgotamento sanitário aumenta a probabilidade do desenvolvimento de doenças como diarreia, febre tifóide, dor de estômago e doenças de pele. Estas situações refletem a relação entre diretos humanos e saúde salientando a necessidade de políticas públicas capazes de garantir a criação de ambientes saudáveis, respeitando princípios como participação e não-discriminação, e combatendo as iniquidades em saúde.

Já! Já, pano branco (micose), sarna, e... piolho de pombo, né? Porque a gente tenta tomar banho, procura a bica, também tá fechada porque a Copasa, desculpa a palavra, é sacana vai lá e interdita a bica, aí você tem que ir lá ficar quinze, vinte dias sem tomar banho. Aí quando você vai assustar você chega pra tomar banho você tá com mancha de pano branco. (PSRH 5)

As instituições sociais como albergues, abrigos e o centro de referência da população de rua (Centro POP) oferecem banho, mas em geral a PSR não se sente à vontade frequentando estes espaços.

O Centro POP, esse aí é um bagaço. Todo mundo reclama do Centro POP. Banheiro entupido, não tem portas... Negócio de ficar aquela fila de homem tomando banho, poxa... É constrangedor. Não tem porta. (PSRH 8)

Eles esperam dar uma hora da tarde pra abrir lá (centro POP), aí dá aquela muvuca, como a gente chama, de pessoas, aglomerado de gente, pra tomar banho, trocar roupa... De 13h às 17h é pouco tempo... Quatro horas pra atender uma porção de gente lá... Por isso dá esse aglomerado. (PSRH 12)

O centro POP funciona das 13 às 17 horas e foi construído para atender a 80 pessoas. Atualmente o município possui 1.827 PSR, demonstrando a incapacidade do local de suprir a demanda. As outras instituições, para além de terem instalações precárias, também não conseguem acolher todas as PSR. Além disso, muitos indivíduos aproveitam o espaço para lavar roupa durante o banho, o que é proibido em algumas instituições, causando brigas e conflitos. Dessa forma, a violação do DHAES a que são submetidos, prejudica, ainda, a relação interpessoal e com as instituições públicas que deveriam apoiar e minimizar as situações de marginalização e vulnerabilidade.

Aqui nós temos o abrigo Tia Branca que tem mais de quatrocentas pessoas, quer dizer, pessoal vive lá igual um formigueiro. Isso sem falar nos percevejos, nos ratos, nas baratas, que lá é cheio demais. (PSRH 8)

O centro POP tem muita briga, você tá lavando uma roupa, de repente o pessoal começa a brigar lá e você tá envolvido. Nossa!(PSRH 7)

Quando têm dinheiro, pagam para tomar banho em locais como na Estação Rodoviária. No entanto, o valor cobrado é alto, considerando os baixos rendimentos das PSR, restringindo o acesso e desrespeitando o conteúdo normativo sobre acessibilidade financeira.

(...) banho lá na Rodoviária aí tinha que pagar 6,50, agora tá 8 reais, aumentou, mas no caso eu não tenho condição de pagar. (PSRH 11)

Como relatado, a falta de portas nos banheiros das instituições de apoio e o banho nas vias públicas causam constrangimento e insegurança, não sendo adequados às normas sociais e culturais, como previsto pelos DHAES<sup>1</sup>. Além disso, a falta de locais adequados para tomar banho e lavar as roupas também interfere na privacidade e na dignidade da pessoa em situação de rua, que se vê sem direito a tomar banho e usar uma roupa limpa. A falta de banho e a impossibilidade de lavar as roupas excluem ainda mais estas pessoas da vida econômica, social e cultural da cidade.

Que nem o outro colega falou também, você entra no banheiro com quinze homens dentro você fica olhando assim pra um lado, pro outro e agora o que eu faço? (EG/PSRH3)

Essa palavra é muito triste: num pode. Não pode fazer isso, fazer aquilo...um dia levei bronca porque fui lavar, tava com desespero com a calça suja, já tinha ensaboado a calça tava na sacola, mais falei: “o que eu faço com a calça, preciso dela amanhã!” Mas aí quando cheguei no bebedouro fiquei tão desesperada que enfiei ela dentro do bebedouro, “eu vou enxaguar aqui mesmo.” Aí o rapaz chegou e falou “não pode!” Aí eu concordei com ele: “eu sei que não pode, mas eu preciso dela.” Meu desespero foi tão grande! (EG/PSRM12)

Primeiramente, tem que ter o coração bom e o estômago forte. Ela me perguntou “mas porque estômago forte?” eu ri, “por quê? A senhora quer que eu falo? Porque quando eu chego sujo, fedendo com uma semana, duas semanas sem tomar banho...”. (PSRH12)

A falta de privacidade afeta mais as mulheres que ficam expostas a situações de constrangimento e sujeitas à violência. Estudos apontam que a falta de instalações sanitárias adequadas implica medo, estresse psicológico e redução da autoestima das mulheres, uma vez que não conseguem manter o autorrespeito e a reputação social<sup>16,17,18,19,20,21</sup>

Quando eu ficava debaixo do viaduto tinha todo mundo me olhando, passando. Tomava (banho) de calcinha e sutiã.(...) Tinha uma bica lá, a gente tirava roupa. Ficava pelada mesmo. (PSRM 10)

É porque no caso a gente tinha vergonha, né. Não tinha privacidade pra tomar banho. Aí, como é que ia fazer? (EG/PSRM4)

Já o acesso ao banheiro é quase inexistente. No centro da cidade apenas o Parque Municipal tem banheiro gratuito. As pessoas que vivem longe do parque, ou mesmo durante a noite quando o parque está fechado, urinam e defecam a céu aberto, seja nos viadutos, atrás de bancas de revista, perto de árvores, ou mesmo no local onde dormem. Na rodoviária, como já relatado, cobra-se pela

utilização do banheiro. Neste contexto, os conteúdos normativos dos DHAES também não são assegurados quando se trata do esgotamento sanitário.

Banca de revista, árvores, viadutos, muitos ao ar livre, você só abaixa a cabeça. O tanto que tá sofrendo que não liga pra mais nada que desce a calça em qualquer lugar em qualquer hora, muitas das vezes é qualquer hora e aí passa o ônibus. (PSRH 12)

(...) tem a rodoviária mas você paga, nem sempre o bacana da rua tem cinquenta centavos pra pagar banheiro. (EG/PSRH7)

Estas observações coincidem com o estudo de Walters<sup>22</sup> sobre pessoas em situação de rua em Dehli, na Índia. Esta pesquisa constatou que muitos indivíduos defecam e urinam ao ar livre próximo de onde dormem. Para lavar as roupas e tomar banho caminham 2 km até uma bica. Verifica-se, portanto, que este grupo social tem os DHAES violados, repercutindo, entre outras coisas, na saúde e na dignidade. Segundo Walters<sup>22</sup>, eles vivem à margem da sociedade e a renda que conseguem não é suficiente para comprar comida e água, e, apesar de serem invisíveis, eles têm muitos aspectos de sua vida privada escancarados. A falta de privacidade afeta, especialmente, crianças e mulheres, deixando-as expostas à violência e ao assédio.

Eu ficava no galpão deitada, cheio de rato, bosta, sujeira, tudo. (PSRM 10)

E tem gente que dormir ao lado daquilo. Então você fica dormindo ali, respirando aquilo, durante o dia aquelas moscas voando e eles comem ali perto, do lado do negócio (fezes). Então ali eles fazem todo tipo de necessidade e isso faz um mal danado. (EG/PSRH7)

Aí no caso, como eu falei, olhava pro lado, pro outro, aí via que não vinha ninguém, aí aproveitava aquela oportunidade e fazia xixi e cocô. Eu tava dormindo assim num determinado lugar aí eu ia ali por perto mesmo, não fazia onde eu tava dormindo pra não ficar aquele cheiro né? Mas fazia por perto mesmo. Tinha medo de ir longe, fora de hora. Medo da violência, principalmente da violência contra mulher. (PSRM 9)

O ser humano perde tanto o tato da vida que ele não liga mais pra isso. Ele e lixo é, são, viram-se parceiros. (PSRH 12)

Com isso, a qualidade e segurança dos locais utilizados para defecação, e mesmo para fazer a higiene menstrual, ficam comprometidos. Os tecidos utilizados para limpeza nos dias de menstruação muitas vezes são lavados na mesma fonte de água onde muitos tomam banho. Mais uma vez, observa-se o comprometimento da privacidade e da dignidade da pessoa, afetando, entre outras coisas, a saúde e a segurança pessoal.

Que eu faço (quando está menstruada)? Pego pano, enrolo ele ali, coloco numa sacola e entro ali dentro (na fonte da praça) pra lavar. (PSRM 4)

Assim, a falta de acesso adequado aos serviços de água e esgotamento sanitário interfere na higiene, abre espaço para o aparecimento de diversas doenças e prejudica a vida da PSR em todos os aspectos contribuindo para que fique alijada da sociedade.

Além do local de moradia ser pouco higiênico, essas pessoas não conseguem realizar tarefas simples, como lavar as mãos após urinar ou defecar, devido à ausência do acesso à água. Segundo Bain *et al*<sup>14</sup>, o simples ato de lavar as mãos com sabão reduz substancialmente a prevalência de doenças como a diarreia. Junto a isso, devido à extrema pobreza em que se encontram, esses indivíduos, muitas vezes, não conseguem assistência médica, aumentando ainda mais a situação de vulnerabilidade e violando o direito à saúde.

Quando passa mal e vai procurar hospital, não é todo mundo que gosta de atender não...tem que chegar limpinho pra ser atendido, se chegar sujo já te olham com cara feia. (EG/PSRH 7)

Porque se o morador de rua adoecer aqui, ele vai no hospital, eles não aceitam porque o cara chegou sujo, aí você tem que caçar um lugar pra tomar banho, aonde você vai tomar banho? Na Rodoviária, se você não tiver dinheiro você não toma. Na bica pra você sair daqui pra ir no Horto, tomar banho pra depois voltar pro hospital a sua consulta já foi embora. Na Praça da Estação, tomar banho no chafariz a água é retornável você vai pegar uma doença de pele. Se você for tomar banho em algum outro canto até você retornar ao hospital, o médico vai falar, a sua ficha já foi cancelada. Você fica com aquela doença, então é assim.(EG/PSRH 3)

Além da falta de acessibilidade, a PSR enfrenta, cotidianamente, situações de discriminação e violência, principalmente por parte do poder público. Segundo a PSR, ela é de ordem física e verbal favorecendo, ainda mais, a exclusão. Esta violência, praticada pelo Estado, demonstra a falta de interesse em acolher e integrar estas pessoas na sociedade. Elas perdem o direito a serem sujeitos, são associadas à lixo, àquilo que pode ser descartado, que não tem finalidade, à coisa suja, que tem mau cheiro e que ninguém quer se aproximar. O descaso social contribui para colocá-los ainda mais à margem, excluídos da vida familiar, do trabalho e da própria condição de ser humano.

Eles geralmente falam que “os cachorros vêm de outras cidades pra sujar a nossas, esse tipo de gente não merece ter chance dentro da nossa cidade. Esses mendigos vêm lá da cidade deles pra sujar aqui, temos que colocar o lixo pra fora, some daqui lixo”. Então assim, isso é..., deixa sua autoestima bem lá em baixo aí você acaba que nem muitos aí, acaba caindo na droga, na bebida... Mas a gente que ainda tem um pouco de esperança tenta lutar ainda. (PSRH 5)

Porque a violência da discriminação os moradores de rua já sofrem. Quando tem uma polícia que podia dar apoio pra esse povo... Os pertences que eles ganham pra dormir na rua, coberta... Eles chegam, tomam tudo... Então esse é o tipo de violência. Quando chega de manhã cedo já vem polícia, carro mesmo da prefeitura, apoiado pela polícia, tomando os pertences. (PSRH 8)

O alcance do DHAES para a população em situação de rua, segundo Walters<sup>22</sup> vai além das questões técnicas. Exige a compreensão de como a situação de vulnerabilidade dessa população foi criada e é mantida. Segundo o mesmo autor, a falta de acesso a estes serviços e de políticas públicas que abarquem as necessidades desta população reflete a indiferença e apatia com que o Estado, principal responsável por assegurar os direitos, lida com este grupo, deixando-o exposto a iniquidades estruturais e sociais.

### **Princípios dos direitos humanos:**

Um morador de rua não entra no Palácio das Artes (teatro da cidade)... Ele vai no Parque Municipal porque o Parque Municipal, vamos dizer... é um espaço público. Se ele tiver sujo ele não vai no Palácio das Artes, se ele tiver sujo não entra no Mercado Central. Quer dizer, então, a rua é pra se sentar, curtir a sua liberdade e têm muitas pessoas que são privadas disso. Desse direito de liberdade. (PSRH 8)

Se pedir num bar tem que gastar e se num gastar o cara não deixa usar. Sabe por causa do quê? Porque todo mundo tem preconceito a respeito da pessoa que se encontra em situação de rua. Ninguém quer ajudar o morador de rua...quer prejudicar. (EG/PSRH 2)

Morador de rua fedendo entrar no estabelecimento para pedir um copo d'água? Que isso heim? Não tem cabimento. (EG/PSRH 3)

Vários são os relatos que demonstram que o princípio de não-discriminação/ equidade é violado quando se trata da PSR. Eles não conseguem ter acesso às instalações sanitárias o que resulta em discriminação no acesso. Além disso, os princípios de informação/transparência e participação social também não se aplicam a este grupo populacional, que se sente excluído e não é visto como sujeito portador de direito, como demonstram as falas abaixo:

Não tem divulgação, quando tem divulgação é só entre as grandes classes que é a sociedade. Já nós que tamo na rua, os invisíveis, não tem esse acesso. Nós somos os intocáveis, infelizmente né? A sociedade vê e sai correndo: "Nó! Ali, sai! Tá cheio de bicho". Então não temos essa... essa informação passada pelo governo não. (PSRH 12)

Olha, o governo nunca chama e nunca vai chamar morador de rua pra discutir a questão de água. Pra eles nos somos o câncer da sociedade, então eles não vão fazer isso. (PSRH 5)

Em 2015 a Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania criou o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Estadual para a População em Situação de Rua de Minas Gerais (Comitê Poprua-MG). Este Comitê, pela primeira vez, abriu espaço para a participação da pessoa em situação de rua com a finalidade de ouvir suas demandas estimulando o diálogo em prol da construção de alternativas que permitam a saída das ruas. Mas, mesmo assim, alguns ainda se sentem sem voz:

Não tem a quem recorrer quando acontece isso porque você vai na defensoria...Ah! você é morador de rua, qual é a sua voz? Aí você procura um advogado, mas qual é o seu endereço? (...) A Prefeitura tá indo onde a gente dorme recolhendo coberta, documento. (PSRH 5)

Eu não sou nada(...) eu não tenho direito a nada. (EG/PSRH 5)

O princípio da participação social permite a inserção da PSR nas discussões sobre a melhoria do acesso aos serviços de água e esgoto o que pode promover o empoderamento deste grupo social, resultando em mudança da realidade em que vivem e construindo uma prática participativa de gestão da água. Discutir a necessidade de um acesso melhorado à água e ao esgotamento sanitário para, e com, a população em situação de rua, é auxiliar na construção de espaço urbano mais democrático em que as necessidades de todos são satisfeitas<sup>23,24</sup>

Segundo Linton<sup>23</sup> os DHAES, devem ser compreendidos como uma questão comum a todos. Quando apropriados por movimentos sociais e construídos sobre uma base democrática e equitativa, os DHAES podem ser um mecanismo para repensar as estruturas do mundo contemporâneo, rompendo com a organização atual do sistema de gestão do saneamento, que produz iniquidades. Acredita-se que, quando apropriado de forma coletiva, os DHAES podem ser um instrumento de transformação social, gerando empoderamento, promovendo saúde, dignidade e cidadania. Dessa forma, a participação social no processo de gestão é fortalecida trazendo para a comunidade a decisão sobre a gestão de um bem público, limitado e essencial à vida.

Além dos princípios de discriminação/equidade e participação social o princípio da responsabilidade também não está sendo contemplado no que se refere ao DHAES. Os vários relatos dos participantes descritos neste texto demonstram que o Estado ainda não se responsabiliza pelo acesso a estes serviços para esta população, o qual está baseado na caridade, e os poucos locais públicos que existem na cidade não conseguem suprir a demanda. Nesta circunstância a PSR se sente ainda mais discriminada.

Eu já vi os militares pegando, batendo e muito, só porque foi na árvore ali e mijou, o policial passou e viu “ei aí não é banheiro não!” (PSRH 7)

Portanto, como se não bastasse a ausência do Estado e a falta de políticas capazes de assegurar os direitos a esta população, ela ainda sofre discriminação, violência e criminalização por parte da sociedade e de servidores do aparato público, como policiais municipais e militares, o que amplifica a situação de vulnerabilidade.

### **Considerações finais:**

Observa-se que a PSR sofre diferentes tipos de violações dos DHAES, assim como de outros direitos, como o direito à cidade, à moradia e à saúde. A violação desses direitos tem repercussões negativas na vida econômica e social deste grupo populacional, aumentando a discriminação e a exclusão. Assim, é importante promover o reconhecimento do acesso à água e saneamento como direito, por parte do Estado.

Para esse grupo social, a principal necessidade é sanar a questão da moradia. No entanto, a falta de acesso a redes de abastecimento de água e esgoto nas ruas afeta a população do município como um todo, o que requereria assumi-la como uma questão a ser discutida amplamente pela sociedade, na perspectiva da qualidade de vida nas cidades. Além disso, uma vez que os direitos são interdependentes e inseparáveis, não há como negar que a violação do direito à moradia repercute em violação de outros direitos.

O quadro de vulnerabilidade aponta que questões não só individuais, mas também, contextuais e programáticas influenciam a situação de vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo social. Neste contexto, ações pautadas nos direitos humanos teriam maior efetividade na eliminação das condições que aumentam e perpetuam esta situação uma vez que elas teriam que abarcar os determinantes sociais como educação, moradia e acesso a serviços de saúde. Além disso, tendo em vista os princípios dos direitos humanos como participação, discriminação social e responsabilização, os grupos sociais marginalizados seriam estimulados a participar da elaboração e implementação destas políticas, e o Estado poderia ser responsabilizado pela garantia dos direitos.

Com isso, os DHAES podem ser apropriados pelas populações vulneráveis, para legitimar a luta não só por acesso a esses serviços, mas também, por dignidade humana, exigindo justiça social e ambiental. Para isso, os conteúdos normativos dos direitos humanos e os princípios dos direitos humanos devem ser os objetos fundantes das políticas públicas e da prestação dos serviços. Assim, a água passa a ser entendida como um bem e serviço social e cultural, além de elemento intrínseco ao processo de produção e reprodução social.

Portanto, para as pessoas em situação de rua, uma abordagem baseada em direitos que favoreça o acesso à água e ao esgotamento sanitário pode possibilitar uma transformação social e facilitar o acesso a outros direitos, modificando os determinantes sociais, estimulando a inclusão social e a promoção da saúde e reduzindo a situação de vulnerabilidade.

### **Referências:**

1. Office of the High Commissioner for Human Rights. General Comment No. 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12 of the Covenant). Geneva: OHCHR, 2010a.
2. United Nations General Assembly. Human rights obligations related to access to safe drinking water and sanitation. Note by the secretary-general. UN Document A/65/254. Geneva 2010, 16 feb.
3. Sultana F., Loftus A. The right to water. Prospects and possibilities. IN: Sultana F, Loftus, A (ed) The right to water politics, governance and social struggles. New York: Earthscan. 2012;1:18.

4. World Health Organization. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Progress on drinking water and sanitation - 2015 Update and MDG Assessment. Geneva: WHO Press, 2015.
5. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation. Geneve. 2015
6. Heller L. The crisis in water supply: how different it can look through the lens of the human right to water? *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(3):447-449.
7. Adger WN. Vulnerability. *Global Environmental Change*. 2006;(16):268-281
8. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science and Medicine*. 2000(50):1557-1570
9. Ayres JR, Paiva V, França-Jr I. Conceitos e práticas de prevenção: da historia natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. IN: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (org.). *Vulnerabilidade e direitos humanos –prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012.
10. Prefeitura de Belo Horizonte. Terceiro censo da População em Situação de Rua e Migrantes. 2014. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=154144&pldPlc=&app=salanoticias>. Acesso em 01 set 2016.
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
13. Heller L, Cairncross S. Poverty. In: Bartran J; Baum R, Coclains PA,; Gute DM, Kay D, Mcfadyen S, Pond K, Robertson W, Rouse MJ.(eds). *Routledge Handbook of Water and Health*. London and New York; Routeledge, 2015.
14. Bain R, Cronk R, Hossai R, Bonjour S, Onda K, Wright J, Yang H, Slaymaker T, Hunter P, Prüss-Ustün A, Bartram J. Global assessment of exposure to faecal contamination through drinking water based on a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*. 2014,19(8):917-927
15. Uddin SMN, Walters V, Gaillard JC, Hridi SM, Mcsherry A. Water, sanitation and hygiene for homeless people. *Journal of Water and Health*. 2016;14(1):47-51.
16. Campbell OMR, Benova L, Gon G, Afsana K, Cumming O.; Getting the basic rights - the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework. *Tropical Medicine & International Health*. 2015,20(3):252-267.
17. Sorenson SB, Morssink C, Campo PA. Safe access to safe water in low income countries: Water fetching in current times. *Social Science & Medicine*. 2011, (72):1522 – 1526
18. Koolwal G, Walle D. Access to Water, Women's Work, and Child Outcomes. *Economic Development and Cultural Change*. 2013, 61(2):369-405.
19. Pickering A, Davis J. Freshwater availability and water fetching distance affect child health in sub-Saharan Africa. *Environmental Science and Technology*. 2012(46):2391-2397
20. Nauges C, Strand J. Water hauling and girls' school attendance: Some new evidence from Ghana. Policy research working paper No. 6443. Washington: The World Bank. 2011
21. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation on gender equality on the realization of the human right to water and sanitation. United Nations: Geneve, 2016
22. Walters V. Urban homelessness and the right to water and sanitation: experiences from India's cities. *Water Policy*. 2014;16:755-772
23. Linton J. The human right to what? Water, rights, humans, and the relation things. IN: Sultana F, Loftus A. (Editors). *The Right to water: politics, governance and social struggles*. New York: Earthscan. 2012;45-60p.
24. Harvey D. The right to the city. *New left review*. 2008; 53:23-40

## 6 CONCLUSÃO

Direitos humanos referem-se a normas reconhecidas internacionalmente as quais implicam que todas as pessoas devem ter direitos iguais. Para que os direitos humanos possam ser concretizados foram criadas leis internacionais, por meio de tratados internacionais, as quais foram assinadas e ratificadas por diversos países. Esses tratados internacionais não só proíbem a violação dos direitos humanos como tornam os Estados responsáveis por, progressivamente, assegurar as condições para a garantia dos direitos. Dessa forma, os Estados passam a reportar, periodicamente, a um comitê internacional, seus progressos. Assim, os direitos humanos apontam para a responsabilidade dos Estados em não violar, além de proteger, respeitar e criar condições para a realização dos direitos.

O principal documento contemporâneo dos direitos humanos é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborada em 1948, após a segunda guerra mundial. Os dois tratados subsequentes reafirmam os princípios contidos da declaração: tratado internacional de direitos civis e políticos e tratado internacional de direitos econômico, social e cultural. Estes tratados, por serem legalmente vinculantes, obrigam os Estados, que os assinaram e ratificaram, a cumpri-los. Com base nisso, as ações para reduzir as vulnerabilidades, antes pautadas em caridade e solidariedade, passam a ser reconhecidas como leis.

As violações dos direitos humanos contribuem para criar condições que colocam os indivíduos em vulnerabilidade além de limitar o acesso a serviços de prevenção e cuidado. Privações relacionadas com os determinantes sociais de saúde, como educação, moradia, acesso à água e esgotamento sanitário, entre outras, podem ser visibilizadas quando tratadas pelo olhar dos direitos humanos. Dessa forma, atenção sistemática dada aos direitos humanos pode auxiliar na identificação das iniquidades, contribuindo para reduzi-las, melhorando a saúde da população e, sendo, por isso, um dos principais marcos teóricos capazes de lidar com as questões de vulnerabilidade. Documentos internacionais de direitos humanos podem ser utilizados não só como marcos teóricos, mas como instrumentos legais de políticas públicas que visam a equidade e que tem como foco as desigualdades sociais.

Além de auxiliar na identificação de situações vulneráveis, o marco teórico dos direitos humanos, através dos princípios de não-discriminação e participação social, permite que grupos sociais sistematicamente excluídos, possam participar, ativamente, das tomadas de decisão apontando suas necessidades e demandas.

O quadro de vulnerabilidade em saúde afirma que questões individuais, contextuais e programáticas atuam aumentando situações vulneráveis, dessa forma, indivíduos e Estado são corresponsáveis pela saúde. O referencial de direitos humanos é capaz de dar base argumentativa para que ativistas e trabalhadores da saúde possam pressionar o governo na elaboração de políticas que visem os determinantes sociais, envolvendo, para isso, vários atores e setores, de forma a construir uma agenda comum. A associação da vulnerabilidade com os direitos humanos permite a construção de intervenções escalonadas, capazes de reduzir as iniquidades.

Neste cenário, os direitos humanos à água e esgotamento sanitário, reconhecidos em 2010, além de favorecer o acesso a estes serviços, muitas vezes negado a populações vulneráveis, estende esse acesso a outros direitos, como educação e saúde, melhorando a qualidade de vida e promovendo saúde. Além disso, quando apropriado pelos grupos sociais, os DHAES promovem um uso mais democrático de espaço urbano permitindo que o direito à cidade passe a ser objetivo de todos.

A pesquisa realizada mostrou que a população em situação de rua tem pouco acesso a serviços gratuitos de água e esgotamento sanitário, o que implica situação de discriminação por parte da sociedade. Os serviços que existem no município, localizados em instituições de apoio a esta população, não conseguem suprir a demanda, além de serem inadequados, de acordo com a população entrevistada. Neste sentido, eles utilizam praças, bicas, fontes de água espalhadas pela cidade para realizar sua higiene pessoal e lavar seus pertences.

O estudo mostrou, ainda, que a violação do DHAES resulta em violação de outros direitos como direito à educação e à saúde, uma vez que as pessoas não se sentem à vontade frequentando espaços destinados a essas atividades, quando estão sem banho ou vestindo roupas sujas e malcheirosas. Além disso, são impedidas de entrar em estabelecimentos comerciais ou prédios públicos.

A pesquisa verificou, também, que as mulheres ficam mais expostas ao assédio sexual e à violência em decorrência da falta de acesso. A ausência de privacidade a que são submetidas ao tomar banho gera desconforto e constrangimento, além de apresentarem dificuldades em realizar a higiene adequada durante a menstruação, o que pode resultar em infecções. Na mesma situação estão os homossexuais que sofrem preconceito, discriminação e assédio moral quando tomam banho nas instituições públicas, cujos banheiros não têm porta. Mesmo os homens heterossexuais se sentem constrangidos com a falta de privacidade.

Percebe-se, portanto, que a falta do acesso à água e ao esgotamento sanitário interfere na dignidade da pessoa em situação de rua, que se sente suja e que fica exposta a situações de violência e assédio sexual e moral, podendo resultar em queda da autoestima e sentimento de não pertencimento à sociedade.

Essa situação implica, ainda, violência por parte da polícia, que criminaliza as pessoas e recolhe cobertores e roupas, além de praticar violência física e verbal com aqueles que urinam e defecam ao ar livre, ou deixam seus pertences secando nos arbustos das praças. Política de higienização praticada pelo município, que objetiva a retirada das pessoas em situação de rua das ruas, fortalece, ainda mais, estas ações violentas e discriminatórias além de ajudar a criar na sociedade um imaginário de que estes indivíduos não são sujeitos de direito.

Em vista disso, políticas públicas que tem como marco teórico os direitos humanos podem contribuir para dar maior visibilidade às necessidades deste grupo social, uma vez que princípios como não-discriminação e participação social fundamentam sua elaboração. O estímulo à participação social nos processos de tomada de decisão, sem discriminação, de forma transparente, de maneira a identificar os responsáveis e empoderar aqueles que se encontram marginalizados, pode ser uma primeira oportunidade de tirar estes indivíduos da vulnerabilidade.

Durante esta pesquisa, muitos indivíduos entrevistados apontaram soluções que poderiam ser implementadas na cidade, como banheiros públicos que tivessem, além do sanitário, um chuveiro e um tanque para lavar as roupas e os pertences. Esses banheiros poderiam ser vigiados e cuidados pelas próprias pessoas em situação de rua. Isto aponta para a importância da participação destas pessoas no planejamento e gestão dos serviços.

Cabe ressaltar que poucos são os estudos que analisam o acesso à água e ao esgotamento sanitário para essa população, salientando a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, em diferentes municípios, para verificar se os resultados deste estudo se assemelham com os de outras localidades. Além disso, seria interessante a realização de outras pesquisas que avaliem se a falta de acesso aos serviços de água e esgoto associam-se com a violação de outros direitos, como apontado por esta pesquisa, que proponham novas soluções ou avaliem soluções já existentes.

## REFERÊNCIAS

- ADGER, W.N. Vulnerability. *Global Environmental Change*. 2006; (16):268-281
- ALBUQUERQUE, C. *Integrating non-discrimination and equality into the post-2015 development agenda for water, sanitation and hygiene*. Geneva, 2012
- AUGUSTO, L.G.S; GURGEL, I.G.D; NETO, H.F.C; MELO, C.H; COSTA, A.M. O contexto global e nacional frente aos desafios do acesso adequado à água para consumo humano. *Ciência e saúde coletiva*. 2012; 17(6):1511-1522.
- AYRES, J.R.C.M; FRANÇA JUNIOR, I; CALAZANS, G.J; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. IN: Czerina, Dina (org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009
- AYRES, J.R; PAIVA, V; FRANÇA-JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. IN: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (org.). *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012.
- AYRES, J.R. Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. *Boletim epidemiológico - C.R.T. - DST/AIDS - C.V.E.* 1997,(3): 2-4
- ASCERALD, H. *Vulnerabilidade ambiental, processos e relações*. Comunicado ao II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais, FIBGE, Rio de Janeiro. 2006
- BAIN, R.; CRONK, R.; HOSSAIN, R.; BONJOUR, S.; ONDA, K.; WRIGHT, J.; YANG, H.; SLAYMAKER, T.; HUNTER P.; PRÜSS-USTÜN, A.; BARTRAM, J. Global assessment of exposure to faecal contamination through drinking water based on a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*. 2014, 19(8): 917-927
- BAKKER, K. Commons versus commodities: debating the human right to water. IN: SULTANA, F.; LOFUS, A. (Editors). *The Right to water: politics, governance and social struggles*. New York: Earthscan. 2012; 19-44
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERTOLOZZI, M.R.; NICHIAZZI, L.Y.; TAKAHASHI, R.F.; CIOSAK, S.I.; HINO, P.; VAL, L.F.; GUANILLO, M.C.; PEREIRA, E.G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(ESP2):1326-30
- BRASIL. Lei no 11.445, de 05 de janeiro de 2007. *Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico*. Diário Oficial da União, Brasília, 08 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério das Cidades. *Plano Nacional de Saneamento Básico*. Brasília, 2013.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKI S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81 (7):539-545
- BUCHALLA, C.; PAIVA, V. Comentário: da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*. 2002, 36 (Supl4):117-119

- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. IN: CZERINA, D. (org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BIRKMANN, J. Risk and vulnerability indicators at diferente scales: Applicability, usefulness and policy implications. *Environmental Hazards*. 2007,(7):20-31
- CAMPBELL, O.M.R; BENOVA, L.; GON, G.; AFSANA, K.; CUMMING, O. Getting the basic rights - the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework. *Tropical Medicine & International Health*. 2015, 20(3):252-267.
- CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-4
- CHINKIN, C. Health and Human Rights. *Public Health*.2006,(120):52-60
- CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII *Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*; 2002; Ouro Preto. [Acesso em 2013 Nov. 04]. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/.../Com\\_JUV\\_P027\\_Neto\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/.../Com_JUV_P027_Neto_texto.pdf)
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. IN: CZERESNIA D. (org.) *Promoção da Saúde:conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009
- CZERESNIA,D.;MACIEL,E.M.G.S.;OVIEDO,R.A.M. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2013,119p.
- DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science and Medicine*. 2000 (50):1557-1570
- DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, C.S.M. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petropolis: Vozes; 2011
- EARLY, D W. An empirical investigation of the determinants of street homelessness. *Journal of Housing Economics*. 2005, 14: 27-47
- ESCOREL, S. *Vidas ao Léu:trajetorias de exclusao social*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999; 276p.
- EZARD,N. Public health, human rights and the harm reduction paradigma:from risk reduction to vulnerability reduction. *International Journal of Drug Policy*. 2001,(12):2017-219
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (1):17-27p.
- FRACALANZA, A.P. Justiça ambiental e práticas de governança da água: (re) introduzindo questões de igualdade na agenda. *Ambiente e Sociedade*. 2013;16(1):19-38.
- FRANCO-GIRALDO, A.;ALVAREZ-DARDET,C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud.*Gac Sanit*. 2008; 22(3):280-86
- GARCIA, L. S. *Fundamentação em Direitos Humanos e Cidadania V.02*. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016. 52p.
- GOMES, D. F. L. *Fundamentação em Direitos Humanos e Cidadania V.01*. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016. 68p.

- GRAHAM, T.;SUZANNE, S. Definitions of homelessness in developing countries. *Habitat International*. 2009; 29: 337–352
- GRUSKIN, S. TARANTOLA, D. Uma panorama sobre saúde e direitos humanos. IN: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA; C.M. (org.). *Vulnerabilidade e direitos humanos –prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012.
- GRUSKIN,S.;AHMED,A.;BOGECHO,D.;FERGUSON,L.;HANEFELD,J.;MACCARTHY,S.; RAAD, Z.;STEINER,R. Human rights in health systems framework: What is there, what is missing and why does it matter? *Global Public Health*. 2012, 7(4):337-351.
- GRUSKIN, S. Ethics, Human Rights and Public Health. *American Journal of Public Health*. 2002, 92(5):698.
- GRUSKIN, S. Do Human Rights have a role in a public health? *The Lancet*. 2002, (360):1880
- HARVEY, D. O direito à cidade. *Lutas Sociais*. 2012; 29:73-89
- HARVEY, D. *O enigma do Capital: e as crises do capitalismo*. Sao Paulo: Boitempo, 2011.
- HELLER, L. The crisis in water supply: how different it can look through the lens of the human right to water? *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(3): 447-449.
- HELLER, L; CAIRNCROSS, S. Poverty. In: BARTRAN, J.; WITH BAUM, R.; COCLAINS,P.A.;GUTE,D.M.;KAY,D.;MCFADYEN,S.;POND,K. ;ROBERTSON,W. And ROUSE,M.J.(eds).*Routledge Handbook of Water and Health*. London and New York; Routededge, 2015.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de amostra domiciliar*. Rio de Janeiro:IBGE, 2012.
- JAGALS P. Does improved access to water supply by rural households enhance the concept of safe water at the point of use? A case study from deep rural South Africa. *Water Sci Technol*. 2006;54(3):9-16.
- KIND L. Notas para o trabalho com a técnica de grupo focal. *Psicologia em Revista*. 2004; 10(15): 124-136.
- KOOLWAL, G; WALLE, D. Access to Water, Women’s Work, and Child Outcomes. *Economic Development and Cultural Change*. 2013, 61(2):369-405.
- LIMA, S. C. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais. IN: REMOALDO, P.; NOGUEIRA, H. (coords). *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde*. Lisboa. Edições:Colibri, 2013, 31-46p.
- LINTON, J. The human right to what? Water, rights, humans, and the relation things. IN: SULTANA, F.; LOFTUS, A. (Editors). *The Right to water: politics, governance and social struggles*. New York: Earthscan. 2012; 45-60p.
- LOPES, M.G.K.; KOCH FILHO, H.R.; FERREIRA, I.R.C.; BUENO, R.E.; MOYSÉS, S.T. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Jun;7(2):166-172.
- MANN, J. Health and human rights: Protecting human rights is essential for promoting health. *BMJ*, 1996 (312):924-925

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Editora: ATLAS, 2008;255p.

MARQUES, E. *Redes Sociais, segregação e pobreza em São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP. 2010; 216p.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa e saúde*. Ed.Hucitec, São Paulo,SP,2014

MONTEIRO, S. R.P. O marco conceitual da vulnerabilidade. *Sociedade em Debate*. 2011; 17(2):29-40

NAUGES, C.; STRAND, J. *Water hauling and girls' school attendance: Some new evidence from Ghana*. Policy research working paper No. 6443. Washington: The World Bank. 2011.

NETO, D. V. V.; LEANDRO, A. G. L.; ARRUDA, P. H. M. F. *Fundamentação em Direitos Humanos e Cidadania V.02*. Belo Horizonte: Marginalia Comunicação, 2016. 94p.

OHCHR. Office of the High Commissioner for Human Rights. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf). Acesso em 10 de set 2016

OHCHR. Office of the High Commissioner for Human Rights. *General Comment No. 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12 of the Covenant)*. Geneva: OHCHR, 2010a.

OHCHR. Office of the High Commissioner for Human Rights. *The Right to Water. Factsheet No. 35*. Geneva:OHCHR. 2010b.

PBH. Prefeitura de Belo Horizonte. *Terceiro censo da População em Situação de Rua e Migrantes*. 2014. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=154144&pIdPlc=&app=salanoticias>. Acesso em 01 set 2016.

PICKERING, A.; DAVIS, J. Freshwater availability and water fetching distance affect child health in sub-Saharan Africa. *Environmental Science and Technology*. 2012 (46):2391-2397

PIOVESAN, F. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. *Sur. Rev. int. direitos human.*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 20-47, 2004.

SABINE, S. Homelessness: a proposal for a global definition and classification. *Habitat International*. 2000; 24: 475-484

SANCHEZ, A.I.M.;BERTOLOZZI,M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007, 12(2):319-324.

SANTOS, B. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 1997; 46:11-22.

SANTOS,B. Desigualdad, Exclusión y Globalización: hacia la construcción multicultural de la igualdad y la diferencia. *Revista de Interculturalidad*. 2004,(1):9-44.

SHAHEED, A.; ORGILL, J.; MONTGOMERY, M.A.; JEULAND, M.A.; BROWN, J. Why “improved” water sources are not always safe. *Bulletin of the World Health Organization* 2014;92:283-289.

SORENSEN, S.B.; MORSSINK, C.; CAMPOS, P.A. Safe access to safe water in low income countries: Water fetching in current times. *Social Science & Medicine*. 2011, (72): 1522 – 1526

SPRINGER, S. *Homelessness: a proposal for a global definition*. Habitat International. 2000; 24(4), 475–484.

SULTANA, F.; LOFTUS, A. The right to water. Prospects and possibilities. IN: SULTANA, F; LOFTUS, A (ed) *The right to water politics, governance and social struggles*. New York: Earthscan. 2012; 1:18.

SCHRECKER, T; CHAPMAN, A.R.; LABONTE, R.V. Advancing health equity in the global marketplace: How human rights can help. *Social Science & Medicine* . 2010; (71) :1520-1526

SWYNGEDOUW, E. Dispossessing H<sub>2</sub>O: the contested terrain of water privatization. *Capitalism, Nature, Socialism*. 2005; 16(1):81-98

The Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights-Based Approach to Water in Informal Settlements: A Guide for Practitioners*. Geneva, 2015.

TIPPLE, G; SPEAK, S. *Definitions of homelessness in developing countries*. Habitat International. 2005; 29, 337–352

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19(3): 777-796.

UDDIN, S.M.N.; WALTERS, V.; GAILLARD, J.C.; HRIDI, S.M.; McSHERRY, A. Water, sanitation and hygiene for homeless people. *Journal of Water and Health*. 2016; 14(1):47-51.

UN. United Nations. *Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context*. United Nations: Geneva, 2015.

UN. United Nations. *Report of the Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation on gender equality on the realization of the human right to water and sanitation*. United Nations: Geneva, 2016

UN. United Nations. *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* . Geneva: United Nations. 2015

UN. United Nations. *Human right to safe drinking water and sanitation*. Geneva: United Nations. 2015

UN. United Nations. *Resolution adopted by the General Assembly: United Nations Millennium Declaration*. Geneva: United Nations. 2000.

UN. United Nations. *Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment 14: The right to the highest attainable standard of health: E/C.23/200/4*. Geneva: United Nations. 2000

- UNDP. United Nations Development Programme. *Human Development Report 2006. Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis*. Geneva: UNDP. 2006.
- UNGA. United Nations General Assembly. *Human Right to Water and Sanitation*. UN Document A/RES/64/292. Geneva:UNGA, 2010
- UNGG. United Nations Development Group. *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Geneva:UNDG, 1997
- UNHRC. United Nations Human Rights Council *Vienna Declaration and Programme of Action*. Vienna. 1993
- WALTERS, V. Urban homelessness and the right to water and sanitation:experiences from India's cities. *Water Policy*. 2014; 16 : 755-772
- WARNER.K.Perspectives on Social Vulnerability:Introduction. *Studies of the University:Research, Counsel, Education*. 2007 (6):14-22
- WISNER,B. Marginality and vulnerability. *Applied Geography*. 1998, 18(1):25-33.
- WHO. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (final report)*. Geneva:World Health Organization. 2008.
- WHO. World Health Organization. *Diarrhoeal Disease.FactSheet No 333*. Geneve:WHO, 2013
- WHO. World Health Organization. *Domestic Water Quantity, Service Level and Health*. Geneva: WHO. 2003
- WHO. World health Organization. *UN-water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2014 report: investing in water and sanitation: increasing access, reducing inequalities*. Geneva:WHO. 2014.
- WHO/UNICEF *Joint monitoring program for water supply and sanitation. Progress on drinking water and sanitation*. Update 2015. Geneva: WHO,2015
- WHO/UNICEF *Joint monitoring program for water supply and sanitation. Progress on drinking water and sanitation. Update 2012* . Geneva: WHO,2012
- WINKLER, I.; ROAF, V. *The human rights framework for water services*. IN: JAMIE B. (eds) *Routledge Handbook of water and health*. London: Reutledge, 2015
- WWAP. United Nations World Water Assessment Programme. *World Water Development Report 2015: Water for a Sustainable World*. Paris, UNESCO. 2015.

## APÊNDICES

### Apêndice I - Roteiro de Entrevistas

**Roteiro de entrevista**

**Data:**

**Nome:** \_\_\_\_\_  
**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**Ocupação:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridade:** \_\_\_\_\_  
**Estado Familiar:** \_\_\_\_\_

#### **Questões gerais:**

Há quanto tempo você mora na rua?  
 Você mora sozinho(a)?  
 Você já morou em muitos locais da cidade?  
 Como você escolhe o lugar onde vai morar?

#### **Questões sobre acesso à água:**

Como e onde você consegue água para beber, tomar banho?  
 Você tem que pagar pelo uso da água? Quanto?  
 Você acha que essa água é limpa? Ela tem cheiro? Cor?  
 Você que pega a água que você vai usar?  
 Você tem que se deslocar muito para buscar água?  
 Quantas vezes por dia você busca água?  
 Você sente medo indo buscar a água?  
 Você saberia dizer se as crianças, idosos ou pessoas com deficiência tem mais dificuldade em pegar a água? Quem busca para elas?  
 Você lava suas roupas e utensílios? Onde?  
 Você toma banho onde? Quantas vezes por semana?  
 Você tem que pagar para usar a água?  
 Você tem ideia da quantidade de água que usa por dia?  
 Você acha que a quantidade de água que usa diariamente é suficiente para beber, fazer sua higiene pessoal e dos seus pertences?  
 Você acha que o acesso à água que você tem hoje afeta sua saúde de alguma maneira? Como?  
 Você acha que o acesso à água poderia melhorar? Como?

#### **Questões sobre acesso ao esgotamento sanitário:**

Como você faz para urinar e defecar?  
 Você consegue urinar e defecar sempre que tem vontade ou espera alguma hora determinada do dia?  
 Você consegue ter privacidade?  
 Você sente medo ao se deslocar para urinar ou defecar?  
 Como você se sente com esta situação?  
 Existem casos de violência contra mulheres quando elas saem para urinar e defecar?  
 Você saberia dizer se as crianças, idosos ou pessoas com deficiência tem mais dificuldade para conseguirem urinar e defecar?  
 Você acha que o acesso ao banheiro que você tem hoje afeta sua saúde de alguma maneira? Como?  
 Você acha que o acesso ao banheiro poderia melhorar? Como?

**Questões que abarcam os princípios dos Direitos Humanos:**

Você acha que tem acesso adequado à água?

Você sabia que o acesso à água e ao esgotamento sanitário é um direito?

Você participa ou já participou de alguma discussão sobre o uso da água e ao esgotamento sanitário?

Você participa ou já participou de ações de supervisão e/ controle das ações e decisões do governo ou outros atores(instituições) com relação ao acesso à água e ao esgotamento sanitário?

Você sabe o que o governo e outros atores(instituições) tem feito com relação ao acesso à água e ao esgotamento sanitário?

**Apêndice II - Característica dos Entrevistados – Entrevista Individual**

PSR	Sexo	Idade	Tempo Rua	Motivo	Escolaridade	Renda
1	Homem	47	4 meses	Veio do interior, não tem casa na cidade.	Fundamental incompleto	Catador
2	Homem	55	45 anos	Família. Pai violento	Não tem	Não tem
3	Mulher	35	3 anos	Família. Pais violentos	Fundamental incompleto	Não tem
4	Mulher	20	9 meses	Família. Quer liberdade	Não disse	Não tem
5	Homem	43	26 anos	Desemprego	Fundamental incompleto	Não tem
6	Mulher	50	25 anos	Família. Briga com a mãe	Fundamental incompleto	Não tem. Já vendeu mosaico que ela fazia.
7	Homem	28	20 anos	Família. Pai violento	Não tem	Não tem
8	Homem	49	Não disse	Não disse	Fundamental incompleto	“Bicos”
9	Mulher	44	20 anos	Mãe arrumou um namorado e a colocou pra fora de casa	Fundamental incompleto	Não tem
10	Mulher	45	17 anos	Companheiro colocou pra fora de casa	Fundamental incompleto	Catadora
11	Homem	43	“sempre”	Mãe ficava fora de casa o dia todo e pai abandonou a família. Não tinha com quem ficar e ficava na rua desde criança.	Fundamental incompleto	Não tem
12	Homem	43	9 anos	Desemprego	Fundamental incompleto	Não tem

### Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Direitos humanos e vulnerabilidade social: percepção sobre o acesso à água e ao esgotamento sanitário de população de rua e trabalhadores do MST”**, desenvolvida por Priscila Neves Silva, discente de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Leo Heller

O objetivo central do estudo é: Analisar, na perspectiva dos direitos humanos, as condições de acesso à água e esgotamento sanitário da população de rua e dos trabalhadores do MST. O convite a sua participação se deve ao fato de você pertencer ao grupo populacional que queremos pesquisar.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista terá que ser gravada, no entanto, ela somente será gravada se houver autorização do(a) entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ajudar na definição de políticas públicas que ampliem o acesso à água e esgotamento sanitário das populações entrevistadas.

O principal risco de participação nesta pesquisa é de um possível constrangimento durante a entrevista.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como o pesquisador responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou - CPqRR: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - Cep: 30190-002. TeleFax: (31) 3349 7825

---

Priscila Neves Silva

Centro de Pesquisa René Rachou  
Avenida Augusto de Lima, 1715, sl. 206  
Barro Preto, Belo Horizonte/MG  
CEP: 30.190-002  
Tel: (31)3349 7882  
e-mail: priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e Data: \_\_\_\_\_

---

Nome do participante

## ANEXO

## Anexo I - Parecer do Comitê de Ética

CENTRO DE PESQUISAS  
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO  
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Direitos humanos e vulnerabilidade social: percepção da população de rua e dos trabalhadores do MST sobre o acesso à água e ao esgotamento sanitário

**Pesquisador:** Priscila Neves Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49209515.0.0000.5091

**Instituição Proponente:** Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.317.762

**Apresentação do Projeto:**

O projeto visa obter informações sobre a percepção dos moradores de rua e trabalhadores do MST, sobre a situação deles frente ao acesso à água e esgotamento sanitário dentro da perspectivas dos Direitos Humanos.

**Objetivo da Pesquisa:**

O acesso à água e ao esgotamento sanitário é um direito constitucional dos cidadãos, sendo elemento fundamental para assegurar as necessidades básicas dos seres humanos. Os moradores de rua e trabalhadores do MST evidentemente são parcelas da população com carência destes benefícios sanitários.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

o projeto não apresenta nenhum risco para os participantes que serão submetidos a uma entrevista. Os benefícios que serão obtidos com os resultados das análises poderão apontar medidas para minimizar ou resolver as dificuldades de acesso à água e ao adequado destino dos dejetos nestas populações vulneráveis.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É uma pesquisa original e relevante. Está muito bem elaborada do ponto de vista da fundamentação científica e metodologia.

**Endereço:** Avenida Augusto de Lima, 1715

**Bairro:** Barro Preto

**CEP:** 30.190-002

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3349-7825

**Fax:** (31)3349-7825

**E-mail:** cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS  
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO  
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.317.762

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as normas estabelecidas.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações, pois a pesquisadora apresentou o documento oficial do Movimento dos Sem Terra.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após submissão e análise criteriosa do protocolo em questão, constamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR/FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições à ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios semestrais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_569776.pdf	10/11/2015 17:06:56		Aceito
Outros	carta_aceite.pdf	02/10/2015 11:51:52	Priscila Neves Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocolodePesquisafinal.doc	14/09/2015 16:50:31	Priscila Neves Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	14/09/2015 14:18:30	Priscila Neves Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.docx	14/09/2015 12:37:36	Priscila Neves Silva	Aceito
Outros	carta_convite_2_MST.pdf	14/09/2015 12:33:20	Priscila Neves Silva	Aceito
Outros	carta_convite_MST.pdf	14/09/2015 12:32:41	Priscila Neves Silva	Aceito

**Endereço:** Avenida Augusto de Lima, 1715

**Bairro:** Barro Preto

**CEP:** 30.190-002

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3349-7825

**Fax:** (31)3349-7825

**E-mail:** cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

CENTRO DE PESQUISAS  
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO  
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



Continuação do Parecer: 1.317.762

Outros	roteiro_entrevistas.docx	14/09/2015 12:31:29	Priscila Neves Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_final.docx	14/09/2015 12:30:06	Priscila Neves Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 11 de Novembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Naftale Katz**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Augusto de Lima, 1715

**Bairro:** Barro Preto

**CEP:** 30.190-002

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3349-7825

**Fax:** (31)3349-7825

**E-mail:** cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br