

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THIAGO GOMES GONTIJO

**FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Belo Horizonte

2022

Thiago Gomes Gontijo

**FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Coorientadora: Profa. Dra. Giselle Lima de Freitas

Belo Horizonte

2022

G641f Gontijo, Thiago Gomes.
Fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua [manuscrito]. / Thiago Gomes Gontijo. - - Belo Horizonte: 2022. 137f.
Orientador (a): Francisco Carlos Félix Lana.
Coorientador (a): Giselle Lima de Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Sobremedicalização. 3. Serviços de Saúde. 4. Condições Sociais. 5. Dissertação Acadêmica. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Freitas, Giselle Lima de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 300



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 703 (SETECENTOS E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO THIAGO GOMES GONTIJO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aos 14 (quatorze) dias do mês de julho de dois mil vinte e dois, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA*", do aluno **Thiago Games Gontijo**, candidato ao título de "Mestre em Enfermagem", linha de pesquisa "Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações", orientador Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Giselle Lima de Freitas (coorientadora), Paula Hino e André Luiz Freitas Dias, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

☒) APROVADA;

☐) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de julho de 2022.

Profª. Drª. Giselle Lima de Freitas
(Coorientadora e Presidente)

Profª. Drª. Paula Hino
(UNIFESP)

Prof. Dr. André Luiz Freitas Dias
(FAFICH/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
(Secretária do Colegiado de Pós-Graduação)

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado do Senhor **THIAGO GOMES GONTIJO**.

As modificações foram as seguintes:

Profª. Drª. Giselle Lima de Freitas
Profª. Drª. Paula Hino
Prof. Dr. André Luiz Freitas Dias

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 19.07.2022



Documento assinado eletronicamente por **Giselle Lima de Freitas, Professora do Magistério Superior**, em 14/07/2022, às 19:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luiz Freitas Dias, Professor do Magistério Superior**, em 15/07/2022, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Paula Hino, Usuária Externa**, em 18/07/2022, às 11:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 18/07/2022, às 13:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1605570 e o código CRC 6DC2C11A.

HOMOLOGADO em reunião de CRC
Em 19.07.2022

DEDICATÓRIA

*Dedico às **peessoas em situação de rua** que me acolheram e compartilharam suas trajetórias de vida.*

*À minha filha, **Maria**, e esposa **Bruna**, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos difíceis e me fortaleceram com muito amor, carinho, dedicação e paciência a trilhar esse caminho.*

*À minha **família**, companheira na estrada desta vida.*

AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a **Deus** por iluminar o meu caminho e por me fortalecer sempre.*

*À minha esposa, **Bruna**, por todo amor, cumplicidade, apoio, paciência e incentivo concedido ao longo desta caminhada. À minha filha, **Maria**, que fez o mundo ficar melhor desde a sua chegada.*

*À **minha família**, pelo amor e carinho sempre.*

*Ao meu orientador **Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana** por sua orientação, paciência, comprometimento e amizade.*

*Um agradecimento especial à minha coorientadora **Profa. Dra. Giselle Lima de Freitas**, pela dedicação, paciência, amizade, condução firme no desenvolvimento deste trabalho e pela disponibilidade e prestimosa ajuda em muitos momentos desta pesquisa.*

*Aos colegas do projeto de extensão **Saúde na Rua**, da Escola de Enfermagem/UFMG, que participaram ativamente da realização desta pesquisa, principalmente no trabalho de campo.*

*À amiga **Luana Leite**, parceira inestimável durante todo o percurso do Mestrado.*

*Aos meus **amigos** de todas as horas pelas ausências e pelo frequente “não posso”.*

*Aos **professores do curso de Mestrado**, pela oportunidade concedida de aprendizado em pesquisa e atenção dispensada ao longo do curso.*

*Aos **colegas de trabalho**, do Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte e Centro Universitário Newton Paiva, por sempre me motivarem.*

*Aos **professores** que compuseram a banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições.*

*Às **pessoas em situação de rua** participantes deste estudo, dividindo seus conhecimentos e suas histórias, aceitando fazer parte da construção desta pesquisa, e que me ensinaram outro modo de ver a vida.*

GONTIJO, T. G. **Fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua.** 2022. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

RESUMO

Introdução: Evidências crescentes sugerem que a utilização de serviços de saúde explicita desigualdades importantes, como são as desigualdades em saúde, que se apresentam como tema central de discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações. O crescimento do número de pessoas vivendo em situação de rua, devido à crise política, econômica e social que afeta o país, somado ao advento da pandemia de COVID 19, em 2020, trazem consigo vivências de violência e marginalização que podem aumentar as dificuldades de acesso e utilização aos serviços básicos, como saúde, assistência social, moradia, educação e lazer. **Objetivo:** Analisar a associação de fatores sociodemográficos, econômicos e condições de vida à utilização de serviços de saúde pela população em situação de rua em Belo Horizonte/Minas Gerais (MG). **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa. Coletaram-se os dados de uma amostra de 390 pessoas em situação de rua com 18 anos ou mais de idade que fazem da regional Centro-Sul de Belo Horizonte o seu espaço de vida, por meio de questionário sobre características sociodemográficas, condições de vida e utilização dos serviços de saúde. A análise dos dados foi feita utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, razão de prevalência com Intervalo de Confiança de 95%. A regressão de Poisson foi realizada para verificar as associações à utilização dos serviços de saúde. **Resultados:** Constatou-se que a maioria das pessoas em situação de rua são do sexo masculino, faixa etária entre 18-84 anos, pardos e desempregados. Dentre as razões para estar na rua, a principal citada foi a condição financeira e 74,9% autoavaliaram o seu estado de saúde como bom. Sessenta por cento dos entrevistados relataram ter procurado algum serviço de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista. Desses, 94,3% se consideraram atendidos. 57,5% afirmaram procura de atendimento na Atenção Primária à Saúde, principalmente os que possuíam alguma doença/comorbidade (RP = 1,30; IC95%: 1,07 - 1,56), que utilizam o albergue para a pernoite (RP = 1,62; IC95%: 1,20 - 2,20) e os indivíduos que relataram fazer uso de medicamentos (RP = 1,22; IC95%: 1,01 - 1,47). Utilizando a regressão de Poisson, foi possível identificar associação significativa entre motivo que levou ir à rua, participação em movimento social, autoavaliação do estado de saúde, uso de crack e medicamentos à utilização dos serviços de saúde. **Conclusões:** Tais evidências contribuirão para melhor compreensão da complexa relação entre os fatores sociodemográficos e de condições de vida com a utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua, de modo que o reconhecimento destes fatores é imprescindível para ampliação do acesso e utilização dos serviços de saúde e a efetivação de políticas públicas emancipatórias.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Utilização de serviços de saúde. Serviços de Saúde. Condições de Vida.

GONTIJO, T. G. **Factors associated with the use of health services by the homeless population.** 2022. 137 f. Dissertation (Master Degree in Health and Nursing) Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Growing evidence suggests that the use of health services reveals important inequalities, such as health inequalities, which are a central theme of discussions involving public policies in different nations. The growth in the number of people living on the streets, due to the political, economic and social crisis that affects the country, added to the advent of the COVID 19 pandemic, in 2020, brings with it experiences of violence and marginalization that can increase the difficulties of access and use of basic services, such as health, social assistance, housing, education and leisure. **Objective:** To analyze the association of sociodemographic, economic and living conditions with the use of health services by the homeless population in Belo Horizonte/Minas Gerais (MG). **Methods:** This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach. Data were collected from a sample of 390 homeless people aged 18 years or over who make the Center-South region of Belo Horizonte their living space, through a questionnaire on sociodemographic characteristics, living conditions and use of health services. Data analysis was performed using Pearson's chi-square test, prevalence ratio with a 95% confidence interval. Poisson regression was performed to verify associations with the use of health services. **Results:** It was found that most people living on the streets are male, aged between 18-84 years, brown, unemployed, among the reasons for being on the street, the main one cited was due to financial conditions and 74.9% self-rated their health status as good. 60% of respondents reported having sought some health service in the last 30 days prior to the interview, of these, 94.3% considered they had been attended. 57.5% said they sought care in Primary Health Care, especially those with some disease/comorbidities (PR = 1.30; 95%CI: 1.07 - 1.56), who use the hostel for overnight stays (PR = 1.62; 95%CI: 1.20 - 2.20) and individuals who reported using medication (PR = 1.22; 95%CI: 1.01 - 1.47). Using Poisson regression, it was possible to identify significant associations between the reason for going to the street, participation in a social movement, self-assessment of health status, use of crack and medication with the use of health services. **Conclusions:** Such evidence has contributed to improving the understanding of the complex relationship between sociodemographic factors and living conditions with the use of health services by the homeless population, so that the recognition of these factors is essential for expanding access and use of health services. health services and the implementation of emancipatory public policies.

Keywords: Homeless Population. Use of health services. Health services. Life conditions

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis sociodemográficas	45
Tabela 2 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis de trajetória de rua	47
Tabela 3 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis sobre estado de saúde, uso de álcool, drogas e tabaco	49
Tabela 4 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis sobre utilização dos serviços de saúde.....	50
Tabela 5 - Frequência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores sociodemográficos em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa	52
Tabela 6 - Frequência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores de trajetória de rua em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa	53
Tabela 7 - Frequência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores sobre condições de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa	55
Tabela 8 - Modelo final de regressão de Poisson para utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASMARE	Associação dos Catadores de Papelão e Material Reaproveitável
BA	Bahia
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CENTRO	Centro de Referência Especializado para População em Situação
POP	de Rua
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CnaR	Consultório na Rua
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CRR	Centro Regional de Referência em Drogas
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DP	Desvio-Padrão
EE-UFG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fipe/USP	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo
GGTEP	Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente
IC	Intervalo de Confiança
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MG	Minas Gerais
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais

ONU	Organização das Nações Unidas
PE	Pernambuco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PR	Paraná
PSR	População em Situação de Rua
RP	Razão de Prevalência
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SMAAS	Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social
SMASAC	Secretaria de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania

APRESENTAÇÃO

Ao longo da minha trajetória profissional como enfermeiro, inicialmente, no âmbito hospitalar e, posteriormente, na atenção primária à saúde, na qual hoje me debruço em estudar seus atributos, organizações e práticas do enfermeiro, sempre me interessou o cuidado às pessoas em situação de vulnerabilidade. Posteriormente, como professor na graduação, por meio de projetos de extensão destinados às pessoas em situação de rua, a inquietação pela equidade e utilização de serviços de saúde por esse grupo social tornou-se uma reflexão constante. No ano de 2019, tive a iniciativa de fundar a “Liga Acadêmica de Saúde Pública” em uma instituição de ensino superior, que tinha como objetivo aproximar os alunos de graduação de ações educacionais e sociais com populações em situação de vulnerabilidade. Isso me fez aproximar ainda mais da população em situação de rua. Em 2020, após ingresso no mestrado, integrei o projeto de extensão “Aperfeiçoamento da assistência e da educação em saúde para a população em situação de rua”, vinculado ao Departamento de Enfermagem Materno infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenado por minha coorientadora de mestrado Profa. Dra. Giselle Lima de Freitas. Neste projeto, as inquietações aumentaram ainda mais e me aproximei de uma forma mais constante a esse grupo social. Os desafios apresentados no atendimento a grupos específicos, nesse caso, pessoas que vivem em situação de rua, nos estimulam a aprofundar o conhecimento sobre essa população, bem como criar diariamente estratégias de cuidado para esse grupo que carrega a marca do preconceito e da violação de direitos. A dissertação que será apresentada ainda me instiga inquietações sobre a realidade da inaceitável desigualdade social existente que corrobora para as iniquidades em saúde, e será um ponto de partida para uma trajetória acadêmica na qual me comprometo em utilizar da academia para conhecer a realidade deste grupo social e possibilitar conhecimento que seja capaz de auxiliar na visibilização destes e propiciar dados para planejamento de políticas emancipatórias para a população em situação de rua.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 População em situação de rua.....	19
3.2 Utilização de serviços de saúde	27
4 MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1 Tipo de estudo.....	36
4.2 Cenário do estudo	36
4.3 População e amostra	37
4.4 Instrumento e coleta de dados.....	38
4.5 Variáveis do estudo	39
4.5.1 Variável dependente	39
4.5.2 Variáveis independentes	40
4.5.3 Análise dos dados	41
4.6 Aspectos éticos	42
4.6 Financiamento.....	42
5 RESULTADOS.....	44
5.1 Dados sociodemográficos da população estudada.....	44
5.2 Dados sobre trajetória de rua.....	45
5.3 Dados sobre estado de saúde, uso de álcool, drogas e tabaco	46
5.4 Dados sobre utilização de serviços de saúde	48
5.5 Dados sobre a não utilização dos serviços de saúde.....	51
5.6 Análise bivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde.....	51
5.7 Análise multivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde.....	55
6 DISCUSSÃO	57
6.1 Características sociodemográficas	57
6.2 Dados sobre trajetória de rua.....	62
6.3 Dados sobre estado de saúde, uso de álcool, drogas e tabaco	68

6.4 Dados sobre a utilização de serviços de saúde	74
6.5 Fatores associados à utilização de serviços de saúde.....	83
6.6 Dados sobre a não utilização de serviços de saúde	91
6.7 Limitações e potencialidades do estudo	93
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PSR.....	115
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	125
ANEXO A - PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG	127
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE.	130
ANEXO C – PARECER/APROVAÇÃO CEP DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	131

1 INTRODUÇÃO

Para introduzir o objeto de estudo proposto para a presente pesquisa – a atenção à saúde da população em situação de rua (PSR) de uma capital brasileira, faz-se necessário demarcá-lo conceitualmente, bem como apresentar os aspectos históricos do quadro situacional da população em situação de rua e as políticas de atenção no Brasil e em Belo Horizonte, Minas Gerais.

A presença de pessoas que fazem das ruas das metrópoles contemporâneas sua moradia e sustento é uma realidade incontestável (LIRA *et al.*, 2019). Embora a existência de pessoas em situação de rua tenha uma extensa e distinta história em quase todo mundo, seu marco fundamental está no início do capitalismo e, mesmo que existam variadas determinações relacionadas a esse fenômeno, a sua exacerbação estaria relacionada à reestruturação do modo de produção capitalista a partir de 1970 (BORYSOW; FURTADO, 2014). O fortalecimento da globalização e as mudanças nos processos produtivos concretizaram o desemprego estrutural, a precarização do mercado de trabalho e a perda de direitos sociais (SICARI; ZANELLA, 2018).

No Brasil, a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPRS), instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, define PSR como um grupo heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, que possuem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a ausência de uma habitação convencional regular, tendo a rua como espaço de moradia e sustento.

No ano de 2008, no Brasil, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou a Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. A pesquisa teve como cenário 71 municípios brasileiros e identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo nas ruas, o que norteou a implantação das primeiras políticas públicas nacionais voltadas para essa população (BRASIL, 2008). Atualmente, o fenômeno do aumento da PSR é uma realidade cada vez mais presente no país, principalmente nas grandes metrópoles da região sudeste, que abriga as cidades de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, com um percentual de 48,9% da PSR no país (MANCHINI, 2018; NATALINO, 2016).

Em fevereiro de 2020, a estimativa era de 146 mil pessoas declaradas nessa situação (NATALINO, 2020). Em junho de 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou a nota técnica “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)”, a qual estimou que a população em situação de rua somaria pouco mais de 220 mil pessoas, sendo 83% em municípios de grande porte (mais de 100 mil habitantes). Observou-se um aumento expressivo (140%) da população em situação de rua ao longo do período analisado (setembro de 2012 a março de 2020) (NATALINO, 2020).

Já no Relatório Técnico-Científico elaborado pelo Programa Transdisciplinar Polos de Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com base no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), foram identificadas 160.097 pessoas em situação de rua cadastradas em sua base de dados, em março de 2021 (DIAS *et al.*, 2021).

No último censo da PSR e do migrante de Belo Horizonte, em 2013, foram identificadas 1.827 pessoas em situação de rua no município, concentradas, em sua maioria nos limites da regional Centro-Sul (44,8%), o que corrobora informações dos censos anteriores de 1998 e 2005 (BELO HORIZONTE, 2014). A estimativa atual da prefeitura de Belo Horizonte é de, aproximadamente, 4.667 pessoas em situação de rua, conforme dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal dos últimos 12 meses (BELO HORIZONTE, 2020a).

Entretanto, no Relatório Técnico-Científico elaborado pelo Programa Transdisciplinar Polos de Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), os autores pontuam que um dado que chama a atenção na capital de Minas Gerais é que somente 64% das pessoas em situação de rua possuem cadastros atualizados nos últimos 24 meses e 20,82% nos últimos 12 meses, justamente em um período de agravamento das condições sanitárias e humanitárias, vivenciado com a pandemia da COVID-19 (DIAS *et al.*, 2021).

Em outro relatório, ainda mais recente, publicado em setembro de 2021, também elaborado pelo Programa Transdisciplinar Polos de Cidadania da UFMG, os dados da prefeitura são contestados em relação ao quantitativo divulgado, sendo que, conforme os registros do Portal Brasileiro de Dados Abertos, a população desabrigada na capital belo-horizontina decresce desde abril de 2021, quando foi observado um pico de 8.901 pessoas em situação de rua. Em junho de 2021, havia, aproximadamente, 8.374 pessoas em situação de rua no município, com cadastros

atualizados e não atualizados com base na série histórica sobre população de rua publicada pelo Município de Belo Horizonte e presentes no Portal Brasileiro de Dados Abertos (DIAS *et al.*, 2021). Esses autores reforçam que é um dever ético e administrativo da Prefeitura de Belo Horizonte procurar pelas pessoas que não atualizaram os seus cadastros e oferecer a devida atenção e cuidados necessários para a garantia de seus direitos fundamentais (DIAS *et al.*, 2021).

Na Constituição de 1988, definiu-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos, com ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). O Sistema único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição, é o responsável pela formulação, execução e avaliação dessas políticas e tem como princípios doutrinários a universalidade do acesso, a integralidade da atenção à saúde e a equidade (PAIM, 2018).

O conceito de equidade em saúde começou a ser debatido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986 e foi definido na Carta de Ottawa, documento resultante da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS, 1986). Segundo Albrecht, Rosa e Bordin (2017), percebe-se que a equidade é entendida na maioria dos estudos como um fator essencial para a justiça social, considerando o contexto de desigualdades sociais no qual o SUS se encontra inserido.

O conceito de equidade em saúde tem sido compreendido na perspectiva de aceitação da diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017). Nesse sentido, uma ação guiada pela equidade deve considerar as diferentes necessidades dos sujeitos, podendo ser entendida a fim de proporcionar a cada um, conforme suas necessidades (BARROS; SOUSA, 2016).

Considera-se, desde então, que as desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e medidas práticas fundamentadas na equidade e na responsabilidade social (BARROS; SOUSA, 2016). A busca de equidade nas condições de vida e saúde, no acesso e utilização dos serviços, com garantia da atenção integral e resolutive, devem fazer parte da agenda dos governos (BARROS; SOUSA, 2016).

Uma das expressões dos princípios doutrinários do SUS encontra-se na utilização dos serviços de saúde, ao se considerar que essa compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS,

2004). Alguns fatores podem determinar a utilização dos serviços de saúde, como as necessidades de saúde do usuário, sua percepção sobre eles, além da disponibilidade de oferta desses serviços (SILVA; GALVAO, 2017). Diversas condições associam-se a essa oferta, de maneira que a acessibilidade geográfica e os fatores socioculturais e econômicos, por exemplo, têm papel fundamental na demanda direcionada aos serviços de saúde (STOPA *et al.*, 2017).

A utilização pode ser explicada pelos fatores relacionados aos serviços de saúde, individuais e ambientais que esses indivíduos vivenciam (REIS *et al.*, 2010) e, em particular, pelo perfil de necessidades dos indivíduos e seu comportamento no processo de saúde e doença (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). A necessidade ou o estado de saúde é o fator mais proximal capaz de moldar a utilização (REIS *et al.*, 2010). Entre as características individuais que determinam o estado de saúde, estão idade, gênero, raça/cor, condições socioeconômicas, nível educacional e local de moradia (ERRICO, 2011; REIS *et al.*, 2010).

Em estudo realizado em São Paulo, foi identificado que a pessoa em situação de rua, por vezes, não consegue se perceber como sujeito de direitos e em sua maioria ainda enfrenta discriminação, o que faz com que procurem os serviços de saúde apenas em situações emergenciais. Além disso, os serviços nem sempre se encontram preparados para o acolhimento a essa população, não compreendendo suas necessidades de cuidado (PRADO *et al.*, 2021).

As condições e os modos de vida da população que vivencia situação de rua determinam seu processo de saúde-doença, o acesso e a utilização dos serviços de saúde e de cuidado de forma diferenciada devido às diversas vulnerabilidades as quais esse grupo encontra-se suscetível (SICARI; ZANELLA, 2018). A literatura aponta a dificuldade da efetiva aproximação e inserção dos serviços de saúde no cuidado à PSR, como verificado em revisão integrativa (HINO; SANTOS; ROSA, 2018; OMEROV *et al.*, 2020).

Dentre as dificuldades enfrentadas pelo público, destacam-se as situações de preconceito e discriminação, dificuldade de locomoção, falta de perspectiva com o futuro, que implica no cuidado à saúde, pouca sensibilidade e preparo dos profissionais ao lidarem com pessoas que apresentam situações de vida tão complexas e que demandam uma forma de cuidar singular, assim como a necessidade de uma melhor articulação entre os diversos setores do estado e da sociedade (HINO; SANTOS; ROSA, 2018; PRADO *et al.*, 2021).

As barreiras existentes durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde geram, em todo mundo, oportunidades diferenciadas para a obtenção do cuidado entre os grupos sociais, caracterizando um quadro de injustiça social (PEDRAZA *et al.*, 2018). Assim, a utilização de serviços de saúde explicita desigualdades importantes, como são as desigualdades em saúde, que se apresentam como tema central de discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações (BARROS; SOUSA, 2016).

A PSR é um grupo historicamente excluído e marginalizado no acesso a bens e serviços, como emprego, educação, moradia, transporte, lazer e saúde (LIRA *et al.*, 2019). O crescimento do número de pessoas vivendo em situação de rua, devido à crise política, econômica e social que afeta o país, somado ao advento da pandemia de COVID 19, em 2020, pode favorecer vivências de violência e marginalização que podem aumentar as dificuldades de acesso a serviços básicos, como saúde, assistência social, moradia, educação e lazer (LIRA *et al.*, 2019).

Ainda que sejam identificados os fatores associados a utilização de serviços de saúde por públicos diversos e que existam estudos, predominantemente qualitativos, que buscam compreender facilidades e dificuldades para a utilização destes serviços pela PSR, reconhece-se uma lacuna no conhecimento acerca de estudos que analisam os fatores associados à utilização de serviços pela população em situação de rua. Considerando que os fatores sociodemográficos, econômicos e de vida influenciam o processo saúde-doença, acredita-se que o agravamento dessas condições pelo fato do indivíduo viver na rua pode influenciar negativamente esse processo. Assim, foi formulada a seguinte pergunta: **Qual a relação das condições sociodemográficas, econômicas e de vida na rua com a utilização de serviços de saúde pela população em situação de rua?** A hipótese do estudo é de que quanto mais desfavoráveis as condições sociodemográficas, econômicas e de vida na rua, menor será a utilização de serviços de saúde pela população em situação de rua.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a associação de fatores sociodemográficos, econômicos e condições de vida à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua em Belo Horizonte/Minas Gerais (MG).

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as condições de vida e saúde da população em situação de rua;
- Relacionar características sociodemográficas, trajetória de rua, estado de saúde, violência, uso de álcool e drogas com a utilização de serviços de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 População em situação de rua

No Brasil, atualmente, o conceito utilizado para denominação deste grupo está descrito na Política Nacional para População em Situação de Rua. De acordo com tal política:

A população em situação de rua (PSR) se caracteriza por ser um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelidas a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por caráter temporário ou de forma permanente. (BRASIL, 2009, art. 1º, parágrafo único).

Em relação à denominação “população em situação de rua”, as classificações são heterogêneas, sobretudo se comparadas às diferentes realidades internacionais. No Brasil, o termo parece estar relacionado à compreensão da identificação do sujeito em função da situação de rua e nos países com a classificação em relação à ausência de moradia, nos países anglo-saxônicos, geralmente é utilizado “*homeless*” (sem teto) (REIS JUNIOR, 2011).

As definições de *homeless*, sem-abrigo, sem-teto ou população em situação de rua, são heterogêneas e complexas, assim como o seu modo de viver, e podem variar entre os países. O termo “*homeless*”, em inglês, nem sempre encontra equivalência em outros idiomas. “*Homeless*” sugere tanto a falta de habitação física quanto a perda do sentido de pertencimento no meio social. Em outros idiomas, a expressão mais próxima seria “sem teto”, falta de abrigo ou transitoriedade. Em francês, faz-se referência à situação de rua por meio das expressões “*domicile fixe*” (sem endereço fixo) ou “*sans-abrisme*” (falta de moradia). Em espanhol, utilizam-se expressões como “*sin hogar*” (sem casa), “*sin techo*” (sem teto), “*en situación de calle*” (em uma situação de rua) ou “*poblaciones callejeras*” (populações de rua) (ONU, 2015).

Existem diferentes formas de olhar para essa população; é possível focar-se na questão da exclusão social, no seu modo de viver a realidade das ruas, ou observar as pessoas sem moradia e suas diferentes realidades pelo mundo (MANCHINI, 2018; TRINO; PEDRA; BALESTEROS, 2015).

A existência de pessoas em situação de rua é um fenômeno social que assume expressões novas na sociedade contemporânea, particularmente nos grandes centros urbanos. Esse grupo social, que habita em logradouros ou em albergues públicos ou filantrópicos, vivencia situações de trabalho, condições de vida e inserção social precárias (BARATA *et al.*, 2015).

Embora a existência de pessoas em situação de rua tenha uma extensa e distinta história em quase todo mundo, seu marco fundamental está no início do capitalismo e mesmo que existam variadas determinações relacionadas a esse fenômeno, a sua exacerbação estaria relacionada à reestruturação do modo de produção capitalista a partir dos anos 1970 (SICARI; ZANELLA, 2018).

Diante do fortalecimento da globalização e das mudanças nos processos produtivos, observa-se a concretização do desemprego estrutural, da precarização do mercado de trabalho e da perda de direitos sociais vinculados a ele (SICARI; ZANELLA, 2018). As mudanças econômicas, políticas e sociais ocorridas nos anos 70, bem como as alterações no mercado de trabalho, impulsionaram a exclusão de grande parte da população do sistema de produção capitalista, suprimindo-a do emprego e do consumo e colocando na rua grupos cada vez mais heterogêneos, caracterizados especialmente pelo desemprego (NEVES, 2010; SILVA, 2009).

A partir de 1970 e nas décadas seguintes, esse fenômeno foi intensificado no Brasil com o êxodo rural e com o processo migratório, impulsionado pelo crescimento industrial, principalmente entre as décadas de 1950 e 1980 (NEVES, 2010). Na década de 1990, as reformas implementadas com foco na privatização impactaram diretamente no agravamento da situação de rua (RESENDE; MENDONÇA, 2019).

Segundo Silva (2009), não é possível estabelecer uma determinação direta e única entre o desemprego e a situação de rua, mas é evidente a notoriedade do trabalho em relação aos demais vínculos sociais, visto que o trabalho confere identidade na sociedade. Mesmo sendo um determinante significativo, é importante compreendê-lo como um fator que leva à vida na rua, mas também como um elemento que mantém os sujeitos nessa situação, associado à fragilidade dos laços familiares e comunitários (SILVA, 2009).

Nos últimos anos, a temática sobre pessoas em situação de rua vem sendo entendida como um problema social mundial muito importante (MANCHINI, 2018). O cenário deste grupo é avaliado como injusto e inaceitável (VERLINDE *et al.*, 2010). Quando a população mundial em 2005 tinha em torno de 6,4 bilhões de habitantes,

cerca de 1,6 bilhão de pessoas, ou seja, 25% da população, não tinha moradia adequada (MANCHINI, 2018).

Neste mesmo período, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma pesquisa mundial a fim de mensurar a quantidade de *homeless people* (sem teto), e obteve um resultado estimado de 100 milhões de pessoas desabrigadas em todo o planeta (HOMELESS WORD CUP, 2016; ONU-BR, 2019).

Em 2013, a população geral dos Estados Unidos da América (EUA) estava em torno de 314 milhões de habitantes. No decorrer desse ano, aproximadamente 3 milhões de pessoas estavam desabrigadas e, desse total, mais de 610 mil pessoas dormiam nas ruas todas as noites. Cerca de 36% eram famílias (COUNTRYMETERS, 2021; MANCHINI, 2018).

Segundo a ONU (2015), as crises fiscais em escala global causaram um aumento significativo da população em situação de rua e geraram uma nova categoria de pessoas em situação de rua. Tais pessoas eram altamente qualificadas, tinham um nível de vida bom, mas que, devido a uma crise econômica, ficaram desempregadas e, em última instância, em situação de rua. A crise de 2008, por exemplo, e as medidas de austeridade relacionadas, causaram um aumento enorme da população em situação de rua em vários países europeus (ONU-BR, 2019). Os indícios sugerem, entretanto, que a carência de moradia generalizada não se produziu nos países em que, mesmo atingidos pela crise econômica mundial, os governos tiveram o cuidado de assegurar que as medidas de reação não prejudicassem a proteção social (ONU, 2015).

Em relatório produzido pelo Conselho de Direitos Humanos da ONU, em 2015, os relatores pontuam que em alguns países e territórios, leis nacionais e locais costumam converter as pessoas em situação de rua em criminosos, no lugar de proteger seus direitos. Criam-se leis para fazer com que as pessoas em situação de rua sejam invisibilizadas, para removê-las de sua terra ou moradia e para destruir seus refúgios improvisados (ONU, 2015).

Essas leis costumam ter fundamento na saúde e na ordem pública, mas, na realidade, o objetivo é “embelezar” um território para promover o turismo e os negócios ou aumentar o preço dos bens imobiliários (ONU, 2015). Em Zimbábue (África), uma operação para “varrer o lixo” mediante a demolição de favelas em 2005 deixou 1,5 milhão de pessoas em situação de rua no meio do inverno (DYER, 2005; ONU, 2015).

Em junho de 2014, o Prefeito de Honolulu (Havaí) implantou medidas para acabar com “o problema” porque os turistas queriam ver “seu paraíso, não as pessoas em situação de rua” (ONU, 2015). Em Medellín (Colômbia), durante o Fórum Urbano Mundial, a população em situação de rua foi levada para fora da cidade (SCRUGGS, 2014). Na Austrália, as leis de “obrigação de circular” permitem às autoridades “dispersar” as pessoas em situação de rua “quando a mera presença de uma pessoa puder causar ansiedade a outra ou interferir o ‘desfrute razoável’ do espaço por outra” (ONU, 2015).

No Brasil, um dos principais estudos sobre a população em situação de rua, e que norteou a implantação das primeiras políticas públicas nacionais voltadas para essa população, foi realizado, em 2008, pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, denominado Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. A pesquisa identificou 31.922 pessoas vivendo nas ruas, maiores de 18 anos, mas considerou apenas 71 municípios brasileiros. As capitais São Paulo, Brasília, Belo Horizonte e Recife, por exemplo, não foram incluídas nesse estudo, pois já tinham realizado seu próprio censo (BRASIL, 2008a).

A pesquisa considerou tanto as pessoas que pernoitavam em instituições como albergues e casas de passagem, como as que permaneciam nas calçadas, praças, rodovias, lugares abandonados e outros. O estudo identificou o perfil dessa população: predominavam pessoas do sexo masculino (82%), a maioria com idade entre 25 e 44 anos (53%) e que se declararam pardas (39,1%); 74% sabiam ler e escrever; 70,9% exerciam alguma atividade remunerada, como catador de material reciclável e flanelinha; 51,9% possuíam algum familiar na cidade em que se encontravam, mas 38,9% não mantinham contato com seus parentes; 95,5% não eram vinculados a nenhum movimento social e 24,8% não possuíam nenhum documento de identificação (BRASIL, 2008).

Em 2016, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou o relatório “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil”, o qual apontou 101.854 pessoas vivendo em situação de rua no país. Na cidade de São Paulo, o censo realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (Fipe/USP) entre fevereiro e março de 2015, sustentou que a população em situação de rua na cidade cresceu 10% nos últimos quatro anos. De acordo com essa pesquisa, seriam 15.905 pessoas em situação de rua na capital paulista (NATALINO, 2016; RESENDE; MENDONÇA, 2019; SÃO PAULO, 2015).

Ao comparar os dados do último censo realizado no município de São Paulo pela Fipe/USP, em 2015, com os de períodos anteriores: 2000, 2009 e 2011, foi possível certificar que a população em situação de rua vem aumentando continuamente na cidade de São Paulo. Entre 2000 e 2015, registrou-se um crescimento de 82,7%, tendo essa população passado de 8.706 para 15.905 pessoas, conforme registrado nos três últimos censos (SÃO PAULO, 2015).

Em junho de 2020, o Ipea divulgou a nota técnica “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)”, a qual estimou que a população em situação de rua no país somaria pouco mais de 220 mil pessoas. Assim, observou-se um aumento expressivo (140%) da população em situação de rua ao longo do período analisado (NATALINO, 2020).

Por meio dos dados da nota técnica divulgada, percebe-se a manutenção da predominância das pessoas em situação de rua no Sudeste, que congrega mais de metade dessa população – 124.698 pessoas em março de 2020. O crescimento bastante significativo no Norte, 9.626 pessoas, também chama atenção e resulta, possivelmente, de questões fronteiriças. Nas outras regiões do país, estima-se 38.237 pessoas em situação de rua no Nordeste, 33.591 no Sul e 15.718 no Centro-Oeste (NATALINO, 2020).

A inexistência de dados oficiais atualizados repercute o esforço para incluir as pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), o que possibilita espaço de visibilização desta população para a cidadania social, embora a própria natureza dinâmica da situação de rua dificulte o cadastramento e ainda exista um bom número de pessoas descobertas (NATALINO, 2020).

De acordo com dados obtidos após consulta à base de dados do CadÚnico, tendo por referência o mês de março de 2021, o Programa Transdisciplinar Polos de Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) apresentou que 160.097 pessoas em situação de rua estão cadastradas em nível nacional (DIAS *et al.*, 2021).

Em Belo Horizonte, a primeira pesquisa censitária da população em situação de rua foi realizada em 1998. Este estudo foi desenvolvido em conjunto, por técnicos da área de desenvolvimento social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Pastoral de Rua da Igreja Católica, Organizações não Governamentais e o Fórum da População de rua. O censo identificou 916 pessoas, devendo-se acrescentar a esse número mais 204 menores de 18 anos que estavam sob responsabilidade de alguma

pessoa em situação de rua. A regional Centro-Sul se destacou em relação às outras regionais pelo número elevado de pessoas em situação de rua, provavelmente atraídos pela concentração de atividades econômicas e comerciais que permitem uma melhor condição de vida (COSTA, 1998).

O primeiro censo da população em situação de rua, realizado em Belo Horizonte, é considerado pioneiro no país, o que possibilitou a criação de estratégias intersetoriais de formulação de políticas e conformação de equipamentos sociais para abordagem as pessoas em situação de rua. Após diagnóstico situacional, foi implantada uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a PSR em 2002, cuja experiência foi referência em âmbito nacional (REIS JUNIOR, 2011; SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

O segundo censo da população em situação de rua de Belo Horizonte ocorreu em 2005 e foi realizado por uma parceria entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, por meio da secretaria Municipal de Assistência Social, da Pastoral de Rua, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e do Instituto Nenuca de Desenvolvimento Sustentável, que permitiu e viabilizou financeiramente a realização da pesquisa. O estudo identificou 1.164 pessoas em situação de rua, com predominância de pessoas na regional Centro-Sul (BELO HORIZONTE, 2014; BOTTIL *et al.*, 2011).

O terceiro e último censo da população em situação de rua e do migrante de Belo Horizonte foi realizado em 2013. O estudo aconteceu por meio de um trabalho integrado da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, da Secretaria Municipal de Governo (SMGO), da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) e da Secretária Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), em parceria com o Centro Regional de Referência em Drogas (CRR) da UFMG e monitoramento da Política Municipal para População em Situação de Rua de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2014).

A realização do “Terceiro censo da População em Situação de Rua e Migrantes de Belo Horizonte”, em consonância com as diretrizes preconizadas na Política Nacional para População em Situação de Rua – Decreto Federal nº 7053/2009, constituiu um importante esforço no sentido de conhecer a realidade desses grupos populacionais na cidade. Foram identificadas 1.827 pessoas em situação de rua contingente, equivalente a 0,074% da população do município no período pesquisado.

O maior número de pessoas em situação de rua foi encontrado dentro dos limites da regional centro-sul (44,8%) (BELO HORIZONTE, 2014).

A pesquisa apontou que a população abordada era formada, predominantemente, por homens (86,8%) e mais da metade dessa população (67%) situava-se na faixa etária compreendida entre 31 e 50 anos, indicando um envelhecimento da população em situação de rua, quando comparadas com os censos anteriores. Destaca-se que 79,5% dos entrevistados se declararam pardos (45,7%) ou negros (33,8%) e apenas 18,1% brancos (BELO HORIZONTE, 2014). Em relação ao motivo de estarem em situação de rua, 52,2% se motivaram a ir para as ruas devido a problemas familiares, 43,9% devido ao uso de álcool e/ou drogas e 36% por desemprego. Acrescenta-se, também, a falta de moradia, com 36,5% dos casos. A pesquisa identificou que a maioria dos entrevistados (95%) não participava de qualquer movimento social (HAMADA *et al.*, 2018).

De acordo com a Prefeitura de Belo Horizonte, 9.483 pessoas já foram cadastradas com a marcação “situação de rua” no município, porém, dessas, apenas 7.387 pessoas estão com os seus cadastros atualizados nos últimos 24 meses e 4.667 estão com os cadastros atualizados nos últimos 12 meses. Nesse sentido, o processo de atualização cadastral e, por conseguinte, de atualização sobre as dimensões e características dessa população no município para obtenção de informações fidedignas, também se torna complexo. De acordo com a Secretaria de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), para minimizar possíveis distorções, utiliza-se como referência os dados de cadastros com atualização de até 12 meses, ou seja, de 4.667 pessoas em situação de rua (BELO HORIZONTE, 2020b).

Entretanto, no Relatório Técnico-Científico: “Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil”, publicado em abril de 2021, os autores apontam que somente 64% de pessoas em situação de rua estavam com cadastros atualizados nos últimos 24 meses e 20,82% nos últimos 12 meses, estimando um número de 8.840 pessoas vivendo em situação de rua em Belo Horizonte (DIAS *et al.*, 2021).

A trajetória do movimento social da população em situação de rua de Belo Horizonte inicia-se, no final dos anos 1980, com a criação da Pastoral de Rua; em 1990-1992, com a Fundação da Associação dos Catadores de Papelão e Material Reaproveitável (ASMARE). Nos anos 1993-1996, com a criação do Fórum de População de Rua. Nos anos 1997-2001, quando ocorre necessidade de maior

legitimação do Movimento da População de Rua de Belo Horizonte e nos anos 2002-2007, quando é fundado o Movimento Nacional da População de Rua (BOTTIL *et al.*, 2011).

A saúde das pessoas em situação de rua passou a ser vista de forma mais específica na década de 1970/80 pelas igrejas que organizavam casas de assistência para atender essa população, principalmente em São Paulo e Belo Horizonte. Com o crescimento da demanda, os gestores dos municípios viram a necessidade de implantar estratégias para abordar as pessoas em situação de rua (SCHERVINSKI *et al.*, 2017).

Em Belo Horizonte, desde 1993, iniciou-se a materialização da construção de políticas públicas de atenção e proteção, tanto na saúde quanto na assistência Social para a população em situação de rua (BOTTIL *et al.*, 2011).

Uma das constatações do Fórum de População em Situação de Rua era de que havia uma grande concentração de pessoas em situação de rua na área geográfica do distrito sanitário Centro-Sul, notadamente nos arredores da região hospitalar de Belo Horizonte, que demandavam os equipamentos sociais da região (FERREIRA, 1999). Estudo posterior realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social evidenciou que 85% desta população concentrava-se durante o dia nas regionais centro sul, leste e noroeste (REIS JUNIOR, 2011).

A trajetória histórica da PSR é cercada da dificuldade de acesso e utilização aos serviços de saúde, impossibilitando a realização de cuidados e exames básicos, a dificuldade de acesso a medicamentos e vacinas fornecidos gratuitamente e de atendimento em serviços de urgência e emergência (LIRA *et al.*, 2019).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade, um dos principais pilares e princípios do sistema, motiva esforços para a redução de fatores condicionantes e determinantes de saúde entre grupos. Entende-se que diferenças, como raça/etnia/cor da pele, religião, orientação sexual, identidade de gênero, posição socioeconômica, educação, condições de saúde estigmatizadas e situações de marginalização na sociedade, além de influenciarem na situação de vida e saúde, potencializam outros fatores que determinam a saúde de indivíduos ou grupos (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

As iniquidades em saúde constituem as desigualdades que podem ser evitadas por ações e políticas públicas e que são consideradas socialmente injustas e desnecessárias (ROSENDO; RONCALLI, 2016). São um dos traços mais marcantes

da situação de saúde do Brasil e envolvem o rompimento das normas de direitos humanos e injustiça social. Essas desigualdades têm suas raízes na estratificação social (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

As formas de enfrentamento das iniquidades representam um importante foco para abordagem da PSR (LIRA *et al.*, 2019). No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para esse enfrentamento uma vez que se baseia nos princípios do SUS, na territorialidade da atenção à saúde por meio da identificação de problemas e atenção direcionada às necessidades da clientela adscrita (PORTELA, 2017).

Na busca de garantir equidade para PSR, no final dos anos 90, por uma iniciativa da Universidade Federal da Bahia, na cidade de Salvador, iniciou-se o atendimento para esse público com o Consultório de Rua, por meio da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que realizava ações focalizadas em dependência química, álcool e drogas (SIMOES *et al.*, 2017).

Essa iniciativa foi repensada e vinculada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº122 de 25 de janeiro de 2011 e passou a ser chamada de Consultório na Rua, com equipes itinerantes voltadas para atendimento integral da PSR. “Na prática mudou, além do nome, a composição da equipe e o escopo de suas ações anteriormente focadas na saúde mental e nos transtornos relacionados ao uso de substâncias.” (SIMÕES *et al.*, 2017).

A necessidade de atuar sobre as iniquidades, reduzindo a vulnerabilidade de grupos sociais, justifica a importância da distribuição equitativa dos recursos de saúde e reforço da proteção e da justiça social enquanto política de Estado (FIORATI *et al.*, 2018).

3.2 Utilização de serviços de saúde

A utilização de serviços de saúde resulta de uma interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidado, os serviços a ele disponíveis e o profissional da saúde, que é quem define, em última instância, o tipo e a intensidade de serviços requeridos para responder aos problemas de saúde dos pacientes (SILVA; GALVAO, 2017).

Alguns fatores podem determinar a utilização dos serviços de saúde, como as necessidades de saúde do usuário, sua percepção sobre eles, além da disponibilidade

de oferta desses serviços (SILVA; GALVAO, 2017). Diversas condições associam-se a essa oferta, de maneira que a acessibilidade geográfica e os fatores socioculturais e econômicos, por exemplo, têm papel fundamental na demanda direcionada aos serviços de saúde (STOPA *et al.*, 2017).

A utilização do serviço é determinada por uma necessidade percebida pelo usuário, decorrente de sua situação de saúde e seu conhecimento prévio de doença ou condição que, por sua vez, sofre influência sociodemográfica (BARATA, 2008). Contatos iniciais com os serviços de saúde são mais influenciados por características das pessoas, enquanto os cuidados subsequentes – a continuidade do cuidado – dependem das características dos profissionais da saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

De forma geral, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados à

(a) necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A utilização pode ser explicada pelos fatores relacionados aos serviços de saúde e individuais (REIS *et al.*, 2010) e, em particular, pelo perfil de necessidades dos indivíduos e seu comportamento diante do processo de saúde e doença (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). A necessidade ou o estado de saúde é o fator mais proximal capaz de moldar a utilização. Entre as características individuais que determinam o estado de saúde estão idade, gênero, raça/cor, condições socioeconômicas, nível educacional e local de moradia (ERRICO, 2011; REIS *et al.*, 2010). Em relação às características do próprio serviço de saúde estão: perfil do prestador de saúde, organização dos recursos, acesso geográfico e tipo de sistema que o serviço está inerido (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo Errico (2011), o acesso e a utilização dos serviços de saúde contribuem para definir a saúde das populações. As diferenças de acesso e a variabilidade dos padrões de utilização dos serviços devem ser consideradas tanto na

análise do funcionamento dos sistemas de saúde quanto nos estudos epidemiológicos, pois podem influenciar os diferenciais na morbidade e nas características de mortalidade dos grupos populacionais (REIS *et al.*, 2010).

A garantia da equidade do acesso e utilização aos serviços para necessidades iguais tem sido uma meta das políticas públicas em diversos países, porém, a dificuldade de alcançá-la associa-se a fatores que vão desde a estruturação do sistema de saúde até as características individuais e sociais da população (ERRICO, 2011).

Os motivos pelos quais um indivíduo se consulta vão além da carga de morbidade que este possa estar sofrendo (PAVÃO; COELI, 2008). Segundo Donabedian (1973), o conjunto de interações entre os profissionais de saúde e os seus clientes não ocorre em um vácuo, mas sim dentro de um ambiente organizacional que, por sua vez, é rodeado e penetrado por traços sociais e culturais.

A relação entre a utilização dos serviços e seus determinantes pode ser melhor compreendida por meio de modelos teóricos explicativos do uso de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Alguns dos principais modelos teóricos são: o Modelo de Crenças em Saúde, desenvolvido na década de 50; o Modelo Comportamental de Andersen, elaborado em 1968; o Modelo de Dutton, de 1986, e o Modelo de Evans & Stoddart, proposto em 1990 (PAVÃO; COELI, 2008).

De acordo com Travassos e Martins (2004), o modelo comportamental de Andersen deve ser destacado devido à sua maior aplicabilidade nos estudos de utilização, decorrente da sua relativa facilidade de operacionalização, e por se tratar de um dos modelos de uso de serviços mais completos, tendo sofrido atualizações constantes ao longo das últimas décadas. Também foi um dos modelos pioneiros na dimensão do uso de serviços, tendo influenciado os modelos posteriores (PAVÃO; COELI, 2008).

O Modelo Comportamental de Andersen foi inicialmente desenvolvido em 1968 para avaliar e compreender o comportamento do uso de serviços de saúde dos indivíduos, definir e medir o acesso equitativo aos serviços, bem como auxiliar na implementação de políticas que promovam a equidade no acesso (ANDERSEN, 1995).

O conceito de acesso, para este autor, está ligado à entrada inicial do indivíduo no sistema de saúde, portanto, é uma característica da oferta de serviços, sendo importante para a explicação do padrão de utilização dos mesmos (PAVÃO; COELI,

2008). Trata-se de uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde, relacionada à sua organização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Andersen e Newman (2005) construíram esse modelo para explicar o uso de serviços de saúde, que agrega fatores associados aos determinantes sociais, individuais, relacionados aos sistemas e serviços de saúde e à utilização dos últimos. O modelo comportamental proposto pelos autores identifica os fatores que explicam a utilização de serviços de saúde mundial (ANDERSEN; NEWMAN, 2005). Nesse modelo, a utilização de serviços de saúde é influenciada por fatores contextuais externos e pelas características do sistema de saúde, fatores esses que são intermediados por fatores individuais: fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidade de saúde (PINTO; MATOS; FILHO, 2012).

O Modelo Comportamental de Andersen foi elaborado em quatro fases distintas (PAVÃO; COELI, 2008). Segundo a primeira fase do modelo, os determinantes do uso de serviços de saúde considerados são os fatores de predisposição, ou predisponentes, os fatores de capacitação, ou capacitantes, e a necessidade em saúde. Os fatores predisponentes, por sua vez, influenciam os fatores capacitantes e a necessidade em saúde é o determinante mais proximal da utilização de serviços, segundo o modelo (ANDERSEN, 1995).

Os fatores predisponentes estão ligados ao fato de o indivíduo estar mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde (PINTO; MATOS; FILHO, 2012). Encontram-se subdivididos em três categorias: os demográficos, os da estrutura social e as crenças em saúde. Os fatores demográficos, como idade e sexo, são aqueles que representam características biológicas pré-determinadas. Os fatores de estrutura social, como escolaridade, ocupação e raça, determinam o status do indivíduo na comunidade, sua habilidade em lidar com problemas e o quão saudável ou não é o ambiente físico em que ele vive (PAVÃO; COELI, 2008). As crenças em saúde são atitudes, valores e conhecimento que os indivíduos têm sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, consequentemente, o uso de serviços (PINTO; MATOS; FILHO, 2012).

Os fatores capacitantes relacionam-se à possibilidade de acesso ao serviço, englobando tanto fatores individuais e familiares, quanto fatores da oferta de serviços na comunidade. Estes fatores incluem: renda, plano de saúde, uso regular dos serviços de saúde, transporte e tempo de espera pelo serviço (PAVÃO; COELI, 2008). O acesso potencial, segundo definição proposta por Andersen, seria a própria situação

de presença dos fatores capacitantes, ao passo que o acesso realizado seria o efetivo uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

A necessidade inclui tanto o estado de saúde dos indivíduos, avaliado por profissionais, quanto a autopercepção de saúde dos pacientes (PAVÃO; COELI, 2008). A necessidade percebida está relacionada à procura pelo cuidado e à adesão ao tratamento. A necessidade avaliada relaciona-se mais ao tipo de tratamento que será realizado, após a consulta inicial (PINTO; MATOS; FILHO, 2012). O desfecho do modelo é o uso de serviços de saúde, medido, por exemplo, por meio, de consultas em ambulatórios médicos, hospitais e outros serviços de saúde (PAVÃO; COELI, 2008).

A fase 2 do modelo originou-se na década de 70 e caracterizou-se pela inclusão do sistema de saúde como mais um determinante do uso de serviços de saúde incorporado no modelo (ANDERSEN, 1995). Este determinante consistia em três dimensões: políticas em saúde, recursos financeiros e aspectos organizacionais. Nesta fase, foi introduzido o conceito de satisfação do consumidor como um resultado do uso de serviços. O uso de serviços de saúde deixa, portanto, de ser um desfecho final do modelo, o “fim da linha”, e passa a ser um desfecho intermediário para o desfecho final da satisfação do consumidor (PAVÃO; COELI, 2008).

No modelo de fase 3, criado nas décadas de 80 e 90, foram introduzidos os desfechos em saúde como outros desfechos finais resultantes do uso de serviços, uma vez que o uso também exerce influência na saúde dos indivíduos (ANDERSEN, 1995). Desta forma, os desfechos em saúde seriam uma maneira de avaliar o próprio uso de serviços. Foram incluídos como desfechos em saúde o estado de saúde percebido pelo indivíduo e o avaliado por profissionais. Também na fase 3, foi introduzida a ideia de que práticas de saúde pessoais, como dieta e exercícios, são fatores que interagem com o uso dos serviços e, conseqüentemente, influenciam os desfechos em saúde, mas não são considerados determinantes do uso propriamente dito, pelo modelo de Andersen (PAVÃO; COELI, 2008).

A última fase do modelo é a fase 4, ou modelo emergente, na qual Andersen enfatiza a natureza dinâmica da utilização dos serviços de saúde, incluindo as múltiplas influências dos determinantes no uso e, conseqüentemente, nos desfechos em saúde (ANDERSEN, 1995). Esta fase engloba as relações de *feedback* (retroalimentação) dos desfechos em saúde com os fatores predisponentes, com a necessidade percebida e com o comportamento em saúde (PAVÃO; COELI, 2008),

portanto, a complexidade existente no contexto da utilização de serviços de saúde, com a presença de múltiplos determinantes do uso de serviços. Dentre eles, a necessidade em saúde ainda é o fator mais proximal, sendo importante preditor do uso. As variáveis sociais também são fatores importantes, segundo o modelo de Andersen (PAVÃO; COELI, 2008).

No Brasil, os suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos de 1998, 2003 e 2008 trazem importantes informações sobre a utilização de serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, teve como um de seus objetivos dar continuidade aos suplementos saúde da PNAD, porém ampliando os temas abordados (STOPA *et al.*, 2017). A PNS é componente do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), e independe da realização da PNAD contínua, isto é, tem desenho próprio e foi elaborada para coletar informações em saúde (SZWARCOWALD *et al.*, 2014). O segundo volume de dados da PNS deu sequência e permitiu o acompanhamento de indicadores de acesso e uso de serviços de saúde abordados em suplementos anteriores da PNAD (STOPA *et al.*, 2017).

Estudo comparando as edições do Suplemento Saúde da PNAD com a PNS de 2013 mostrou que o acesso e o uso de serviços de saúde vêm aumentando no país, embora ainda existam importantes diferenças regionais (VIACAVA; BELLIDO, 2016). Diversos estudos indicam que o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil refletem desigualdades entre grupos sociais distintos (BARROS; SOUSA, 2016; ERRICO, 2011; PEDRAZA *et al.*, 2018; STOPA *et al.*, 2017).

Os dados da PNS corroboram tais estudos, uma vez que as pessoas residentes nas regiões Sudeste e Sul apresentaram maior acesso e utilização dos serviços quando comparadas aos residentes de outras regiões e que pessoas com maior nível de instrução também apresentaram maior acesso aos serviços, quando comparadas às de menor nível de instrução (STOPA *et al.*, 2017).

Os resultados da PNS 2019 mostram crescimento tanto na procura como na utilização dos serviços de saúde, com aumentos na proporção de indivíduos que procuraram atendimento relacionado à saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa e na proporção de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, quando os dados da PNS 2019 são comparados aos da PNS 2013 (SZWARCOWALD *et al.*, 2021). Os benefícios da ampliação da cobertura da utilização de serviços de saúde são devidamente reconhecidos, uma vez que a

expansão da prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças podem resultar na redução da mortalidade prematura, no aumento da expectativa de vida com qualidade e na diminuição das hospitalizações desnecessárias (MACINKO; GUANAIS, 2015).

No entanto, a interpretação do aumento na utilização dos serviços de saúde não é imediata, uma vez que ela depende de vários fatores, como a necessidade, as características sociodemográficas, a oferta de serviços, a disponibilidade de médicos, o financiamento da assistência de saúde e a percepção dos usuários em relação à assistência prestada (SZWARCWALD *et al.*, 2016).

O monitoramento de indicadores de acesso e uso de serviços de saúde por meio de pesquisas de base populacional são inestimáveis para a avaliação dos sistemas de saúde, contribuindo para o avanço do conhecimento e melhorias nas políticas de saúde (STOPA *et al.*, 2017).

Além de possibilitar conhecer o perfil de saúde e as exposições e condições de risco da população, os inquéritos permitem obter muitos indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde, em conjunto com as características sociodemográficas, possibilitando investigar as relações entre as diversas variáveis (SZWARCWALD *et al.*, 2021).

Pesquisas direcionadas à avaliação do desempenho de saúde sob a perspectiva da população usuária têm tido importância crescente e sido aplicadas em vários países do mundo (MACINKO; GUANAIS, 2015; PELTZER, 2009). A percepção do usuário tem sido cada vez mais valorizada, constituindo etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantir a qualidade da atenção à saúde e subsidiar decisões que atendam às necessidades da população (MALTA *et al.*, 2017; SZWARCWALD *et al.*, 2021).

No Brasil, a geração periódica de informações de base populacional tem se constituído em uma ferramenta indispensável para monitorar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, bem como das condições de saúde da população, permitindo avaliar as políticas públicas de saúde e fornecer subsídios para o seu aprimoramento (MALTA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a busca por atendimento relacionado à saúde e a utilização de consulta médica representam indicadores positivos de acesso ao sistema de saúde à medida que podem ter impacto importante sobre a saúde da população, prevenindo a

ocorrência de doenças, reduzindo a morbimortalidade e aumentando a esperança de vida saudável (SZWARCOWALD *et al.*, 2021). Adicionalmente, estudos sobre a utilização de serviços de saúde podem contribuir para a organização da assistência, permitindo estabelecer as desigualdades nos níveis de cobertura segundo as características sociodemográficas e o local de residência e identificar os grupos populacionais mais vulneráveis (PILOTTO; CELESTE, 2018).

Reduzir as disparidades entre as regiões e entre os diferentes níveis sociais é de grande valia, uma vez que, no processo de implementação do SUS, foi traçado o princípio da universalização, garantido constitucionalmente e regulado nas necessidades da população que atende (PEDRAZA *et al.*, 2018).

As barreiras existentes durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde geram, em todo mundo, oportunidades diferenciadas para a obtenção do cuidado entre os grupos sociais, caracterizando um quadro de injustiça social (PEDRAZA *et al.*, 2018). Assim, a utilização de serviços de saúde explicita desigualdades importantes, como são as desigualdades em saúde, que se apresentam como tema central de discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações (BARROS; SOUSA, 2016).

Desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde variam de modo expressivo entre países, em função da configuração de seus sistemas de saúde (SICARI; ZANELLA, 2018).

As profundas desigualdades regionais são características fundamentais da realidade brasileira e a atenção à saúde expressa essas diferenças (VIACAVA *et al.*, 2018). A oferta de serviços e profissionais, além das características do acesso e dos padrões de utilização, constituem desafios nesse contexto, especialmente se considerarmos a persistência no tempo e a reprodução dos elementos que sustentam essas desigualdades (PILOTTO; CELESTE, 2018).

Assim, desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (TRAVASSOS *et al.*, 2000). Isto é, o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população,

incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento (SICARI; ZANELLA, 2018).

De forma geral, os estudos sobre desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil indicam importantes iniquidades (GIOVANELLA *et al.*, 2012; SICARI; ZANELLA, 2018; TRAVASSOS *et al.*, 2000; VIACAVA *et al.*, 2018).

O fator mais importante na utilização de serviços de saúde em geral é a necessidade; porém, as pessoas que deles mais necessitam, que se concentram nos grupos sociais menos privilegiados, têm menor probabilidade de utilizar os serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Vários estudos indicam que a posição do indivíduo na estrutura social é importante preditor de necessidades em saúde, e o padrão de risco observado tende a ser desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados. Esse padrão caracteriza uma situação de marcada iniquidade no uso de serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012; SICARI; ZANELLA, 2018; TRAVASSOS *et al.*, 2000; VIACAVA *et al.*, 2018).

Estudos recentes mostram que essas desigualdades diminuíram, apesar do sistema de saúde no Brasil ainda permanecer muito iníquo (COBO; CRUZ; DICK, 2021; GIOVANELLA *et al.*, 2012; SZWARCOWALD *et al.*, 2021; VIACAVA; BELLIDO; 2016; VIACAVA *et al.*, 2018).

As causas das desigualdades na utilização de serviços de saúde no Brasil, no entanto, não podem ser explicadas somente pelas características do SUS, uma vez que também estão relacionadas aos determinantes da utilização desses serviços (CAMBOTA; ROCHA, 2015).

Apesar de o sistema de saúde brasileiro ter sido formulado para garantir acesso universal e igualitário para toda a população brasileira, seu desenho institucional misto, em que a saúde suplementar constitui uma parcela significativa da assistência à saúde, parece alimentar a desigualdade no acesso e na utilização de serviços de saúde, sendo que, a população em situação de rua é considerada um grupo social que enfrenta dificuldades para obter atenção em saúde (CAMBOTA; ROCHA, 2015).

Essa população sobrevive em condições de iniquidades sociais, sendo a principal delas as desigualdades de saúde, ou seja, condições desiguais de acesso a boas condições de saúde resultantes de fatores sociais que são evitáveis, desnecessários e injustos, que impactam negativamente a utilização dos serviços de saúde (MELO *et al.*, 2022).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa. Rouquayrol (1999) define pesquisa transversal como uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos e para a ação e o planejamento em saúde. Esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população, por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença). No presente estudo, justifica-se seu uso pela dinâmica do fenômeno de viver em situação de rua, bem como pela alta rotatividade desse público pelos diferentes cenários que frequenta, conferindo um caráter transitório de desafios e necessidades individuais e um caráter permanente de desafios sociais e respostas estruturais do país, além de específicas às necessidades de saúde da PSR.

4.2 Cenário do estudo

Este estudo foi realizado na regional Centro-Sul do município de Belo Horizonte. Uma das constatações do Fórum de População em Situação de Rua, realizado em 1996, foi de que havia grande concentração de pessoas em situação de rua na área geográfica do Distrito Sanitário Centro-Sul (FERREIRA, 1999). Estudo posterior, realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social, evidenciou que 85% desta população se concentrava, durante o dia, nas regionais Centro sul, Leste e Noroeste da cidade (REIS JUNIOR, 2011).

No último censo de pessoas em situação de rua, realizado no ano de 2013, o maior número de pessoas deste grupo foi encontrado dentro dos limites da regional Centro-sul (44,8%), que corrobora as informações dos censos anteriores, de 1998 e 2005 (BELO HORIZONTE, 2014).

A regional Centro-Sul se destacou em relação às outras regionais, desde o primeiro estudo (COSTA, 1998), pelo número elevado de pessoas em situação de rua, provavelmente atraídas pela concentração de atividades econômicas e comerciais que permitem a busca mais acentuada de meios de sobrevivência.

Os serviços de saúde e equipamentos sociais de referência para essa população se encontram em predominância dentro deste território. Na Atenção Primária à Saúde (APS) existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são referência para essa população (UBS Carlos Chagas e Oswaldo Cruz) e conta com duas equipes do Consultório na Rua Centro-Sul. Também são situadas, nesta regional, duas Unidades de Acolhimento Institucional de Adultos – Centro (Abrigo Anita Gomes dos Santos I e II) e o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (CENTRO POP) - Unidade: Av. do Contorno, que oferta serviços no âmbito da política pública de assistência social (BELO HORIZONTE, 2020b).

Em Belo Horizonte, existem serviços de saúde e apoio social que são referências para a população em situação de rua (BELO HORIZONTE, 2020b). Ainda conta com os Consultórios na Rua, disponibilizados nas nove regiões do município: Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste/Barreiro e Venda Nova/Pampulha (BELO HORIZONTE, 2020b; MINAS GERAIS, 2018).

4.3 População e amostra

Os participantes do estudo foram pessoas em situação de rua que fazem da regional Centro-Sul de Belo Horizonte o seu espaço de vida. De acordo com informações, dados cadastrais, do Centro de Saúde Carlos Chagas e CENTRO POP da região Centro-Sul, a população estimada de usuários que frequentam os serviços é de aproximadamente 9.483 indivíduos. Segundo os coordenadores dos serviços, nem todos os usuários cadastrados estão ativos e frequentam o serviço, pois existe uma alta rotatividade.

Quando enviado o projeto de pesquisa para Secretaria de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), para anuência, o órgão solicitou que fosse utilizado o quantitativo de pessoas em situação de rua com cadastros no CadÚnico até 12 meses daquela data, ou seja, solicitaram que utilizasse o número de 4.667 pessoas em situação de rua, segundo o órgão, para minimizar possíveis distorções. Nesse sentido, o processo de atualização cadastral e, por conseguinte, de atualização sobre as dimensões e características dessa população no município para obtenção de informações fidedignas, também se torna complexo.

Os critérios de inclusão no estudo foram: maiores de 18 anos de idade, em situação de rua por um período maior que um mês e que possuíam local de convivência prioritário na regional Centro-Sul. Os critérios de exclusão: pessoas em situação de rua com déficit cognitivo ou apresentando alterações comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas no momento da entrevista.

Utilizou-se o cálculo amostral para populações finitas. Foram considerados os seguintes parâmetros para cálculo da amostra: prevalência de 50%, intervalo de confiança de 95%, precisão de 5% e tamanho da população de 4.667 indivíduos. Optou-se ainda, por acrescentar 10% para a reposição de potenciais recusas, perdas e erros de preenchimento. Dessa maneira, a amostra final foi dimensionada em 390 indivíduos.

$$\text{Tamanho da amostra } n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$$

4.4 Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionário (APÊNDICE I) elaborado pelos pesquisadores. O questionário foi constituído por 52 questões e dividido em quatro blocos: I - Dados Sociodemográficos; II – Dados sobre a trajetória da rua; III – Dados sobre o estado de saúde, uso de álcool, drogas e tabaco e IV – Dados sobre a utilização de serviços de saúde. A elaboração dos três primeiros blocos baseou-se no questionário da “Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua”, realizada em 2008, pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, bem como em dados levantados na literatura sobre o tema. Para elaboração do bloco IV, foi utilizado o questionário do Suplemento sobre Utilização de Serviços de Saúde no Brasil da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD – 2008), desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística com pequenas adaptações.

A fim de garantir adequação e entendimento do questionário pelos entrevistados, o pesquisador principal realizou aplicação de pré-teste a 30 pessoas em situação de rua e esses dados foram utilizados na pesquisa, visto que não houve necessidade de alteração do instrumento de coleta de dados. A única adequação realizada foi a inclusão da denominação popular de algumas drogas utilizadas por essa população (maconha – verde, pau podre, beck, baseado/crack – pedra, brita, diaba). Essa etapa ocorreu em agosto de 2021.

Os dados foram coletados por dez entrevistadores treinados, no período de setembro a dezembro de 2021. O questionário foi aplicado a 390 pessoas em situação de rua, dentro dos limites geográficos da regional centro-sul de Belo Horizonte. O questionário elaborado foi compilado para o *Google Forms* e disponibilizado o link para aplicação pelos pesquisadores.

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Variável dependente

Para este estudo, a variável dependente foi tomada com base na pergunta: **“No último mês você procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?”** A resposta a essa pergunta foi dicotomizada em sim ou não.

Utilização dos serviços de saúde (Sim ou Não): variável dicotômica que indica se o indivíduo foi atendido em algum serviço de saúde no último mês anterior à entrevista por qualquer motivo relacionado à própria saúde (inclusive a solicitação de atestado médico e atendimento do consultório de rua), independente do serviço procurado (farmácia; hospital; posto ou centro de saúde; policlínica; hospital; serviços para diagnósticos; consultórios; dentre outros).

Foram investigadas as características dessa utilização, como o número de vezes pelo qual o indivíduo procurou por serviços de saúde (uma; duas; três ou mais), motivo principal para a utilização (buscar medicamentos; queixas ou sintomas de doenças; acidente ou lesão; pré-natal; e outros), último serviço de saúde utilizado (posto de saúde; farmácia; hospital; e outros), se houve o atendimento na última vez que procurou (sim ou não), pagamento pelo último atendimento (sim ou não). Como não utilização dos serviços de saúde, considerou-se os casos de pessoas que não os procuraram no último mês ou que procuraram, mas não foram atendidas. Para os casos de não utilização, investigou-se o motivo de não ter procurado os serviços de saúde (não houve necessidade; dificuldades de transporte; distância; e outros) ou o motivo de não ter ocorrido o atendimento na última vez que procurou (não havia profissionais para o atendimento; falta do medicamento buscado; não conseguiu vaga ou senha; e outros).

4.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes utilizadas para a identificação dos fatores relacionados à utilização de serviços de saúde estão descritas abaixo. No quadro 1, apresentado abaixo, observa-se a descrição das variáveis independentes.

Quadro 1- Descrição das variáveis independentes.

Variáveis Independentes		
Variável	Tipo	Unidade/ Categorias
Sociodemográficas		
Gênero	Categórica	Masculino/Feminino
Idade	Discreta	Anos
Raça/cor	Categórica	Branca; preta; parda; amarela e indígena
Escolaridade	Categórica	Alfabetizado; não alfabetizado
Possui um companheiro	Categórica	Sim/Não
Renda	Contínua	Ausente/Presente
Beneficiário de programa de transferência de renda governamental	Categórica	Sim/Não
Condições de vida		
Vínculo com a família	Categórica	Sim/Não
Tempo em que está na rua	Categórica	< 6 meses; > 6 meses
Motivo que o levou a ir para rua	Categórica	Condições financeiras; ausência de família; foi expulso (a) pela família; tratamento de Saúde em Belo Horizonte; está de passagem pela cidade; trabalho distante da moradia e escolha própria.
Sofreu algum tipo de violência	Categórica	Sim/Não
Uso de álcool e drogas	Categórica	Sim/Não
Local que dorme com maior frequência	Categórica	Albergue; abrigo; praças/ parques; pontes/viadutos; casas e prédios abandonados;

		Calçadas/Calçadão; hotéis/pensão; em minha casa e na casa de amigos/parentes
Frequenta unidade de acolhimento/serviços de apoio	Categórica	Sim/Não
Participa de movimento social	Categórica	Sim/Não
Presença de Comorbidades	Categórica	Sim/Não
Autoavaliação do estado de saúde	Categórica	Bom/Ruim
Os problemas de saúde interferem nas suas atividades cotidianas	Categórica	Sim/Não

Fonte: próprio autor.

4.5.3 Análise dos dados

Após a coleta de dados, as informações foram transferidas automaticamente para um banco de dados no programa Excel Office 2010. Toda a análise foi realizada com auxílio dos softwares *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0 e MINITAB, versão 16.1.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição de frequências relativas e as médias e desvios padrão para variáveis contínuas. Análises descritivas com base na distribuição proporcional foram realizadas para as características sociodemográficas, trajetória de rua, condições de saúde e uso de drogas, e sobre características da utilização dos serviços de saúde. As diferenças estatísticas foram avaliadas através do teste qui-quadrado de Pearson, utilizando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Posteriormente, as possíveis relações entre a variável dependente e covariáveis de interesse foram examinadas por meio de análises bivariadas usando o teste qui-quadrado de Pearson, utilizando-se também o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para avaliar os fatores relacionados às características sociodemográficas, trajetória de rua, condições de saúde, uso de drogas à utilização dos serviços de saúde, estimou-se a Razão de Prevalência (RP) e seus Intervalos de Confiança (IC 95%) para as variáveis independentes.

Para desenvolver o modelo de Regressão de Poisson Multivariado, foram selecionadas as variáveis com significância ou p-valor próximo a isso ($p\text{-valor} < 0,20$), as variáveis significantes na análise bivariada e respeitando a mesma resposta de referência em cada variável. Também foram calculados a razão de prevalência corrigida e seu respectivo intervalo de confiança dessas variáveis. O nível de significância adotado foi de 5%. Assim, foi possível analisar de maneira multivariada como esses fatores influenciam na predição da razão de prevalência.

4.6 Aspectos éticos

O projeto apresentou parecer favorável pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFG) – nº 2020/2020 (ANEXO I). Posteriormente, obteve aprovação pelo Comitê de Ética da Subsecretaria Municipal de Assistência Social – Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente (GGTEP) da Prefeitura de Belo Horizonte, que emitiu Carta de Anuência em 14 de janeiro de 2021 (ANEXO II).

O projeto também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP), sob o número CAAE: 42358921.9.0000.5149 (ANEXO III). O desenvolvimento da pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos nas Resoluções: nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016. Os participantes que, após explicação do desenvolvimento e esclarecimentos de possíveis riscos e benefícios na participação da pesquisa, que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou firmaram digital no documento (APÊNDICE II), garantindo o anonimato, o sigilo das informações e ônus financeiro.

4.6 Financiamento

A pesquisa não dispôs de financiamento por órgão ou agência de fomento, sendo assim, foi custeada com recursos do grupo de pesquisadores e apoio pela estrutura do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFG. Foram ainda utilizados recursos disponíveis da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como laboratório de informática, biblioteca, sala de trabalho e acesso aos periódicos. Enfatiza-se a não

participação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Assistência Social em custos decorrentes do estudo realizado.

5 RESULTADOS

5.1 Dados sociodemográficos da população estudada

Participaram deste estudo 390 indivíduos. A maioria dos indivíduos eram do sexo masculino e a média de idade dos indivíduos em estudo foi de 38,8 anos (DP 13,2 anos), sendo a idade mínima de 18 anos e a idade máxima de 84 anos (TABELA 1). De acordo com a etnia/cor, predominou a autodeclaração de indivíduos como pardos. Em relação à orientação sexual, a maioria dos indivíduos participantes se declarou como heterossexuais e não possuíam companheiro (a) (TABELA 1).

Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte referiu ter o ensino fundamental incompleto. No que concerne a questões de renda, predominou a declaração de ausência de renda mensal. Dentre os indivíduos que declararam sua renda, a renda média mensal foi de R\$ 364,20 (DP R\$ 627,50), enquanto a renda mínima mensal foi de R\$ 41,00 e a máxima R\$ 4.500,00. Em relação a receber benefício de programa de transferência de renda governamental, 196 (50,3%) negaram receber benefícios e 194 (49,7%) afirmaram ser beneficiados (TABELA 1).

TABELA 1 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis sociodemográficas. Belo Horizonte, 2021 (n=390).

	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV	Q1	Q3	Min	Max	N	IC
Idade	38,8	37	13,2	34%	28	47	18	84	390	1,3
Renda	364,2	102	627,5	172%	100	300	41	4500	164	96,0
					N		%		P-valor	
Gênero					Feminino		52		13,3%	
					Masculino		334		85,6%	
					Não declarado		4		1,0%	
Documento					Possui		309		79,2%	
					Não Possui		81		20,8%	
Qual a sua Cor/Raça?					Branca		95		24,4%	
					Preta		127		32,6%	
					Parda		163		41,8%	
					Amarela		1		0,3%	
					Indígena		4		1,0%	
					Heterossexual		359		92,1%	
					Gay		8		2,1%	
Qual sua orientação sexual?					Lésbica		2		0,5%	
					Transexual		2		0,5%	
					Bissexual		17		4,4%	
					Outro		2		0,5%	
Possui um companheiro (a)?					Sim		66		16,9%	
					Não		324		83,1%	
					Sem instrução		19		4,9%	
Qual a sua escolaridade?					Fundamental incompleto		146		37,4%	
					Fundamental completo		52		13,3%	
					Médio incompleto		73		18,7%	
					Médio completo		84		21,5%	
					Superior incompleto		9		2,3%	
					Superior completo		7		1,8%	
Possui renda mensal?					Sim		164		42,1%	
					Não		226		57,9%	
Qual a sua situação ocupacional?					Ocupado (a)		77		19,7%	
					Eventual (b)		85		21,8%	
					Desempregado (c)		171		43,8%	
					Fora do mercado de trabalho (d)		46		11,8%	
					Aposentado (e)		11		2,8%	
Beneficiário de programa de transferência de renda governamental?					Sim		194		49,7%	
					Não		196		50,3%	

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

5.2 Dados sobre trajetória de rua

Dentre as razões para estar na rua, a principal citada foi devido a condições financeiras. No que concerne a questões de vínculos familiares, a maioria dos indivíduos afirmaram não ter vínculo com a família e que o motivo do afastamento da

foi por escolha pessoal. Em relação ao tempo que estavam em situação de rua, predominou a resposta de viverem na rua há mais de 6 meses. Quando questionados se já sofreram preconceito e discriminação, a maioria afirmou já ter passado por algum tipo. Em relação à exploração do território, o local que foi apontado para pernoite foi o Albergue (TABELA 2).

No que diz respeito às atividades desenvolvidas para sobrevivência dos participantes, 64 (16,4%) exerciam atividades de venda de doces, frutas, flores, jornais e artesanato, 63 (16,2%) eram pedintes 44 (11,3%) coletava materiais recicláveis, 36 (9,2%) trabalhavam com construção civil/pedreiro/pintor, 34 (8,7%) lavavam/guardavam carros/flanelinha, 24 (6,2%) trabalhavam com reciclagem, 13 (3,3%) realizavam carga e descarga, 8 (2,1%) realizavam limpeza/faxina, 8 (2,1%) faziam programa/prostituição, 1 (0,3%) realizava jardinagem e a grande maioria 95 (24,4%) exercia outras atividades (TABELA 2).

De todos os entrevistados, a maioria frequentava alguma unidade de acolhimento. Duzentos e cinquenta e seis (65,5%) participantes da pesquisa possuíam parentes ou amigos morando perto e 134 (34,4%) afirmaram não possuir. Um número relevante de participantes afirmou não participar de movimento social 346 (88,7%) e 44 (11,3%) participavam (TABELA 2).

5.3 Dados sobre estado de saúde, uso de álcool, drogas e tabaco

A maioria dos indivíduos autoavaliaram o seu estado de saúde como bom. Questionados se seus problemas de saúde interferem nas suas atividades cotidianas, a maior parte referiu que não. De todos os entrevistados, 155 (39,7%) disseram ter alguma doença e 235 (60,3%) não ter (TABELA 3). A principal comorbidade citada foi dependência química/álcool (39,3%), seguida por problemas mentais (30%), dores no corpo (20,2%), problemas dentários (17,5%), hipertensão (17,1%), tuberculose (13,2%), Infecções Sexualmente transmissíveis (IST)/AIDS (12,4%), problemas ortopédicos (11,7%), doença do coração (9,7%), doenças de pele (9,3%), diabetes (7,4%) e outras (7,0%). O indivíduo neste quesito poderia marcar mais de uma opção de resposta.

TABELA 2 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis de trajetória de rua. Belo Horizonte, 2021 (n=390).

Variável	Opções de resposta	N	%	P-valor
Qual o principal motivo que o levou a ir para rua?	Condições financeiras	103	26,4%	Ref.
	Ausência de família	41	10,5%	<0,001
	Foi expulso(a) pela família	36	9,2%	<0,001
	Tratamento de Saúde em Belo Horizonte	3	0,8%	<0,001
	Está de passagem pela cidade	17	4,4%	<0,001
	Trabalho distante da moradia	12	3,1%	<0,001
	Escolha própria	77	19,7%	0,027
Possui vínculo com a família?	Outro	101	25,9%	0,871
	Sim	178	45,6%	0,015
	Não	212	54,4%	
Qual o motivo para o afastamento da família?	Escolha pessoal	70	33,0%	Ref.
	Divergências conjugais	58	27,4%	0,204
	Perda do emprego	18	8,5%	<0,001
	Uso de álcool ou drogas ilícitas	40	18,9%	<0,001
	Outro	26	12,3%	<0,001
Possui planos para sair da rua?	Sim	354	90,8%	<0,001
	Não	36	9,2%	
Quanto tempo vive na rua?	Há menos de 6 meses	114	29,2%	<0,001
	Mais de 6 meses	276	70,8%	
Já passou por preconceito/ discriminação?	Sim	266	68,2%	<0,001
	Não	124	31,8%	
Qual o motivo do preconceito / discriminação (N=266)	Por viver na rua	141	53,0%	Ref.
	Aspecto físico / higiene	61	22,9%	<0,001
	Incapacidade física / mental	5	1,9%	<0,001
	Cor ou raça	30	11,3%	<0,001
	Idade	2	0,8%	<0,001
	Orientação Sexual	13	4,9%	<0,001
	Outro	14	5,3%	<0,001
	Praças / Parques	54	13,8%	<0,001
	Pontes / Viadutos	25	6,4%	<0,001
	Casas e prédios abandonados	6	1,5%	<0,001
	Calçadas / Calçadão	82	21,0%	<0,001
	Hotéis / Pensão	8	2,1%	<0,001
Qual o local que dorme com maior frequência?	Albergue	159	40,8%	Ref.
	Abrigo	24	6,2%	<0,001
	Em minha casa	4	1,0%	<0,001
	Na casa de amigos / parentes	6	1,5%	<0,001
	Outro	22	5,6%	<0,001
Frequenta alguma Unidade de Acolhimento?	Sim	337	86,4%	<0,001
	Não	53	13,6%	
Possui parentes ou amigos morando perto?	Sim	134	34,4%	<0,001
	Não	256	65,6%	
Participa de Movimento Social?	Sim	44	11,3%	<0,001
	Não	346	88,7%	

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

Um número relevante de participantes fazia uso de drogas lícitas, tais como tabaco 234 (72,8%) e álcool 230 (59%). Em relação às drogas ilícitas, as citadas

foram: maconha: 86 (22%) usavam de vez em quando e 73 (18,7%) usavam todos os dias; craque: 78 (20%) usavam de vez em quando e 30 (7,7%) usavam todos os dias; cocaína: 57 (14,6%) usavam de vez em quando e 12 (3,1%) usavam todos os dias; cola/thinner: 17 (4,8%) usavam de vez em quando e 3 (0,9%) usavam todos os dias; heroína: 5 (1,3%) usavam de vez em quando e 1 (0,3%) usava todos os dias. Em relação ao uso de medicamentos, 69 (17,7%) usavam de vez em quando e 45 (11,5%) usavam todos os dias (TABELA 3).

5.4 Dados sobre utilização de serviços de saúde

Considerou-se como utilização dos serviços de saúde o recebimento de atendimento referido pelo usuário nos últimos 30 dias anteriores à entrevista. Como não utilização, considerou-se as pessoas que não procuraram serviços de saúde no período e as que procuraram, mas não receberam o atendimento.

Dos participantes da pesquisa, 290 (74,4%) disseram procurar algum serviço de saúde quando estavam doentes ou precisando de atendimento de saúde (TABELA 4). Dentre todos que disseram procurar algum serviço de saúde, a maior parte (164 - 56,6%) costumava procurar posto/centro de saúde, seguido de pronto-socorro e emergência (75 - 25,9%) e hospital (29 - 10%).

Os resultados mostraram que 174 indivíduos (60%) procuraram algum serviço de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde nos últimos 30 dias (TABELA 4). Dentre os motivos pelo qual os indivíduos procuraram atendimento, 55 (31,6%) foi por doença, seguido de 24 (13,8%) por acidente e lesões e 23 (13,2%) para imunização. Quando questionados sobre o local de procura de atendimento de saúde por este motivo no último mês, o posto/centro de saúde apareceu como o serviço de saúde costumeiramente procurado pela PSR (56,6%) e também foi o serviço de saúde mais utilizado (57 %) no último mês (TABELA 4).

Na maioria dos casos, os 164 indivíduos que procuraram pela primeira vez pelo serviço de saúde foram atendidos (94,3%) e dez (5,7%) não foram atendidos, sendo que seis afirmaram que não foram atendidos por esperar muito e desistir do atendimento (TABELA 4).

TABELA 3 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis sobre estado de saúde, uso de álcool, drogas e tabaco. Belo Horizonte, 2021 (n=390).

Variável	Opções de resposta	N	%	P-valor
Como você avalia seu estado de saúde?	Bom	292	74,9%	<0,001
	Ruim	98	25,1%	
Seus problemas de saúde interferem nas suas atividades cotidianas?	Sim	141	36,2%	<0,001
	Não	249	63,8%	
Possui comorbidades/doenças?	Sim	155	39,7%	<0,001
	Não	235	60,3%	
Faz uso de cigarros?	Sim	284	72,8%	<0,001
	Não	106	27,2%	
Faz uso de álcool?	Sim	230	59,0%	<0,001
	Não	160	41,0%	
Álcool medicinal (N38)	De vez em quando	5	13,2%	<0,001
	Não usa	33	86,8%	
Cocaína	De vez em quando	57	14,6%	<0,001
	Não usa	321	82,3%	Ref.
	Todos os dias	12	3,1%	<0,001
Craque	De vez em quando	78	20,0%	<0,001
	Não usa	282	72,3%	Ref.
	Todos os dias	30	7,7%	<0,001
Heroína	De vez em quando	5	1,3%	<0,001
	Não usa	384	98,5%	Ref.
	Todos os dias	1	0,3%	<0,001
Maconha	De vez em quando	86	22,1%	<0,001
	Não usa	231	59,2%	Ref.
	Todos os dias	73	18,7%	<0,001
Medicamentos	De vez em quando	69	17,7%	<0,001
	Não usa	276	70,8%	Ref.
	Todos os dias	45	11,5%	<0,001
Thinner / cola	De vez em quando	17	4,8%	<0,001
	Não usa	332	94,3%	Ref.
	Todos os dias	3	0,9%	<0,001

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

Das 164 pessoas que utilizaram algum serviço de saúde na primeira procura nos últimos 30 dias, 75 (43,1%) voltaram a procurar atendimento por esse mesmo motivo e 99 (56,9%) não procuraram atendimento. Dentre os 75 respondentes que voltaram a procurar atendimento de saúde (43,1%), 50 (66,7%) buscaram o posto/centro de saúde, seguido de pronto-socorro e emergência 10 (13,3%) e 5 (6,7%) hospitais.

Quando questionados se foram atendidos nessa última vez que buscaram atendimento de saúde, 73 (97,3%) afirmam atendimento e dois (2,7%) relataram que não foram atendidos por não conseguirem vaga ou senha. A média de procura de atendimento de saúde por esse mesmo motivo no último mês foi de 3,4 (DP 2,7), sendo a quantidade mínima de procura de uma vez e a quantidade máxima de 14 vezes.

TABELA 4 - Distribuição da população estudada de acordo com as variáveis sobre utilização dos serviços de saúde. Belo Horizonte, 2021 (n=390).

Variável	Opções de resposta	N	%	P-valor
Quando você está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar algum serviço de saúde?	Sim	290	74,4%	<0,001
	Não	100	25,6%	
No último mês você procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	Sim	174	60,0%	<0,001
	Não	116	40,0%	
Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento relacionado à saúde no último mês?	Acidente ou lesão	24	13,8%	<0,001
	Problema odontológico	5	2,9%	<0,001
	Reabilitação	5	2,9%	<0,001
	Pré-natal	3	1,7%	<0,001
	Puericultura	1	0,6%	<0,001
	Vacinação	23	13,2%	<0,001
	Outros atendimentos preventivos	15	8,6%	<0,001
	Doença	55	31,6%	Ref.
	Outro	43	24,7%	0,153
	Farmácia	5	2,9%	<0,001
	Posto ou centro de saúde	100	57,5%	Ref.
	Consultório odontológico	2	1,1%	<0,001
Onde você procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo no último mês?	Ambulatório ou consultório de clínica	1	0,6%	<0,001
	Pronto-socorro ou emergência	37	21,3%	<0,001
	Hospital	19	10,9%	<0,001
	Laboratório ou clínica para exames complementares	1	0,6%	<0,001
	Consultório de Rua	5	2,9%	<0,001
	Outro	4	2,3%	<0,001
Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde no último mês, você foi atendido(a)?	Sim	164	94,3%	<0,001
	Não	10	5,7%	
Este serviço de saúde onde você foi atendido (a) era	Público	167	97,1%	Ref.
	Particular	4	2,3%	<0,001
	Não sabe	1	0,6%	<0,001
	Muito bom	70	40,7%	Ref.
Você considera que o atendimento de saúde recebido foi	Bom	60	34,9%	0,266
	Regular	22	12,8%	<0,001
	Ruim	8	4,7%	<0,001
	Muito ruim	12	7,0%	<0,001
Você Já passou por preconceito/ discriminação em serviços de saúde?	Sim	111	28,5%	<0,001
	Não	279	71,5%	

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

Observou-se que a consulta médica foi o principal atendimento recebido pelos 172 indivíduos que em algum momento nos últimos 30 dias utilizaram algum serviço de saúde, seja na primeira procura ou em outras (78 respondentes - 45,3%). Procedimentos do tipo: imunização, curativo, aferição de pressão arterial e administração de medicamentos representaram 36 respostas (20,9%). Destes, a

maioria utilizou um serviço de saúde público. Em geral, os indivíduos avaliaram em muito bom 70 (40,7%) ou bom 60 (34,9%) o atendimento recebido (TABELA 4).

5.5 Dados sobre a não utilização dos serviços de saúde

Das 116 pessoas que não procuraram os serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, 155 (71,8%) não o fizeram por não terem percebido necessidades durante o período investigado. Entretanto, outras 21 (9,7%) disseram que não procuraram devido à demora do atendimento, seguido por acharem que não tinham direito (15 - 6,9%) e por não gostarem dos profissionais do estabelecimento de saúde (12 - 5,6%). Também foram apontados como motivos, em menor frequência, horários incompatíveis por cinco respondentes (2,3%), não ter dinheiro; por dois respondentes (0,9%), o local de atendimento ser distante ou de difícil acesso, também por dois respondentes (0,9%) e o estabelecimento não possuir especialista compatível com suas necessidades (um respondente - 0,5%); dificuldade de transporte (um respondente - 0,5%); e por não ter quem o (a) acompanhasse (um respondente - 0,5%).

5.6 Análise bivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde

Na tabela 5, são apresentados os dados sociodemográficos dos indivíduos que utilizaram serviços de saúde nos últimos 30 dias e suas respectivas razões de prevalência para cada variável, entretanto, não foi identificada associação estatisticamente significativa de nenhuma variável com a utilização dos serviços de saúde.

Em relação ao motivo que levou a ir para rua, observou-se uma razão de prevalência de 1,32 (RP = 1,32; IC95%: 1,04 -1,68), para utilização dos serviços de saúde dos indivíduos que relataram que a escolha própria foi o principal motivo que o levou a ir para rua (TABELA 6).

TABELA 5 - Frequência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores sociodemográficos em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Belo Horizonte, 2021 (n=290).

Fatores sociodemográficos		Total (N)	Prevalência de uso de serviços de saúde		p-valor	Razão de Prevalência	
			N	%		RP	IC 95%
Gênero	Feminino	46	27	58,70	0,844	1,03	0,79 - 1,33
	Masculino	244	147	60,25			
Qual a sua Cor/Raça?	Branca	72	38	52,78	0,132	1,08	0,82 - 1,43
	Preta	93	53	56,99			
	Parda	125	83	66,40			
Qual sua orientação sexual?	Não	19	11	57,89	0,846	1,04	0,71 - 1,53
	Heterossexual	271	163	60,15			
	Heterossexual	235	141	60,00			
Possui um companheiro (a)?	Não	55	33	60,00	1,000	1,00	1,00 – 1,00
	Sim	112	62	55,36			
Qual a sua escolaridade?	Sem instrução	99	65	65,66	0,311	1,19	0,95 - 1,48
	Fundamental	79	47	59,49			
	Médio	40	26	65,00			
Onde nasceu?	Região Metropolitana	111	66	59,46	0,415	0,91	0,69 - 1,21
	Belo Horizonte	79	51	64,56			
	Interior do Estado	60	31	51,67			
	Outro Estado	158	87	55,06			
Possui renda mensal?	Não	132	87	65,91	0,060	1,20	0,99 - 1,44
	Sim	10	7	70,00			
Qual a sua situação ocupacional?	Aposentado	61	38	62,30	0,265	0,89	0,55 - 1,45
	Ocupado	66	45	68,18			
	Eventual	153	84	54,90			
Beneficiário de programa de transferência de renda governamental?	Desempregado	128	74	57,81	0,499	1,07	0,88 - 1,29
	Não	162	100	61,73			

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

Foi observada, também, uma razão de prevalência (RP = 1,62; IC95%: 1,20 - 2,20) de utilização dos serviços de saúde entre os indivíduos que utilizavam o albergue para a pernoite. Com relação à participação em movimentos sociais, foi identificada uma razão de prevalência de 1,25 para o uso dos serviços de saúde para os participantes destes movimentos (RP = 1,25; IC95%: 0,97 - 1,59) (TABELA 6).

TABELA 6 - Frequência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores de trajetória de rua em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Belo Horizonte, 2021 (n=290).

Fatores de trajetória de rua	Total (N)	Prevalência de uso de	p-valor	Razão de Prevalência
------------------------------	-----------	-----------------------	---------	----------------------

		serviços de saúde				
		N	%		RP	IC 95%
Qual o principal motivo que o levou a ir para rua?	Outros	96	56	58,33	0,032	1,03 0,81 - 1,32
	Condições financeiras	83	50	60,24		
	Ausência de família	34	15	44,12		
	Foi expulso(a) pela família	25	13	52,00		
	Escolha própria	52	40	76,92		
Possui vínculo com a família?	Não	146	87	59,59	0,886	1,01 0,84 - 1,22
	Sim	144	87	60,42		
	Outro	19	9	47,37		
Qual o motivo para o afastamento da família?	Escolha pessoal	47	28	59,57	0,831	1,26 0,77 - 2,07
	Divergências conjugais	45	28	62,22		
	Perda do emprego	13	8	61,54		
	Uso de álcool ou drogas ilícitas	22	14	63,64		
Possui planos para sair da rua?	Não	18	11	61,11	0,921	0,98 0,67 - 1,44
	Sim	272	163	59,93		
Quanto tempo vive na rua?	Há menos de 6 meses	83	49	59,04	0,832	1,02 0,83 - 1,26
	Mais de 6 meses	207	125	60,39		
Já passou por preconceito/discriminação?	Não	92	48	52,17	0,064	1,22 0,99 - 1,50
	Sim	198	126	63,64		
Qual o motivo do preconceito/discriminação?	Outros	28	14	50,00	0,378	1,35 0,96 - 1,90
	Por viver na rua	110	74	67,27		
	Aspecto físico / higiene	35	23	65,71		
	Cor ou raça	25	15	60,00		
	Outros	33	15	45,45		
Qual o local que dorme com maior frequência?	Praças/Parques	33	16	48,48	<0,001	1,07 0,64 - 1,78
	Pontes/Viadutos	13	9	69,23		
	Calçadas/Calçadão	55	23	41,82		
	Albergue	133	98	73,68		
	Abrigo	23	13	56,52		
	Outros	90	62	68,89		
	Construção civil/pedreiro/pintor	32	18	56,25		
O que faz principalmente para sobreviver?	Lava/guarda carros/flanelinha	27	17	62,96	0,412	0,91 0,67 - 1,24
	Carga e descarga	10	7	70,00		
	Vendedor	46	26	56,52		
	Catador de materiais recicláveis	32	16	50,00		
	Reciclagem	18	8	44,44		
	Pede/Pedinte	35	20	57,14		
Frequenta alguma Unidade de Acolhimento?	Não	24	13	54,17	0,542	1,12 0,78 - 1,60
	Sim	266	161	60,53		
Possui parentes ou amigos morando perto?	Não	176	105	59,66	0,883	1,01 0,84 - 1,23
	Sim	114	69	60,53		
Participa de Movimento Social?	Não	247	143	57,89	0,079	1,25 0,97 - 1,59
	Sim	43	31	72,09		

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

Em relação às condições de saúde, os indivíduos que tiveram a percepção do próprio estado de saúde como “bom” (RP = 0,66; IC95%: 0,55 - 0,81) (TABELA 7), possuíram uma razão de prevalência de utilizar mais os serviços comparados aos que

autoavaliaram como “ruim”. Observou-se, também, que os indivíduos que relataram que seus problemas de saúde interferiam nas suas atividades cotidianas (RP = 1,22; IC95%: 1,01 - 1,47) (TABELA 7), possuíam maior razão de prevalência de utilização se comparado aos que responderam que os problemas de saúde não interferiam nessas atividades.

Com relação à presença de doenças/comorbidades, foi identificado que os indivíduos que se declararam portadores de alguma doença/comorbidade (RP = 1,30; IC95%: 1,07 - 1,56) (TABELA 7), apresentaram uma razão de prevalência 1,30 maior de utilizar o serviço de saúde do que pessoas que disseram não ser portadoras de alguma doença/comorbidade. Foi observada, também, uma razão de prevalência maior para utilização dos serviços de saúde entre os indivíduos que relataram fazer uso de medicamentos (RP = 1,22; IC95%: 1,01 - 1,47) e crack (RP = 0,81; IC95%: 0,64 - 1,02) (TABELA 7).

Os resultados mostraram que a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista foi estatisticamente associada à motivo que levou a ir para rua, local que dorme com maior frequência, participação em movimentos sociais, autoavaliação do seu estado de saúde, se os problemas de saúde interferiam nas suas atividades cotidianas, se possuíam comorbidades/doenças e utilização de medicamentos e drogas ilícitas.

TABELA 7 - Frequência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC 95%) dos fatores sobre condições de saúde em relação à utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Belo Horizonte, 2021 (n=290).

Fatores sobre condições de saúde		Total (N)	Prevalência de uso de serviços de saúde		p-valor	Razão de Prevalência	
			N	%		RP	IC 95%
Como você avalia seu estado de saúde?	Ruim	78	62	79,49	<0,001	0,66	0,55 - 0,81
	Bom	212	112	52,83			
Seus problemas de saúde interferem nas suas atividades cotidianas?	Não	174	96	55,17	0,040	1,22	1,01 - 1,47
	Sim	116	78	67,24			
Possui comorbidades/doenças?	Não	162	86	53,09	0,007	1,30	1,07 - 1,56
	Sim	128	88	68,75			
Faz uso de cigarros?	Não	88	54	61,36	0,754	0,97	0,79 - 1,19
	Sim	202	120	59,41			
Faz uso de álcool?	Não	130	76	58,46	0,630	1,05	0,87 - 1,27
	Sim	160	98	61,25			
Álcool medicinal	Não usa	25	16	64,00	0,296	1,56	0,78 - 3,13
	Usa	3	3	100,00			
Cocaína	Não usa	239	143	59,83	0,900	1,02	0,79 - 1,30
	Usa	51	31	60,78			
Crack	Não usa	221	139	62,90	0,072	0,81	0,64 - 1,02
	Usa	69	35	50,72			
Heroína	Não usa	285	170	59,65	0,357	1,34	0,72 - 2,51
	Usa	5	4	80,00			
Maconha	Não usa	179	111	62,01	0,375	0,92	0,75 - 1,11
	Usa	111	63	56,76			
Medicamentos	Não usa	193	102	52,85	<0,001	1,40	1,16 - 1,70
	Usa	97	72	74,23			
Thinner/cola	Não usa	253	150	59,29	0,823	0,94	0,53 - 1,66
	Usa	9	5	55,56			

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

5.7 Análise multivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde

Com o objetivo de determinar o efeito independente da associação as covariáveis que apresentaram um nível de significância de $p < 0,20$ e a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, realizou-se o modelo Regressão de Poisson Multivariado. Também foram calculados a razão de prevalência corrigida e seu respectivo intervalo de confiança. O nível de significância adotado foi de 5%. Assim, foi possível analisar de maneira multivariada como esses fatores influenciam na predição da razão de prevalência.

O modelo de Poisson foi utilizado somente com as variáveis com significância ou p-valor próximo a isso ($p\text{-valor} < 0,20$), respeitando a mesma resposta de referência em cada variável. Assim, somente quatro variáveis se mostraram significantes. Para finalizar, aplicou-se novamente o modelo de Poisson, mas somente com essas quatro variáveis. Ressalta-se que os p-valores foram obtidos pelo teste de Wald e realizou-

se a estimação do modelo de Poisson com o estimador robusto. As variáveis significativas foram: 1 - Qual o principal motivo levou a ir para rua? Escolha própria (RP = 1,29; IC95%: 1,03 - 1,61) (TABELA 8); 2 - Participa de movimento social? Sim (RP = 1,26; IC95%: 1,01 - 1,51) (TABELA 8); 3 - Como avalia seu estado de saúde? Bom (RP = 0,68; IC95%: 0,54 - 0,87) (TABELA 8); 4 – Produtos que utiliza? Usa crack (RP = 0,77; IC95%: 0,6 - 0,98) (TABELA 8), Produtos que utiliza? Usa Medicamentos (RP = 1,24; IC95%: 1,03 - 1,49) e Uso de crack (RP = 0,81; IC95%: 0,64 - 1,02) (TABELA 8). Sendo assim, os fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela PSR foram: a escolha própria como motivo que levou a ir para rua; a participação em movimento social, a autoavaliação positiva do seu estado de saúde, o uso de medicamentos e droga ilícita (crack).

TABELA 8 - Modelo final de regressão de Poisson para utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Belo Horizonte, 2021 (n=290).

Variáveis		RP Ajustada	IC 95%	p-valor
Qual o principal motivo que o levou a ir para rua?	Condições financeiras	1,05	0,83 - 1,33	0,662
	Ausência de família	0,71	0,48 - 1,04	0,080
	Foi expulso(a) pela família	1,03	0,70 - 1,51	0,880
	Escolha própria	1,32	1,05 - 1,66	0,018
Participa de Movimento Social?	Sim	1,26	1,01 - 1,57	0,037
Como você avalia seu estado de saúde?	Bom	0,68	0,54 - 0,87	0,002
Produtos que utiliza	Usa crack	0,77	0,60 - 0,98	0,033
	Usa medicamentos	1,24	1,03 - 1,49	0,020

Fonte: Elaborado para fins deste estudo (2022).

6 DISCUSSÃO

6.1 Características sociodemográficas

Após mais de 12 anos desde a publicação da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua, a condição de precariedade social dessa população no Brasil tem se agravado, especialmente a partir de 2017, após a crise econômica e política que o país viveu, além do crescente desemprego, que tem forçado famílias a migrar de cidade em busca de trabalho, bem como outros fatores que já os atingiam, como dependência química, conflitos familiares, entre outros (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

Atualmente, no Brasil, são estimadas 160.097 pessoas em situação de rua cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (DIAS *et al.*, 2021). Entre os países que realizam pesquisa censitária nacional periódica com a população em situação de rua, no ano de 2012, havia mais de 600 mil moradores de rua nos Estados Unidos e mais de 400 mil na União Europeia, com aumento em cada censo realizado, e apenas Finlândia e Holanda reportaram reduções nesses dados (EUROPEAN COMMISSION, 2013). Em 2018, havia 2.181 pessoas desabrigadas em Vancouver-Canadá, com um aumento de 2% em relação ao censo anterior. No entanto, este é o maior número desde a primeira contagem regional de desabrigados, em 2005 (HOMELESSNESS SERVICES ASSOCIATION OF BC; URBAN MATTERS; BC NON-PROFIT HOUSING ASSOCIATION, 2018).

O aumento da PSR tem afetado diversos países e tende a aumentar nas grandes e médias cidades, principalmente em consequência da consolidação do capitalismo globalizado (MELO *et al.*, 2022). Esse fenômeno é consequência das crises econômicas, da precarização das relações e condições de trabalho e da estrutura de desigualdades e iniquidades sociais (PRADO *et al.*, 2021). O grupo populacional sofre exclusão social ao ser tratado como socialmente “improdutivo” e não ter sua dignidade humana reconhecida, ter seus direitos violados e ser destituído até mesmo de direitos humanos básicos e de garantia universal, como o acesso à saúde (BORYSOW; FURTADO, 2017; BRITO; NASCIMENTO, 2022; MELO *et al.*, 2022).

O resultado da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, em 2008, identificou que o sexo masculino (82%) predominava no perfil deste grupo social no Brasil (BRASIL, 2009). Outros estudos nacionais e internacionais também identificaram a predominância do sexo masculino em situação de rua (AIZUDDIN; ABDUL JABAR; IDRIS, 2019; BARATA *et al.*, 2015; BELO HORIZONTE, 2014, 2020a; BOTTIL *et al.*, 2011; BRITO; SILVA, 2022; CHAVES JÚNIOR; AGUIAR, 2020; COUNTRYMETERS, 2016; HAMADA *et al.*, 2018; HUNGARO *et al.*, 2020; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; MANCHINI, 2018; MELO *et al.*, 2022; NATALINO, 2020; PIMENTA, 2019; PRADO *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2019; TUCKER *et al.*, 2020).

Houve também predominância do sexo masculino (85,6%) entre o público da presente investigação, mostrando semelhança com evidências nacionais e internacionais que também reportam a presença majoritária do público do sexo masculino entre as pessoas situação de rua. Percebe-se que a maior parte das pessoas em situação de rua em Belo Horizonte é do sexo masculino, acompanhando a tendência do estado de Minas Gerais com 88% e brasileira com 86%, como destacado no Relatório Técnico-Científico elaborado pelo Programa Polos de Cidadania da UFMG (DIAS *et al.*, 2021).

Em relação à média de idade, em Recife foi identificado uma média de 35,88 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 63 anos (RODRIGUES *et al.*, 2019). Na cidade de Salvador, a maior parte dos participantes de uma pesquisa com pessoas em situação de rua foi de homens com idades variando entre 30 e 66 anos (AGUIAR; IRIART, 2012). Em estudo realizado no Rio de Janeiro, predominou a faixa etária entre 30 e 60 anos (BRITO; SILVA, 2022). No último censo de pessoas em situação de rua da cidade de São Paulo, realizado em 2019, a média de idade é de 41,6 anos, mas também foi identificado 13% de idosos (SÃO PAULO, 2019).

Em estudo realizado em Maringá-PR, a idade das pessoas em situação de rua foi em média de 37,7 anos, sendo mínima e máxima, 18 e 77 anos, respectivamente (HUNGARO *et al.*, 2020). Em Porto Alegre, os dados revelam que, paralelamente ao crescimento absoluto, há um processo de envelhecimento deste grupo social, pois mais de 60% da população em situação de rua de Porto Alegre tem 35 anos ou mais (PIMENTA, 2019).

Em Minas Gerais, segundo dados do diagnóstico da população em situação de rua no município de Juiz de Fora, realizado em 2016, 25% das pessoas em situação de rua tinham acima de 50 anos (JUIZ DE FORA, 2016; VALLE; FARAH, 2020). Dados

do último censo da PSR e do migrante de Belo Horizonte, realizado em 2013, identificaram a média de idade de 39,6 anos, de modo que mais da metade dessa população (67%) situava-se na faixa etária entre 31 e 50 anos, indicando um envelhecimento da população em situação de rua, quando comparadas aos censos anteriores (BELO HORIZONTE, 2014).

Já em 2020, o Relatório Técnico-Científico elaborado pelo Programa Polos de Cidadania da UFMG, por meio de dados do CadÚnico, apontou que a população em situação de rua em Belo Horizonte é majoritariamente composta por pessoas na faixa etária de 18 a 59 anos, sendo pouco menos de 10% com 60 anos de idade ou mais (DIAS *et al.*, 2021). O resultado deste estudo apresenta semelhança com a literatura, pois revela que a média de idade dos indivíduos foi de 38,8 anos (DP 13,2 anos), sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 84 anos.

A população em situação de rua vive uma condição conflituosa em relação à posse de documentos. Se por um lado, eles ajudam a escapar de abusos policiais e são necessários para a conquista de determinados auxílios, como o Auxílio Brasil, antigo Bolsa Família, e de um trabalho formal, por outro lado, a posse deles pode permitir que pessoas os identifiquem de forma involuntária, ferindo a sua privacidade e as obrigando a contactar familiares e voltar para casa (RODRIGUES *et al.*, 2019).

No ano de 2008, na Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, foi identificado que 24,8% das pessoas não possuíam quaisquer documentos de identificação (BRASIL, 2008b). Em Recife, foi identificado que 50% e 78% disseram ter posse da carteira de identidade e da certidão de nascimento, respectivamente (RODRIGUES *et al.*, 2019). Nos resultados deste estudo, é possível observar uma realidade semelhante aos estudos anteriores, pois a maioria dos indivíduos (79,2%) possuía documentos. Dentre esses, o documento de identidade prevaleceu em posse dos indivíduos (77,0%) em relação aos demais.

No tocante à etnia autodeclarada, corroborando os dados de outras pesquisas sobre a população em situação de rua, houve predominância nesta pesquisa das etnias parda (163 respondentes - 41,8%) e preta (127 respondentes - 32,6%) (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BRASIL, 2009; DIAS *et al.*, 2021; HUNGARO *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2022; RODRIGUES *et al.*, 2019; SÃO PAULO, 2019; VALLE; FARAH, 2020). Ainda, é válido ressaltar que mais de 60% da PSR no Brasil se considera parda ou preta e Belo Horizonte é uma das capitais do país com o

maior número de cadastros de pessoas em situação de rua que se consideram pretas e pardas (DIAS *et al.*, 2021).

Em relação à orientação sexual, a maioria dos indivíduos participantes desta pesquisa se declararam como heterossexuais (359 - 92,1%) e sem companheiro (a) (324 indivíduos - 83,1%). Dados esses que são semelhantes ao resultado de outra pesquisa, que também aponta a predominância de 87 (92,55%) heterossexuais e 79 (84,04%) solteiros (RODRIGUES *et al.*, 2019). Mesmo com esses resultados, é importante reforçar a escassez de dados sobre questões de gênero e diversidade sexual no contexto de pessoas em situação de rua. Essa precariedade de estudos também pode ser observada em âmbito internacional (MEDEIROS; AMORIM; NOBRE, 2020).

Em relação ao nível de escolaridade, os resultados desta pesquisa condizem com vários outros estudos que apontam uma predominância de pessoas em situação de rua com o ensino fundamental incompleto (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BRASIL, 2009; CHAVES JÚNIOR; AGUIAR, 2020; DIAS *et al.*, 2021; HUNGARO *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2022; PIMENTA, 2019; PRADO *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

Para os homens que se consideram chefes de família, a perda do trabalho e as dificuldades de se inserir no mercado trabalhista acarretam a perda do status de provedor, o que leva a quebra de vínculos e o deslocamento para as ruas (ABREU; OLIVEIRA, 2017). Apesar de não ser possível estabelecer uma relação direta (e única) entre desemprego e a situação de rua, é inegável a importância do trabalho em relação aos demais vínculos sociais. O trabalho confere identidade na nossa sociedade, o que torna importante compreendê-lo como uma das causas que levam à vida na rua, mas também como um elemento que mantém os sujeitos nessa situação, conjuntamente com a fragilidade dos laços familiares e comunitários (PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019).

Desmistificando o pensamento de que a PSR é composta apenas por 'pedintes' e desocupados, grande parte das pessoas em situação de rua realizam alguma atividade laboral como fonte de renda. Mesmo sendo em sua maioria trabalhos informais ("bicos"), os serviços são voltados às áreas de construção civil, descarregamento, entrega de panfletos, entre outras funções (PRADO *et al.*, 2021).

Apesar de alguns estudos demonstrarem que as pessoas em situação de rua mantêm uma renda mínima para o seu sustento, seja por meio de empregos (formais

ou informais) ou por programas sociais do governo (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BRASIL, 2009; MELO *et al.*, 2022; PIMENTA, 2019; PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019; PRADO *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2019; VALLE; FARAH, 2020). Nesse estudo, mais da metade dos participantes (226, referente a 57,9%) declararam não ter renda mensal e 171 (43,8%) se declaram desempregados.

Na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, em 2008, foi identificado que a grande maioria (95,5%) não participa de qualquer movimento social ou atividade de associativismo e 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais (BRASIL, 2009). Em Belo Horizonte, o último censo realizado em 2013 apontou que 95% não participavam de qualquer movimento social e 45% recebiam algum tipo de benefício social, com predominância de 31,2% do Bolsa Família (BELO HORIZONTE, 2014).

Em Recife, em pesquisa que tinha como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do Consultório na Rua, 37,23% dos participantes afirmaram receber algum benefício do governo, sendo o Bolsa Família o principal benefício citado (51,67%) e a maioria dos entrevistados apresentaram pouco envolvimento em programas sociais (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Em consonância com a literatura científica, neste estudo, um número relevante de participantes (346) afirmou não participar de movimento social (88,7%) e em relação ao recebimento de benefício de programa de transferência de renda governamental, 196 (50,3%) negaram receber benefícios, sendo que já é possível observar uma estagnação sobre o acesso aos benefícios sociais, visto que, há nove anos, o percentual de recebimento da PSR de Belo Horizonte era de 45% (BELO HORIZONTE, 2014).

Desse modo, conforme constatado pela literatura e resultados deste estudo, a cobertura dos programas governamentais se mantém sem progressão e ainda não atinge a maior parte da população em situação de rua. Essas evidências possivelmente podem fomentar reflexão sobre a baixa inclusão social e garantia de direitos da PSR. A inércia identificada pode sugerir o déficit de proteção do estado, repercutindo de forma negativa no acolhimento, no acesso aos direitos humanos básicos, na possibilidade de renda para sobrevivência e na garantia de uma vida digna para esse grupo populacional.

O estudo evidenciou uma população em situação de rua do município de Belo Horizonte com perfil sociodemográfico semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais e internacionais (ABREU; OLIVEIRA, 2017; AIZUDDIN; ABDUL JABAR; IDRIS, 2019; EUROPEAN COMMISSION, 2013; HOMELESSNESS SERVICES ASSOCIATION OF BC; URBAN MATTERS; BC NON-PROFIT HOUSING ASSOCIATION, 2018; HUNGARO *et al.*, 2020; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2022; PIMENTA, 2019; PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019; PRADO *et al.*, 2021; TIENGO, 2018; TUCKER *et al.*, 2020; TWEED *et al.*, 2018; VALLE; FARAH, 2020).

6.2 Dados sobre trajetória de rua

Várias pesquisas identificam como motivos e razões que levaram pessoas a estar em situação de rua o uso abusivo de álcool e outras drogas, o rompimento de vínculos e os conflitos familiares, o desemprego e o prazer da liberdade que é vivenciado na rua (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BRASIL, 2009; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; SICARI; ZANELLA, 2018; TUCKER *et al.*, 2020; VALLE; FARAH, 2020).

Em pesquisa nacional, foi identificado como principal motivo pelo qual essas pessoas passaram a viver e morar na rua o problema de alcoolismo e/ou drogas (35,5%) (BRASIL, 2009). Em outros estudos, foram apontadas as desavenças familiares como fator de principal relevância nesse quesito (BARATA *et al.*, 2015; BELO HORIZONTE, 2014; CERVIERI *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2019).

Já neste estudo, foi identificado como principal motivo para estar em situação de rua a condição financeira (103 indivíduos -26,4%). Corroborando os resultados deste estudo, dados recentes de outra pesquisa também apontaram que o desemprego foi a principal razão que levou os indivíduos a viver nas ruas (PRADO *et al.*, 2021).

No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou que estava em curso a pandemia de COVID-19. Essa crise sanitária impactou a saúde pública, a economia e os mercados de trabalho. Nesse contexto, uma das consequências da pandemia foi o aumento do desemprego e, portanto, as condições financeiras podem ser um novo fator de relevância para a migração para as ruas (COSTA, 2020).

Em fevereiro de 2020, havia mais de 146 mil pessoas que se declararam em situação de rua no CadÚnico de programas sociais do governo federal (BRASIL,

2020a). Uma nova estimativa sobre a PSR realizada no período da pandemia, indica, por sua vez, que, em março de 2020, havia cerca de 222 mil pessoas nessa situação (NATALINO, 2020).

Pesquisas apontam que, em relação ao tempo, geralmente essas pessoas estão nesta situação há mais de cinco anos (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BRITO; SILVA, 2022; HUNGARO *et al.*, 2020; PIMENTA, 2019; SICARI; ZANELLA, 2018). O resultado da presente pesquisa corrobora os dados da literatura. Esses dados apontam uma tendência da situação de rua se tornar crônica, apesar de existirem planos de deixar essa situação, conforme foi constatado neste estudo, em que 90,8% dos entrevistados possuíam planos de sair das ruas e na pesquisa de Barata e colaboradores (2015), quando quase a totalidade dos entrevistados declarou intenção de sair dessa situação.

Estar em situação de rua retrata um acúmulo de desvantagens que se traduzem em maior discriminação social, ausência ou precariedade de vínculos, sensação de insegurança, ausência de confiança nas pessoas e instituições, exposição a inúmeras situações de risco para a saúde, comportamentos não saudáveis, maior possibilidade de mortalidade e esperança de vida menor (BARATA *et al.*, 2015).

As representações sociais históricas sobre estigma e preconceito relacionados à PSR provocam sofrimento psíquico, sentimento de vergonha, afastamento das relações familiares e sociais (BRITO; SILVA, 2022). As pessoas em situação de rua estão entre os grupos mais marginalizados na sociedade (MANCHINI, 2018).

Estudos nacionais e internacionais apontam que a percepção da discriminação e o preconceito são extremamente altos em pessoas situação de rua (BARATA *et al.*, 2015; BELO HORIZONTE, 2014; BRITO; SILVA, 2022; CERVIERI *et al.*, 2019; CHAVES JÚNIOR; AGUIAR, 2020; HOMELESSNESS SERVICES ASSOCIATION OF BC; URBAN MATTERS; BC NON-PROFIT HOUSING ASSOCIATION, 2018; NATIONAL COALITION FOR THE HOMELESS, 2014; PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2019; ONU, 2015; VALLE; FARAH, 2020). Os resultados desta pesquisa reforçam esses achados quando 266 dos participantes (68,2%) afirmara já ter passado por algum tipo de preconceito, sendo que a própria situação de rua foi o fator mais relevante para tal.

Outro fator relevante relacionado ao preconceito neste estudo foi a questão do aspecto físico/higiene, correspondendo a 22,9% dos indivíduos. Em Recife e no Distrito Federal, a existência de preconceito também foi fortemente associada às

precárias condições de higiene da PSR (CHAVES JÚNIOR; AGUIAR, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2019).

Estudos identificam que a sociedade ainda atribui um caráter depreciativo às pessoas em situação de rua, ocasionando práticas discriminatórias e opressoras (BRITO; SILVA, 2022; SICARI; ZANELLA, 2018). Em uma outra pesquisa, as autoras afirmam que estar em situação de rua gera sofrimento, pois os indivíduos vivenciam desde dificuldades de sobrevivência física (fome e frio) quanto relacionais: na maioria das vezes, sofrem preconceito, desrespeito e violência policial (ALCANTARA; ABREU; FARIAS, 2015).

Em relação à exploração do território, neste estudo, os resultados contradizem a maioria das outras pesquisas, sendo que o local mais apontado para pernoite foi o Albergue, por 159 (40,8%) dos entrevistados. Os resultados de outros estudos apontam que o local predominante de pernoite da PSR é a própria rua (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BELO HORIZONTE, 2014; BRASIL, 2009; BRITO; SILVA, 2022; HOMELESSNESS SERVICES ASSOCIATION OF BC; URBAN MATTERS; BC NON-PROFIT HOUSING ASSOCIATION, 2018; HUNGARO *et al.*, 2020; PIMENTA, 2019; PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2019).

Destaca-se que os participantes da pesquisa, predominantemente, eram usuários de centros de referência para a população em situação de rua. O acesso a esse serviço da assistência social auxilia na elaboração de projetos de vida, reintegração social e/ou familiar e realiza o direcionamento dessas pessoas a utilizarem os dispositivos sociais presentes dentro do território, podendo colaborar para melhor inserção da PSR aos albergues. Esse serviço atende especificamente à PSR. Além disso, conta com um espaço para convívio grupal, social e para desenvolvimento de relações pautadas na solidariedade, afetividade e respeito, no intuito de proporcionar vivências que alcancem autonomia, organização, mobilização e participação social (PRADO *et al.*, 2021).

Importante salientar que o resultado deste estudo, referente ao albergue ser o local de escolha para a pernoite, também é contraditório aos dados do último censo da população em situação de rua de Belo Horizonte em 2013, quando a maioria dos respondentes (56,6%) afirmaram preferir dormir na rua. Esses 56,6% justificaram como razões para não dormir nas unidades de acolhimento institucional os seguintes motivos: 33,5% a falta de flexibilidade de horário/regras, 25,6% a falta de segurança, 16,3% a falta de acesso, 16% o desconhecimento da localização, 15% o relato de

maus tratos, 4% a falta de vagas e 27,6% relataram outros motivos (BELO HORIZONTE, 2014).

Apesar de o resultado deste estudo ser contraditório à literatura, algumas pesquisas sugerem que a falta de liberdade nos albergues é uma das principais razões para esses locais não serem muito procurados. Os usuários alegam a imposição de regras rígidas, forma de tratamento hostil, proibição de uso de álcool e drogas e dificuldade para conseguir vagas (BELO HORIZONTE, 2021a; BRASIL, 2009; PIMENTA, 2019). Nesse sentido, ao planejar políticas públicas para determinado grupo social, é necessário conhecer suas histórias e vontades, a fim de atender às suas demandas. Caso contrário, inseri-los em um contexto no qual suas concepções e valores não são considerados, é o mesmo que cercear a sua liberdade (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Na trajetória de exclusão social de pessoas em situação de rua, existe uma diversidade de fenômenos que não se reduz à ausência de moradia, mas abrange também trajetórias de vulnerabilidade, precarização dos laços familiares e do mundo do trabalho (ALCANTARA; ABREU; FARIAS, 2015).

A literatura científica afirma que as alterações no mundo do trabalho e nas garantias a ele atreladas empurraram para fora do sistema grandes parcelas da população, excluindo-as do emprego e do consumo e colocando na rua grupos cada vez mais heterogêneos, caracterizados especialmente pelo desemprego (HONORATO; OLIVEIRA, 2020; HUNGARO *et al.*, 2020; PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019).

Por mais que os estudos demonstrem que a falta de inclusão no mercado de trabalho é um fator significativo para migração das pessoas para a rua, essas pessoas, majoritariamente, possuem trabalho e exercem suas atividades com a finalidade do próprio sustento, fuga do sofrimento e o estabelecimento da possibilidade de sua reinserção social (AIZUDDIN; JABAR; IDRIS, 2019; ALCANTARA; ABREU; FARIAS, 2015; BARATA *et al.*, 2015; BELO HORIZONTE, 2014; BRITO; SILVA, 2022; CERVIERI *et al.*, 2019; HONORATO; OLIVEIRA, 2020; HUNGARO *et al.*, 2020; PIMENTA, 2019; PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2019; SICARI; ZANELLA, 2018).

Dados da literatura demonstram que mais da metade dessa população exerce alguma atividade remunerada: cenário nacional (70,9%); Recife (60,4%); Porto Alegre (51%) e Maringá (64,6%) (BRASIL, 2009; HUNGARO *et al.*, 2020; PIMENTA, 2019;

PRADO *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2019; SICARI; ZANELLA, 2018;). Além disso, 84,0% dos participantes desta pesquisa exercem alguma atividade remunerada. Esses dados são importantes para desmistificar o fato de que a população em situação de rua é composta por “mendigos” e “pedintes”. Aqueles que pedem dinheiro para sobreviver constituem a minoria.

A criação da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua, em 2009, representou um grande avanço pela adoção de ações intersetoriais para reintegração às redes familiares e comunitárias e ampliação do acesso aos direitos constitucionais de cidadania e unidades de acolhimento, respeitando relações e vivência no espaço público da rua (BRITO; SILVA, 2022).

A Secretaria municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania de Belo Horizonte (2021), com o início da pandemia de COVID-19, em março de 2020, ampliou e aprimorou diversas políticas de assistência social. Entre as iniciativas destacadas estão a reforma de Abrigos e a implantação de uma extensão Centro Pop Centro-Sul, na rua Além Paraíba, 101, Bairro Lagoinha. Na unidade, localizada em um território marcado por movimentos migratórios, cenas de uso de drogas, complexo de viadutos, entre outras vulnerabilidades, a Prefeitura de Belo Horizonte passou a ofertar serviços de assistência social destinados aos grupos vulnerabilizados, inclusive, com a possibilidade de inscrição no CadÚnico, um registro que permite ao governo saber quem são e como vivem as famílias de baixa renda no Brasil, assegurando-lhes o acesso a políticas públicas (BELO HORIZONTE, 2021).

Os Serviços de Acolhimento Institucional (Abrigos Institucionais, Casas de Passagem, Repúblicas de Jovens e Unidade de pós-alta hospitalar), são unidades que integram a Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social - SUAS. A especificidade desses serviços está na oferta de atendimento integral que garanta condições de estadia, convívio e endereço de referência para acolher pessoas em situação de rua, migração e/ou vindas de áreas de risco geológico (BELO HORIZONTE, 2021).

Neste estudo, 337 participantes (86,4%) afirmaram frequentar alguma unidade de acolhimento. Desses, 243 (72,1%) afirmaram se sentir seguros na unidade que frequenta. Observa-se o crescimento na utilização das unidades de acolhimento em Belo Horizonte, ao se comparar com os dados do Censo da PSR no ano de 2013, quando, somente 46,1% dos entrevistados afirmaram a utilização destas unidades (BELO HORIZONTE, 2014). Importante enfatizar essa expansão de uso das unidades

de acolhimento pela PSR e a necessidade de aprimoramento de políticas públicas para investimento e manutenção desses espaços, para prover proteção a quem está nas ruas, possibilitando condições básicas de sobrevivência e cidadania.

Em Porto Alegre, menos da metade (40,1%) das pessoas em situação de rua afirmou utilizar instituições assistenciais previstas para a sua acolhida, como albergues, abrigos e outros (PIMENTA, 2019). Em Recife, o percentual de uso dessas unidades foi maior, correspondendo a 73,4% dos respondentes (RODRIGUES *et al.*, 2019). Em Salvador e no Rio de Janeiro, os autores afirmam identificar a baixa utilização das unidades de acolhimento por esse grupo social (AGUIAR; IRIART, 2012; BRITO; SILVA, 2022). Em investigação no Rio de Janeiro, que tinha como objetivo entender como a PSR percebe, reproduz, elabora e lida com as representações produzidas por suas condições sociais, identificou-se que a maioria não é coberta por programas de inclusão social e que essas políticas públicas voltadas para populações vulneráveis são implementadas de forma isolada e fragmentada, com importantes limitações na sua prática (BRITO; SILVA, 2022).

Em estudo realizado em Fortaleza, as autoras apontam que o isolamento social é ratificado e legitimado pela atuação dessas instituições que homogeneízam, despersonalizam essas pessoas, ao tratá-las como desprovidas de saber, habilidades e conhecimentos (ALCANTARA; ABREU; FARIAS, 2015). As ações dessas unidades geralmente se limitam a doações de alimentos, vestuários e lugar de dormida, não investem na direção de possíveis reinserções ocupacionais que valorizem seus saberes e habilidades (ALCANTARA; ABREU; FARIAS, 2015).

Em outra pesquisa, também realizada em Fortaleza, que tinha como objetivo analisar as práticas discriminatórias e suas consequências experienciadas por pessoas em situação de rua, os resultados evidenciam que, em geral, as práticas de assistência social se apoiam em representações sociais pejorativas sobre essa população e não no estudo de suas trajetórias de exclusão, que as relações são pautadas em modelos assistencialistas, paternalistas e clientelistas (MOURA JÚNIOR; XIMENES; SARRIERA, 2013).

A literatura aponta que as relações familiares/sociais fragilizadas intensificam a vulnerabilidade que leva os sujeitos a viverem e permanecerem nas ruas (CERVIERI *et al.*, 2019; PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019). Os processos nos quais o rompimento com os vínculos de trabalho e com as redes sociais de suporte, em conjunto, levam à desvinculação social, o que coloca esses sujeitos num ciclo vicioso de fragilidade,

rompimento e dificuldade em resgatar seus vínculos familiares e de trabalho (HUNGARO *et al.*, 2020).

De acordo com os dados colhidos por essa pesquisa, 65,5% dos participantes possuíam parentes ou amigos morando perto, mas somente 15,6% afirmaram poder contar com esses quando precisam. Dados nacionais corroboram essa informação, sendo que 51,9% da PSR brasileira também possui algum parente residente na cidade onde se encontram, porém apenas 34,3% afirmam contato existente (BRASIL, 2009). No último censo da PSR em Belo Horizonte, foi evidenciado que 39,7% não tinham nenhum contato com membros da família (BELO HORIZONTE, 2014).

Em outros estudos, também é possível identificar a presença de familiares residindo na mesma cidade, mas a ausência de contato regular (BARATA *et al.*, 2015; ALCANTARA; ABREU; FARIAS, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2019; VALLE; FARAH, 2020; PIMENTA, 2019). Em pesquisa realizada em Maringá, foi possível observar uma contradição em relação à literatura, de modo que 68,9% dos respondentes afirmaram ter contato com familiar ao menos uma vez por semana (HUNGARO *et al.*, 2020).

6.3 Dados sobre estado de saúde, uso de álcool, drogas e tabaco

A maioria dos entrevistados deste estudo autoavaliaram o seu estado de saúde como bom e quando questionados se seus problemas de saúde interferiam nas suas atividades cotidianas, grande maioria afirmou que não. Em consonância com este estudo, uma amostra da PSR, em Salvador, fez uma autoavaliação “positiva” de suas condições de saúde (AGUIAR; IRIART, 2012). Corroborando nossos resultados, em Los Angeles, grande maioria da PSR autoavaliou sua saúde geral como “boa” ou “ótima” (WINETROBE *et al.*, 2016). A literatura aponta que apesar das difíceis condições de vida, as pessoas em situação de rua tendem a fazer uma avaliação positiva de suas condições de saúde (MELO *et al.*, 2022; VALLE; FARAH, 2020; VARGAS; MACERATA, 2018).

Contradizendo os resultados deste estudo, em Ribeirão Preto - SP, 40% dos entrevistados se reconheceram como tendo condições debilitadas em saúde, e apenas 20% avaliaram sua condição de saúde como “boa” ou “ótima” (MELO *et al.*, 2022). Em amostra da população em situação de rua da cidade de São Paulo - SP, 55% consideraram sua saúde regular, ruim ou muito ruim, refletindo as precárias condições de vida (BARATA *et al.*, 2015).

Há especificidades que precisam ser levadas em consideração quanto aos significados de saúde e doença para a PSR (VALE; VECCHIA, 2019). A concepção de saúde se relaciona à possibilidade de manter a funcionalidade diária e necessária para a manutenção da vida nas ruas, por meio das estratégias desenvolvidas para garantia do alimento e dinheiro nessa situação (AGUIAR; IRIART, 2012).

Em contrapartida, a doença é vista como a impossibilidade de realizar tais atividades, ou seja, se restringe a situações de sofrimento intenso e emergenciais (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015). Diversas práticas e hábitos de saúde decorrem de crenças e costumes culturais que constroem uma rede de sentidos para os sujeitos em situação de rua em relação ao processo saúde-doença (VALE; VECCHIA, 2019).

Conhecer as dificuldades que afetam o processo saúde-doença-cuidado desse grupo populacional é condição fundamental para contribuição na formulação e implantação de políticas públicas e serviços que respondam efetivamente às suas necessidades (VALLE; FARAH; JUNIOR, 2020). A não atenção a essas situações fragiliza e determina processos de adoecimento importantes nesses indivíduos, que podem não parecer relevantes para suas formas de conduzir a vida, mas que os fazem chegar aos serviços de saúde em condições agudas e impeditivas para suas locomoções (VALE; VECCHIA, 2019).

Observa-se por meio dos dados colhidos neste estudo, que mesmo com precárias condições de vida, extrema pobreza, escasso acesso aos benefícios sociais, utilização dos logradouros públicos como espaço de moradia e a presença de questões psicossociais geradoras de sofrimento físico e emocionais, os indivíduos em situação de rua tendem a naturalizar os problemas cotidianos e ainda sim autorreferir um bom estado de saúde. Sendo assim, torna-se fundamental buscar compreender a saúde dessa população de forma multifatorial, excluindo a invisibilidade da existência desse grupo social e das iniquidades em saúde que acompanham suas trajetórias, perpetuada pela sociedade e estado.

Em relação à presença de doenças, neste estudo, grande maioria (60,3%) relatou não possuir. Dos que afirmaram ter, a principal comorbidade citada foi dependência química/álcool (39,3%), seguida por problemas mentais (30%), dores no corpo (20,2%), problemas dentários (17,5%), hipertensão (17,1%) e tuberculose (13,2%). A saúde de pessoas em situação de rua está entre as piores de qualquer grupo vulnerável (HUNGARO *et al.*, 2020).

Estudos nacionais e internacionais abordam diversos condicionantes que perpassam a questão “saúde das pessoas em situação de rua”, com destaque para as dificuldades de acesso e utilização aos serviços de saúde, significados e práticas de saúde/doença, uso de drogas e distúrbios psiquiátricos (AIZUDDIN; ABDUL JABAR; IDRIS, 2019; BARATA *et al.*, 2015; BONUGLI; LESSER; ESCANDON, 2013; ELWELL-SUTTON *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2019 VALLE; FARAH; CARNEIRO, 2020).

A Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, realizada em 2008, identificou que 70% dos entrevistados afirmaram possuir doenças e, dentre os indivíduos que disseram ter alguma doença, destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%) (BRASIL, 2009). É possível observar que os dados referentes ao percentual de pessoas que afirmam ter doença divergem dos dados prevalentes deste estudo.

O resultado do último censo de Belo Horizonte, quando comparado com o deste estudo, com uma diferença de oito anos entre as pesquisas, possibilita inferir que o perfil epidemiológico se mantém com pequenas diferenças entre grupos de doenças. Dados do referido censo apontam que 51,5% afirmaram ter dependência química/álcool, 23% relataram a presença de, ao menos, um transtorno mental (depressão em 43,6% das pessoas em situação de rua da cidade, e ansiedade, em 27,4%), além de hipertensão (16%), doenças de pele (14%) e infecções sexualmente transmissíveis (5,7%) (BELO HORIZONTE, 2014; HAMADA *et al.*, 2018).

Na cidade do Rio de Janeiro, observa-se uma consonância com os resultados deste estudo, quando os autores descrevem que os principais problemas de saúde referidos pelas pessoas em situação de rua entrevistadas se encontram no abuso de substâncias psicoativas, transtornos mentais/psiquiátricos e problemas odontológicos (BRITO; SILVA, 2022). Ao trazer à tona a realidade das pessoas em situação de rua, a literatura nacional e internacional postula que a ingestão de substâncias psicoativas é comum neste segmento, sendo referida como atenuante da percepção das rupturas sofridas e como meio de estabelecimento de laços com outros indivíduos em situação de rua (BRITO *et al.*, 2018; DAURIAC-LE MASSON *et al.*, 2020).

Em relação à presença de doenças na PSR em Recife, um número relevante de participantes referiu dependência de drogas lícitas, tais como álcool (67,02%) e tabaco (69,15%) e afirmaram possuir alguma doença, sendo que a principal comorbidade citada foi a presença de lesões por causas externas (53,57%), seguida

de problemas de visão (48,81%) e questões psiquiátricas (30,95%) (RODRIGUES *et al.*, 2019). Observa-se uma consonância com as principais doenças deste estudo, mas também uma controvérsia em relação ao percentual de indivíduos que afirmam ter doença entre os estudos.

Em outros estudos, realizados nas cidades de Juiz de Fora – MG, Maringá – PR, Salvador – BA e São Paulo – SP, também foi possível identificar a prevalência da dependência do uso de drogas e doenças psiquiátricas na população em situação em situação de rua (AGUIAR; IRIART, 2012; HUNGARO *et al.*, 2020; OLIVEIRA; BOSKA; OLIVEIRA; BARBOSA, 2021; VALLE; FARAH, 2020).

Em estudo realizado na cidade de Santa Monica, na Califórnia, durante a pandemia de COVID-19, os autores descrevem que os participantes da pesquisa relataram o aumento de vários sintomas de saúde mental, acompanhados de novos diagnósticos de doenças psiquiátricas. Entre esses indivíduos, também foi possível identificar o aumento da dependência do uso de álcool e outras drogas (TUCKER *et al.*, 2020). Esses resultados estão em consonância com os dados deste estudo, visto que esta pesquisa também foi realizada durante a pandemia de COVID-19 e os resultados também demonstram a prevalência de dependência de drogas e problemas mentais, possibilitando uma associação entre a pandemia e a predominância destes agravos e doenças.

Em estudo na Inglaterra, 36% das pessoas em situação de rua relataram possuir alguma doença. Desses, 86% relataram problemas de saúde mental, seguido por dependência de drogas (30%) (ELWELL-SUTTON *et al.*, 2017). Na cidade de Calgary, no Canadá, os problemas de saúde mais citados foram a dependência de substâncias psicoativas e doenças psiquiátricas (CAMPBELL *et al.*, 2015). Os resultados das duas pesquisas também apresentam consonância com este estudo.

Na Malásia, 58% dos entrevistados tinham doença, sendo que 53% deles tinham doenças crônicas, enquanto 17% eram positivos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (AIZUDDIN; ABDUL JABAR; IDRIS, 2019). Em consonância com o estudo anterior, no Reino Unido, a maioria dos entrevistados sofria de condições crônicas de saúde e comorbidades, como epilepsia e diabetes, e doenças infecciosas, incluindo HIV e hepatite C (GUNNER *et al.*, 2019). Observa-se um perfil epidemiológico semelhante nos dois estudos citados, com características distintas do resultado deste estudo e de outros apresentados.

Os transtornos mentais comuns atingem um terço da população geral em diferentes idades, sendo responsáveis por 12% das doenças (PATRÍCIO *et al.*, 2019). As condições de vida nas ruas (violências, preconceitos, discriminações, falta de privacidade, carências de educação e de infraestrutura para os cuidados corporais) colaboram para o aparecimento dos transtornos mentais comuns (alterações de humor, ansiedade, somatização) que, por sua vez, podem ser um dos fatores que contribuem para que uma pessoa se encontre em situação de rua (NILSSON *et al.*, 2017).

A literatura aponta como alta a prevalência do desenvolvimento de transtornos mentais comuns entre pessoas em situação de rua, se comparada com outros grupos populacionais (PATRÍCIO *et al.*, 2019). Pesquisa internacional com pessoas em situação de rua indicou que cerca de 90% destas pessoas receberam um diagnóstico psiquiátrico, sendo aproximadamente 40% de quadros de psicose e 29% do uso abusivo de álcool e outras drogas (ZHANG *et al.*, 2018).

Nesse contexto, as pessoas que fazem dos espaços das ruas suas moradias expõem vulnerabilidades complexas, apresentando heterogêneas necessidades e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, impactando negativamente seu estado de saúde (VALLE; FARAH; CARNEIRO, 2020). Desse modo, só é possível que o acesso e a utilização dos serviços de saúde sejam contemplados de maneira efetiva se as doenças prevalentes e os aspectos que as determinam forem considerados (PATRÍCIO *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2019).

O uso de drogas por pessoas em situação de rua não pode ser atribuído somente à busca de prazer, mas antes, está vinculado a estratégias de sobrevivência que ganham importância na medida em que seus efeitos produzem sensações, não só de prazer, como de euforia e poder, mas conferem alterações da percepção psíquica contra a dolorosa realidade interna e externa destas pessoas (MENDES; RONZANI; PAIVA, 2019).

Desse modo, observa-se que as inúmeras vulnerabilidades presentes na PSR, como: condições precárias de vida, isolamento da sociedade, sofrimento e preconceito banal e a negação de proteção e dos direitos humanos, podem levar ao surgimento de questões mentais, e que esses fatores podem ser desencadeantes para o uso de substâncias psicoativas em grande escala, como fuga ou enfrentamento da realidade vivenciada por este grupo social.

Em relação ao uso de drogas lícitas, neste estudo, a maioria dos entrevistados fazia uso de tabaco e álcool. Sobre as drogas ilícitas, as predominantes citadas foram: maconha, craque e cocaína, seguindo essa predominância de uso. A literatura científica, nacional e internacional, ratifica que a dependência química é uma realidade das pessoas em situação de rua em todo mundo (BRITO *et al.*, 2021; GUNNER *et al.*, 2019; O'CARROLL; WAINWRIGHT, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2019; VALLE; FARAH, 2020). O uso de substâncias psicoativas pela PSR representa um desafio para a consolidação de políticas públicas, execução de práticas de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (LEITE; BORGES; SILVA, 2021).

Em uma amostra de pessoas em situação de rua em Maringá - PR, registrou-se 62% de uso de álcool e 68% de uso de tabaco, taxas semelhantes às observadas neste estudo, que apresentou 59% de uso de álcool e 73% de uso de tabaco (HUNGARO *et al.*, 2020). Em relação às drogas de abuso ilícitas de maior prevalência em Maringá – PR, foram relatadas a maconha, com 67,9%; o craque, com 63,9% e a cocaína em pó, com 44,1% (HUNGARO *et al.*, 2020). Neste estudo, foram registradas prevalências menores em relação ao uso das drogas ilícitas em uso, entretanto, foi possível observar o mesmo seguimento dos tipos de drogas utilizadas, com maconha com 40%, craque 30% e cocaína com 18%.

Esse cenário também foi evidenciado em Recife-PE, em que 67% dos respondentes faziam uso de álcool e 69% faziam uso de tabaco. Em relação às drogas ilícitas, 52% utilizavam maconha, 43% craque e 11% cocaína (RODRIGUES *et al.*, 2019). Entre pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo – SP, os resultados apontaram: 34% utilizavam álcool e 50% tabaco. O uso de drogas ilícitas foi apontado da seguinte forma: 30% usavam maconha, 14% cocaína e 13% craque (BARATA *et al.*, 2015).

No cenário internacional, em estudo realizado na Malásia, cerca de 84% dos entrevistados consumiam álcool, 74% eram fumantes e 67% afirmaram ser dependentes de drogas (AIZUDDIN; ABDUL JABAR; IDRIS, 2019). Na cidade de Santa Monica, na Califórnia, uma pesquisa que analisou a saúde comportamental e o uso de serviços de saúde de pessoas em situação de rua, durante a pandemia de COVID-19, identificou que entre aqueles que já eram dependentes químicos, 16% relataram aumento no uso de álcool, 20% de aumento no uso de tabaco e 28% de aumento no uso de maconha (TUCKER *et al.*, 2020).

Conforme visto pela literatura científica, o problema do uso abusivo de drogas pela população em situação de rua se mostra complexo, crônico e mundial, pela composição de fatores que, somados, reforçam a situação de exclusão social de parte da população que aparece de forma marginalizada pela reação da sociedade (MENDES; RONZANI; PAIVA, 2019).

Afinal, o uso de substâncias psicoativas altera os sentidos humanos, mas nada altera os direitos que a população em situação de rua tem nos serviços de saúde e de um entendimento sobre os cuidados com o bem-estar físico, mental e social.

Observa-se a existência da falta de cobertura por programas de inclusão social e políticas públicas implantadas de forma isolada e fragmentada, com importantes limitações, fomentando um ciclo vicioso de pobreza, uso abusivo de álcool e outras drogas e aumento dos índices de doenças (físicas e mentais) neste grupo social. Tais limitações reforçam um distanciamento desses indivíduos dos direitos básicos de sobrevivência, tendo como exemplo a ausência ou dificuldade de acesso e utilização a serviços de saúde, comprometendo ainda mais a situação de vulnerabilidade em que se encontram.

Além da possibilidade de desassistência, um estudo realizado no Rio de Janeiro, identificou por meio de relatos de pessoas em situação de rua, que a prática de saúde é negligente ou inapropriada, seja pelo hiper cuidado ou subcuidado, motivado pelo simples fato de o profissional de saúde desconhecer as condições e redes de apoio da PSR e sequer perguntar por suas preferências (BRITO; SILVA, 2022). Indivíduos em situação de rua, tratados como sujeitos desprovidos de desejos e escolhas, ficam à mercê dos valores, crenças e prioridades dos profissionais em relação ao cuidado de saúde, reiterando a relação de exclusão da PSR com o mundo. Com isso, é extremamente importante refletir sobre a necessidade urgente de ter profissionais de saúde preparados para lidar com esse público, ainda mais agora, com a situação econômica do país que tem levado um maior número de pessoas a essa situação.

6.4 Dados sobre a utilização de serviços de saúde

O SUS deve garantir o uso de serviços de saúde por meio de políticas e tem como princípios doutrinários a universalidade do acesso, a integralidade da atenção à

saúde e a equidade, com distribuição de bens e serviços de acordo com as necessidades do usuário (PAIM, 2018).

Vários autores descrevem que o uso de serviços depende de diversos fatores, como a necessidade dos usuários, a sua percepção da doença, a oferta disponível de serviços, bem como características sociodemográficas (MACINKO; MENDONÇA, 2021; MALTA *et al.*, 2017; PERILLO *et al.*, 2021; STOPA *et al.*, 2017; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em uma pesquisa que tinha como objetivo avaliar as desigualdades de gênero e raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil, a partir das informações da PNS de 2019, os autores identificaram que os padrões culturais e sociais afetam ações e escolhas individuais no acesso e utilização dos serviços de saúde (COBO; CRUZ; DICK, 2021).

A literatura reforça que o acesso e a utilização dos serviços de saúde no Brasil são fortemente influenciados pela condição socioeconômica e pelo local de residência, uma vez que pessoas com melhor condição econômica e moradores de regiões mais desenvolvidas possuem maiores chances de utilizar os serviços de saúde do que aquelas que vivem em regiões menos desenvolvidas e com baixa condição socioeconômica (CARRAPATO *et al.*, 2017; ERRICO, 2011; FIORATI *et al.*, 2018; MALTA *et al.*, 2017; REIS *et al.*, 2010).

Sendo assim, torna-se fundamental assegurar o princípio da equidade do SUS, visando reduzir essas diferenças (PERILLO *et al.*, 2021). É de responsabilidade do Estado reduzir as desigualdades e facilitar o acesso e a utilização dos serviços de saúde para populações vulnerabilizadas (MALTA *et al.*, 2017).

Neste estudo, a maioria dos participantes procuraram algum serviço de saúde quando estavam doentes ou precisando de atendimento de saúde. Dentre os serviços mais procurados, se destacaram os postos/centros de saúde e unidades de urgência e emergência. Alguns estudos apontam que pessoas em situação de vulnerabilidade mantêm a procura por serviços de saúde quando sentem necessidade, mas não necessariamente todos são atendidos (BARATA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2021; REINALDO *et al.*, 2020).

Em estudo realizado na cidade de Santa Monica, na Califórnia, foi identificado que, durante a pandemia, houve um aumento da dificuldade de pessoas em situação de rua acessar e utilizar os serviços de saúde (TUCKER *et al.*, 2020).

Em relação aos resultados desta pesquisa, foi possível identificar que a maioria (60%) procurou algum serviço de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde nos últimos 30 dias. Observa-se que utilização dos serviços de saúde foi bem próxima ao percentual de pessoas que buscaram atendimento, uma vez que a grande maioria se considerou atendida (94,3%). Porém, faz-se necessário refletir sobre essa informação, que pode ser indicativa de boa resolutividade dos serviços de saúde utilizados. O alto percentual de pessoas que se consideraram atendidas quando procuraram os serviços não necessariamente indica que suas queixas foram plenamente resolvidas.

Dados de um estudo de São Paulo apontam que dentre os que procuraram serviços de saúde, 95% foram atendidos, demonstrando, assim, que, apesar dos fatores de barreira, os indivíduos utilizaram os serviços de saúde (BARATA *et al.*, 2015).

Neste estudo, dentre os motivos pelo qual os indivíduos procuraram atendimento, 31,6% foram por doença. Quando questionados sobre o local de procura de atendimento de saúde por este motivo no último mês, mais da metade afirmou ser no posto/centro de saúde.

Esses dados divergem das informações prevalentes na literatura nacional e internacional, que apontam exatamente a baixa utilização da atenção primária à saúde na população em situação de rua e o uso quase exclusivo de serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2009; CERVIERI *et al.*, 2019; LIRA *et al.*, 2019; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2022; O'CARROLL; WAINWRIGHT, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2021; TUCKER *et al.*, 2020; VALLE; FARAH, 2020; WINETROBE *et al.*, 2016).

Estudo canadense identificou que pessoas em situação de rua apresentavam altas taxas de cuidados agudos de saúde, incluindo visitas ao setor de emergência e de internação em hospitais, e que esse padrão é visto em países com sistemas de saúde universal ou não (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014). Em Dublin, capital da República da Irlanda, e em Los Angeles, também foi identificada a predominância da utilização de serviços de urgência e emergência por pessoas em situação de rua (O'CARROLL; WAINWRIGHT, 2019; WINETROBE *et al.*, 2016). Mesmo no Reino Unido, que conta com um sistema nacional de saúde, foram identificadas barreiras na utilização desse grupo populacional em relação aos serviços de APS (GUNNER *et al.*, 2019).

Entretanto, alguns estudos corroboram os dados desta pesquisa e já apresentam uma predominância da utilização da APS por pessoas em situação de rua (BARATA *et al.*, 2015; BELO HORIZONTE, 2014; HUNGARO *et al.*, 2020; VERLINDE *et al.*, 2010). Em Maringá, 65,3% afirmaram utilizar unidades básicas de saúde para atendimento (HUNGARO *et al.*, 2020). Na Cidade de São Paulo, o serviço mais utilizado também foram as unidades básicas de saúde (BARATA *et al.*, 2015). Na própria cidade do atual estudo, em 2013, já foi identificado que as unidades básicas de saúde eram o tipo de serviço mais utilizado por esse grupo social (BELO HORIZONTE, 2014).

Vinculado a esta realidade, sabe-se que o cuidado à saúde no âmbito do SUS tem como importante porta de entrada a APS (GRANJA; LIMA, 2020). Esta se caracteriza pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que repercute na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Na cidade de Ghent, na Bélgica, as pessoas em situação de rua também utilizaram mais frequentemente a APS do que o serviço de emergência, em consonância com este estudo (VERLINDE *et al.*, 2010).

O cuidado à população em situação de rua no SUS é de incumbência da APS, sendo essa uma população singular (GRANJA; LIMA, 2020). A atuação da atenção primária por intermédio das equipes de consultório na rua, da estratégia de saúde da família ou de equipes especializadas, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e serviços de assistência social, agem facilitando o acesso e a utilização dos serviços de saúde, contribuindo, assim, para a produção de uma atenção integral à saúde dessa população (ANDRADE *et al.*, 2022; GRANJA; LIMA, 2020).

Em 2002, foi criada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte a primeira equipe de Saúde da Família para atender exclusivamente a população em situação de rua (REIS JUNIOR, 2011). A Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura de Belo Horizonte também proporciona, por meio das políticas públicas implantadas, a inclusão, assistência e desenvolvimento social, por meio de um vínculo que se estabelece entre o usuário e os técnicos dos dispositivos sociais, facilitando que a equipe técnica acolha e escute as trajetórias de vida desses usuários,

identifique as situações de risco social em que se encontram e proponha encaminhamentos à rede socioassistencial para ações de promoção e proteção (HAMADA *et al.*, 2018).

Entretanto, durante o período da pesquisa, houve uma descontinuidade do processo de trabalho das equipes de estratégia de saúde da família para a PSR. Atualmente, essas equipes não são existentes. As unidades básicas que continham essas equipes permanecem como referência para esse grupo social, mas a proposta de territorialização, criação de vínculo e busca ativa de indivíduos dentro dos territórios não acontecem mais. Os resultados deste estudo, que demonstraram a predominância de procura e utilização da APS por esses indivíduos, podem ter influência direta pela existência anterior das equipes de estratégia de saúde da família para PSR. Observa-se a necessidade de novas pesquisas, a fim de avaliar se o uso da APS será efetivo agora que as equipes foram desfeitas. Cabe ressaltar que a ausência da estratégia da saúde da família na APS poderá, possivelmente, romper com os vínculos criados e a continuidade do cuidado, impactando negativamente a atenção em saúde deste grupo e os pressupostos da APS.

Neste estudo, dentre os motivos apontados para a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, destacou-se a busca motivada por queixas ou sintomas de doenças. Segundo a literatura, a utilização de serviços de saúde é maior entre pessoas doentes (MALTA *et al.*, 2017). Os determinantes da utilização dos serviços de saúde passam pelas necessidades de saúde, ou pela existência da doença, bem como pela gravidade e urgência da doença (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013 e 2019, ter um problema de saúde pode ser considerado o principal motivo de utilização de serviços de saúde (SZWARCOWALD *et al.*, 2021). A PNS de 2019 identificou o aumento do uso de serviços de saúde conforme o aumento do número de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) ou comorbidades, e ainda confirmou que a maior motivação para o uso de serviços de saúde está associada à presença de doenças (MALTA *et al.*, 2017).

Um estudo realizado no Canadá, no município de Niágara, apontou que a presença de doenças foi o principal fator de utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua (RAMSAY *et al.*, 2019). Essa informação também foi identificada por outras pesquisas internacionais, o que corrobora os resultados deste

estudo (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; GUNNER *et al.*, 2019; LOUBIÈRE *et al.*, 2020).

A literatura nacional também descreve esses achados em Juiz de Fora – MG. Os serviços de saúde eram utilizados pelos entrevistados, na maioria das vezes, a partir de circunstâncias que interferiam no dia a dia da vivência nas ruas, como doenças ou agravos que impossibilitavam ou reduziam a mobilidade e outras ações para a sobrevivência (VALLE; FARAH, 2020). Em Salvador - BA e na cidade São Paulo - SP, as pessoas em situação de rua relataram utilizar os serviços de saúde apenas quando a doença era grave e urgente, mantendo a provável associação da utilização dos serviços com a presença da doença (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015).

Os achados deste trabalho mostram que a maioria das pessoas em situação de rua utilizaram os serviços de saúde quando procuraram. Os benefícios da ampliação da cobertura da utilização de serviços de saúde são devidamente reconhecidos, uma vez que a expansão da prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças podem resultar na redução da mortalidade prematura, no aumento da expectativa de vida com qualidade e na diminuição das hospitalizações desnecessárias (SZWARCOWALD *et al.*, 2021).

Entretanto, a interpretação do aumento da utilização dos serviços de saúde não é imediata, uma vez que ela depende de vários fatores, como a necessidade, as características sociodemográficas, a oferta de serviços, a disponibilidade de profissionais de saúde, o financiamento da assistência de saúde e a percepção dos usuários em relação à assistência prestada (GUNNER *et al.*, 2019).

Neste estudo, a minoria dos entrevistados (5,7%) que procurou os serviços de saúde não conseguiu atendimento, sendo que a maioria afirmou que não foi atendida por esperar muito e desistir do atendimento. Em estudo realizado com esse grupo social na cidade de Salvador - BA, entre as justificativas trazidas pelos usuários para o não atendimento nos serviços de saúde, a falta de documentos de identificação pessoal foi apontada como um empecilho para o acesso aos serviços de saúde, o que contradiz os princípios do SUS e a própria constitucionalidade do direito de acesso à saúde, dados esses que não foram identificados neste estudo (AGUIAR; IRIART, 2012).

Nos serviços de saúde, evidencia-se a discriminação da qual a PSR é alvo, seja pela aparência, falta de documentos, de domicílio ou pelo uso de drogas, e esse

estereótipo apresenta uma convergência de valores e crenças e levanta o questionamento se a PSR está mesmo à margem da sociedade, ou se ela é considerada marginal apenas na garantia ao direito constitucional, como expresso no artigo quinto: “Todos são iguais perante a lei” (BRITO; SILVA, 2022).

A falta de assistência e negligência por parte de profissionais de saúde e pacientes demandando passar à frente da PSR nos serviços de saúde, apenas por sua condição social e não de saúde, são exemplos de violação destes direitos (ANDRADE *et al.*, 2022).

A literatura aponta que, mesmo diante da PNPRS criada em 2009, os profissionais de saúde ainda agem de forma preconceituosa com a população em situação de rua, e os estigmas que esses profissionais possuem por esse grupo estão fixamente instalados no processo de trabalho, de modo que suas ações produzem exclusões, impactando negativamente a utilização dos serviços de saúde pela PSR (ANDRADE *et al.*, 2022; BRITO; SILVA, 2022; GRANJA; LIMA, 2020).

Da APS ao atendimento hospitalar, a falta de documentos de identificação dos usuários se configura em importante barreira para o acesso e utilização dos serviços de saúde, na medida em que passa a ser exigida como condição para agendamento de consultas, contribuindo, assim, para o agravamento dos processos de sofrimento e adoecimento da PSR (ANDRADE *et al.*, 2022). Tal prática é inconstitucional, uma vez que a equidade, a integralidade e a universalidade do atendimento estão garantidas pelo SUS que, como sistema de saúde, deve conferir respostas sociais às necessidades da PSR (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Dados deste estudo demonstram que dos 172 indivíduos que em algum momento nos últimos 30 dias utilizaram algum serviço de saúde, seja na primeira procura ou em outras, a maioria relatou que o principal atendimento foi a consulta médica em serviços públicos de saúde. Dados semelhantes foram observados em outros estudos (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; VALLE; FARAH, 2020).

A assistência em saúde à PSR tem passado por ressignificações positivas: por meio da Estratégia Saúde da Família para PSR, em que: “visita domiciliária” passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”; e família, aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro”. Tais adequações foram necessárias devido às singularidades da vivência dos indivíduos em situação de rua (PAIVA *et al.*, 2016).

Outra conquista, como parte do SUS, foi a estratégia Consultórios na Rua (CnaR), que tem como função prioritária o desenvolvimento de cuidados primários e a garantia de acesso às ações e serviços de saúde para pessoas em situação de rua no próprio ambiente da rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência e emergência (VARGAS; MACERATA, 2018). Ressalta-se, no entanto, que esse serviço, ainda que de importância fundamental, não supre a necessidade de uma equipe de estratégia de saúde da família capaz de estabelecer vínculo e realizar o cuidado continuado e longitudinal à PSR.

Essas iniciativas visam ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional (PAIVA *et al.*, 2016; VARGAS; MACERATA, 2018).

A construção de propostas e alguns avanços conquistados para o cuidado desse público foi resultado do acúmulo dos últimos anos de debate, associados à produção de conhecimento, à caracterização dessa população, às experiências exitosas junto a esse grupo e, principalmente, devido ao valioso papel dos movimentos organizados de pessoas em situação de rua, cujas reivindicações e lutas permanentes resultaram em conquistas, entre elas, a publicação da PNPSR (ANDRADE *et al.*, 2022).

Contudo, ressalta-se que independente dos avanços conquistados por meio do controle social, a PSR não necessita de um sistema de saúde próprio, pois os princípios do SUS, como equidade, a integralidade e a universalidade estão asseguradas na constituição Brasileira de 1988. Entretanto, faz-se necessária a reorganização do SUS, que predominantemente, ainda é focado no modelo biologicista, longínquo das legítimas necessidades sociais da PSR.

Dos indivíduos que utilizaram os serviços de saúde nos últimos 30 dias, neste estudo, 76% avaliaram em muito bom ou bom o atendimento recebido. Esse elevado grau de satisfação pode decorrer do simples fato de ter conseguido o atendimento ou ainda significar um menor nível de expectativa por parte desses indivíduos, sugerindo padrões menos exigentes.

Esse resultado é bem semelhante ao observado entre a população em situação de rua na cidade de São Paulo, quando, para os que foram atendidos, o atendimento recebido foi considerado bom ou muito bom em 84% dos casos (BARATA *et al.*, 2015). Nas cidades de Juiz de Fora – MG e Ribeirão Preto - SP, a maioria dos entrevistados

também disseram que eram bem atendidos nos serviços de saúde (MELO *et al.*, 2022; VALLE; FARAH, 2020).

Mesmo com as diversas barreiras existentes para a universalização e equidade das ações e serviços de saúde para grupos populacionais negligenciados, como a população em situação de rua, a existência do SUS com cobertura universal e oferta de serviços em todos os níveis de complexidade pode facilitar a utilização dos serviços de saúde, mesmo de grupos com maior grau de exclusão social (GRANJA; LIMA, 2020).

Em estudos distintos realizados no Reino Unido, em quatro cidades francesas, na Malásia e na cidade de Santa Mônica, na Califórnia, foi identificada a predominância de avaliações negativas das pessoas em situação de rua referente ao atendimento recebido (AIZUDDIN; ABDUR JABAR; IDRIS, 2019; GUNNER *et al.*, 2019; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; TUCKER *et al.*, 2020).

Porém, é importante destacar que os estudos internacionais precisam ser comparados com ressalvas, tendo em consideração que, além de se tratar de diferentes sistemas de saúde, o contexto de vida de uma pessoa em situação de rua nesses países pode ser bastante diferente do Brasil.

Embora a maioria dos indivíduos entrevistados afirmem ter atendimento de saúde satisfatório, a partir da sua própria avaliação, 28,5% afirmaram que já sofreram preconceito/discriminação em serviços de saúde. Neste estudo, foi identificado um percentual abaixo do encontrado na literatura nacional e internacional, quando grande parte dos indivíduos afirmaram já ter passado por algum tipo de preconceito e discriminação em serviços de saúde (BARATA *et al.*, 2015; GUNNER *et al.*, 2019; LIRA *et al.*, 2019; MELO *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2021; TWEED *et al.*, 2018; TUCKER *et al.*, 2020).

A literatura evidencia a existência de um olhar negativo sociocultural sobre a população em situação de rua que reflete na relação entre profissionais de saúde e essa população, acarretando o não cumprimento do princípio da integralidade do SUS e da Política Nacional de Humanização (PNH) e, conseqüentemente, impactando severamente a saúde desse grupo que vivencia diversas vulnerabilidades (ANDRADE *et al.*, 2022).

Um estudo realizado no Canadá apontou como dificultadores para o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela PSR a perda e/ou falta de confiança dessa população perante os profissionais de saúde, as condutas profissionais inadequadas,

a baixa escuta profissional, a falta de compreensão e empatia e os julgamentos inadequados (TWEED *et al.*, 2018).

Em São Paulo, os autores de um estudo com a PSR apontaram que em relação às barreiras apresentadas ao utilizar ou tentar a utilização a um dispositivo de saúde, o preconceito é uma palavra que marca as respostas quanto a esse questionamento (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Apesar dos avanços conquistados no cuidado e atenção à saúde para a PSR, em especial diante da instituição do CnaR pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ainda se observam dificuldades no cuidado voltado a essa população, como a resistência de certos profissionais de saúde em atendê-los devido a estigmas, preconceitos e discriminações (GRANJA; LIMA, 2020; HINO; SANTOS; ROSA, 2018). Nessa perspectiva, as ações dos profissionais da saúde vão criando a primeira barreira de acesso e utilização da PSR aos serviços de saúde (ANDRADE *et al.*, 2022).

É indispensável proporcionar às pessoas que estão em situação de rua a utilização dos serviços de saúde, de acordo com os princípios da universalidade e equidade, diminuindo e erradicando os fatores dificultadores que ainda hoje encontram.

Os desafios para perfazer o direito à saúde para PSR, devem-se pautar no entendimento de que é necessário ofertar assistência de qualidade, acessível a todos, sem preconceitos, com profissionais capacitados, com enfoque nas possíveis situações de vulnerabilidades e sensíveis à situação social do grupo deste estudo. Ressalta-se que é imprescindível a execução dos princípios do SUS e da compreensão de que a APS deve ser considerada a porta de entrada desses indivíduos no sistema de saúde vigente, tendo esses profissionais o compromisso de promover o acesso, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado, como atributos essenciais da APS.

6.5 Fatores associados à utilização de serviços de saúde

Realizada a análise bivariada dos fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde, os resultados mostraram que a utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista foi estatisticamente associada ao motivo que levou a ir para rua, à participação em movimentos sociais, ao local que dorme com maior

frequência, à autoavaliação do próprio estado de saúde, se os problemas de saúde interferiam nas suas atividades cotidianas, à presença de comorbidades/doenças e à utilização de medicamentos e drogas ilícitas.

Posteriormente, foi realizada a análise multivariada, utilizando o modelo de Poisson somente com as variáveis com significância ou p-valor próximo a isso ($p\text{-valor} < 0,20$), as variáveis significantes na análise bivariada e, ainda, respeitando a mesma resposta de referência em cada variável. Assim, somente quatro variáveis se mostraram associadas à utilização dos serviços pela PSR: a escolha própria como motivo que levou a ir para rua; a participação em movimento social, a autoavaliação positiva do próprio estado de saúde, o uso de medicamentos e droga ilícita (craque).

Em relação ao motivo que levou a ir para rua, observou-se razão de prevalência de 1,32 (RP = 1,32; IC95%: 1,04 - 1,68), para utilização dos serviços de saúde dos indivíduos que relataram que a escolha própria foi o principal motivo que o levou a ir para rua. Importante ressaltar que a literatura aponta que os principais motivos e razões que levam as pessoas a estarem em situação de rua são: o uso abusivo de álcool e outras drogas, o rompimento de vínculos e os conflitos familiares, e o desemprego (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BRASIL, 2009; SICARI; ZANELLA, 2018; VALLE; FARAH, 2020; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; TUCKER *et al.*, 2020). Neste estudo, dentre as razões para estar na rua, a principal citada foi devido a condições financeiras.

Foi observada, também, uma maior razão de prevalência para utilização dos serviços de saúde entre os indivíduos que utilizavam o albergue para a pernoite (RP = 1,62; IC95%: 1,20 - 2,20) e participavam de movimentos sociais (RP = 1,26; IC95%: 1,01 - 1,51). Essa constatação é corroborada por estudo realizado na Inglaterra, no qual os autores identificaram que as pessoas em situação de rua que afirmaram utilizar os albergues também utilizaram mais vezes os serviços de saúde (ELWELL-SUTTON *et al.*, 2017).

Em um outro estudo realizado no Canadá, também foi apontado que as pessoas em situação de rua que utilizavam unidades de acolhimento e estavam inseridas em movimentos sociais locais obtinham possibilidades de melhor acesso e utilização dos serviços de saúde (RAMSAY *et al.*, 2019).

Desse modo, a presença do indivíduo em um serviço socioassistencial e a possibilidade de exercer o controle social por meio dos movimentos sociais pode contribuir para melhor entendimento e trajetória dentro da rede assistencial,

potencializando, assim, uma maior adesão desses indivíduos ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. É imprescindível a criação de novas formas de articulação em rede, transformando as organizações técnico-administrativas de modo que elas possam incorporar esses segmentos populacionais às suas necessidades e demandas.

Essas instituições devem trabalhar em conjunto com Centros POP, articulando o cuidado com outros dispositivos sociais, de modo a estimular a autonomia e participação social aos indivíduos que têm seus direitos ameaçados, fortalecendo os vínculos à rede assistencial e a autossuperação da condição de vulnerabilidade.

O Movimento Nacional de População de Rua (MNPR) se dá por luta, confrontando diretamente as práticas governamentais, o que vem provocando mudanças, sendo considerado um movimento social que visa reivindicar o direito à participação na construção de políticas públicas às quais elas se destinam, bem como reafirmar sua existência como sujeitos conscientes e críticos, que estão dispostos a ocupar seus lugares de fala, transformar suas realidades e necessidades, compartilhar seus saberes e seus conhecimentos sobre a vida nas ruas (ZANELLA; SICARI, 2020).

A organização política das populações em situação de rua é fundamental para provocar o Estado a elaborar políticas públicas referenciadas a essa população (AMORIM; NOBRE, 2018). A criação da Política Nacional para População em Situação de Rua, em 2009 (Decreto nº 7.053 de 2009), ocasionou e ocasiona o fortalecimento político e organizativo das pessoas em situação de rua, pois estas passaram a se reconhecer como pessoas de direitos e se aproximaram do movimento social, buscando melhores condições de vida e acesso aos serviços assistenciais (ZANELLA; SICARI, 2020).

Em relação às condições de saúde, os indivíduos que tiveram a percepção do próprio estado de saúde como “bom” (RP = 0,66; IC95%: 0,55 - 0,81), apresentaram uma maior razão de prevalência para utilização dos serviços de saúde. Observou-se, também, que os indivíduos que relataram que seus problemas de saúde interferiam nas suas atividades cotidianas (RP = 1,22; IC95%: 1,01 - 1,47), apresentaram maior razão de prevalência de utilização.

A saúde, como é atualmente concebida em uma perspectiva ampla, resultante de condições de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer,

acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores, choca-se frontalmente com as condições vivenciadas em situação de rua (VARGAS; MACERATA, 2018).

Poucos estudos, no entanto, abordam a questão da saúde das pessoas em situação de rua, sobretudo na perspectiva de compreender como os indivíduos concebem o processo saúde-doença e enfrentam os problemas de saúde (VALLE; FARAH, 2020). Abordar os significados de saúde para as pessoas em situação de rua é, também, possibilitar um espaço de vocalização para os mesmos e suas questões; já que no contexto em que vivem, tendem a permanecer numa posição de invisibilidade, destituídos da condição de cidadãos (PRADO *et al.*, 2021)

De acordo com os resultados deste estudo, apesar das difíceis condições de vida, as pessoas em situação de rua tendem a fazer uma avaliação positiva de suas condições de saúde. Esses dados também são evidenciados em outras pesquisas (MELO *et al.*, 2022; VALLE; FARAH, 2020; VARGAS; MACERATA, 2018).

Em estudo realizado em Los Angeles, com a PSR, a maioria dos entrevistados avaliou sua saúde geral como “boa” ou “ótima”, e esses utilizaram mais vezes os serviços de saúde (WINETROBE *et al.*, 2016). Em Juiz de Fora, Minas Gerais, também houve predominância dos entrevistados em autoavaliar sua saúde geral como “boa”. Esse fato pode ser em parte explicado por uma concepção de saúde que está associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas. Já a doença foi associada ao estado de debilidade a ponto de não poder trabalhar, a impossibilidade de batalhar e ganhar dinheiro, o impedimento de realizar tarefas simples, ou no caso extremo, do organismo não suportar (VALLE; FARAH, 2020).

Reforçando o que aponta o presente estudo, a literatura demonstra que, na maioria das vezes, os serviços de saúde eram mais acessados e utilizados pela PSR, a partir de circunstâncias que interferiam no dia a dia da vivência nas ruas, como agravos que impossibilitavam ou reduziam a mobilidade e outras ações para a sobrevivência (MELO *et al.*, 2022; VALLE; FARAH, 2020; VARGAS; MACERATA, 2018). Neste estudo, os indivíduos que relataram que seus problemas de saúde interferiam nas suas atividades cotidianas possuíam maior razão de prevalência de utilização se comparado aos que responderam que os problemas de saúde não interferiam nessas atividades.

Observa-se que, no contexto estudado, a pessoa em situação de rua busca inicialmente a sua sobrevivência, atendendo às suas necessidades humanas básicas,

tal como a segurança, a alimentação, o sono e o repouso; além de local para realizarem as necessidades fisiológicas. Sendo assim, quando o problema de saúde não interfere na busca desses aspectos, aparenta não ser vista como importante. A autopercepção do processo saúde-doença desses indivíduos depende da satisfação das necessidades relacionadas à sobrevivência na rua, ou seja, os determinantes e condicionantes da saúde ainda não são percebidos ou começam a ser percebidos por esse grupo social.

Já em estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, foi identificado que os entrevistados em sua grande maioria inicialmente apresentaram dificuldade em conversar sobre suas condições de saúde. Quarenta por cento reconheceram-se em condições debilitadas em saúde e 20% avaliaram sua condição de saúde como “boa” ou “ótima”. No entanto, esses autores afirmam que esses indivíduos reconhecem como saúde apenas o aspecto biológico da “ausência de doença”, sendo que apenas 13% dos entrevistados citaram a saúde além da não-doença, reconhecendo suas condições de moradia, alimentação e lazer como más condições de saúde (MELO *et al.*, 2022).

Atualmente, a literatura destaca que as pessoas em situação de rua têm percebido sua saúde além do aspecto biologicista, ou seja, apresentado por ausência de doenças, enxergando-a também na qualidade de vida e em aspectos necessários a essa (MELO *et al.*, 2022; VALLE; FARAH, 2020; VARGAS; MACERATA, 2018).

Essa percepção do próprio estado de saúde de forma ampliada pressupõe que a busca por serviços de saúde não necessariamente acontece somente por questões de doenças e, possivelmente, isso pode contribuir pela busca predominante da APS, visto que é um nível assistencial que tem como objeto priorizar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa percepção corrobora os resultados deste estudo, que apresenta significância na associação da percepção da saúde de modo positivo e a utilização dos serviços de saúde. Entretanto, não se esgota a necessidade de uma melhor análise sobre essas informações.

Com relação à presença de doenças/comorbidades, identificou-se significância estatística no uso dos serviços de saúde, sendo que os indivíduos que se declararam portadores de alguma doença/comorbidade (RP = 1,30; IC95%: 1,07 - 1,56), apresentaram maior razão de prevalência (1,30) de utilizar os serviços de saúde do que pessoas que disseram não ser portadoras de alguma doença/comorbidade.

Os achados do presente estudo corroboram os de outras pesquisas que também constataram que a doença ainda predomina entre os motivos gerais de utilização de serviços de saúde (AGUIAR; IRIART, 2012; AIZUDDIN; ABDUR JABAR; IDRIS, 2019; ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017; BARATA *et al.*, 2015; ELWELL-SUTTON *et al.*, 2017; FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; MALTA *et al.*, 2017; PRADO *et al.*, 2021; SZWARCOWALD *et al.*, 2021). Entretanto, ressalta-se que após análise multivariada neste estudo, a presença de doença não se manteve como fator associado à utilização de serviços de saúde pela PSR.

Na Inglaterra, Malásia e Paris, foi identificada a presença de doenças e comorbidades como fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua (AIZUDDIN; ABDUR JABAR; IDRIS, 2019; ELWELL-SUTTON *et al.*, 2017; MASSON *et al.*, 2020). A literatura aponta que a utilização de serviços de saúde é maior entre pessoas doentes (MALTA *et al.*, 2017). Os determinantes da utilização dos serviços passam pelas necessidades de saúde, ou pela existência da doença, bem como pela gravidade e urgência da doença (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

De fato, a utilização do serviço é determinada pela necessidade percebida pelo usuário, resultante da sua situação de saúde e do conhecimento prévio de sua doença ou condição de saúde (SILVA; GALVAO, 2017). Destaca-se a relação causal entre doença e a utilização de serviços de saúde, sendo a doença a responsável direta pelo consumo de serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2017; SZWARCOWALD *et al.*, 2021).

Foi observada, também, uma maior razão de prevalência de utilização entre os indivíduos que relataram fazer uso de medicamentos (RP = 1,22; IC95%: 1,01 - 1,47). Na Malásia, em estudo com a população em situação de rua, também foi apontada a associação do uso de medicamentos com maior razão de prevalência para utilização dos serviços de saúde (AIZUDDIN; ABDUR JABAR; IDRIS, 2019). Estudo realizado em Paris apontou uma maior utilização dos serviços de saúde por pessoas em situação de rua em tratamento de doenças psiquiátricas e afirmou ocorrer associação significativa entre o uso de medicamentos e a utilização dos serviços de saúde (DAURIAC-LE MASSON *et al.*, 2020).

A utilização de medicamentos é influenciada pela estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, perfil de morbidade, características do mercado farmacêutico e pelas políticas governamentais dirigidas ao setor (COSTA *et al.*, 2017). O aumento da prevalência de doenças crônicas no país,

especialmente hipertensão arterial, diabetes, artrite/artrose e depressão, é resultado do rápido e crescente processo de envelhecimento da população brasileira nos últimos anos. Esse dinamismo epidemiológico acompanha a população em situação de rua (PRADO *et al.*, 2021).

Paralelamente a esse processo, há o crescimento da utilização de medicamentos, necessários para o controle e prevenção de problemas relacionados à saúde dos indivíduos (COSTA *et al.*, 2017).

A PSR é um grupo social que possui dificultadores da adesão aos diversos tratamentos medicamentosos e essas barreiras possuem multicausalidade (SILVA *et al.*, 2021). Além da falta de compreensão por parte de certos serviços de saúde sobre o contexto dos pacientes, algumas situações ocasionadas pela vivência nas ruas podem interferir na regularidade que a medicação é tomada, que deve ser diária, ou até mesmo propiciar a interrupção do tratamento, como a alimentação inadequada e o abuso de substâncias psicoativas (VALLE; FARAH, 2020). Geralmente, os medicamentos não permanecem sob o cuidado do doente, sendo outro fator de interferência do tratamento, já que na dinâmica das ruas é comum acontecer o roubo de pertences pessoais e até mesmo o recolhimento destes pertences pelo poder público (SILVA *et al.*, 2021).

Entretanto, para que esse suporte ocorra em relação à adesão da PSR ao tratamento medicamentoso, é imprescindível a atuação de profissionais da saúde na promoção do cuidado longitudinal e centrado na pessoa. De modo contrário, é difícil que qualquer tratamento seja concluído. Tal fato exige também a atuação dos serviços de assistência social no acolhimento desses indivíduos, proporcionando a guarda de pertences e até mesmo abrigo durante o tratamento. Especialmente os indivíduos em situação de rua com alguma doença necessitam de política direcionada para o acompanhamento do caso de forma equânime.

De acordo com estudos nacionais e internacionais, em relação ao uso de medicamentos e à associação da utilização de serviços de saúde, a população em situação de rua tem como característica a procura pelos serviços de saúde, em sua maioria, devido à agudização de tais doenças e/ou comorbidades que prejudicam a vivência na rua, e não para o seu acompanhamento (CERVIERI *et al.*, 2019; LIRA *et al.*, 2019; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2018, 2021; TUCKER *et al.*, 2020). Todavia, apesar do perfil encontrado na literatura, é possível identificar uma transição de busca por atendimento em saúde na atenção primária, pela população em situação

de rua (BARATA *et al.*, 2015; BELO HORIZONTE, 2014; HUNGARO *et al.*, 2020; VERLINDE *et al.*, 2010).

Este nível assistencial deverá promover o acesso e a utilização da PSR, proporcionando ações que englobam a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e redução de danos com vistas à integralidade do cuidado. Ressalta-se que a APS tem a incumbência de organizar o caminho a ser percorrido na rede de atenção à saúde, pela pessoa em situação de rua, bem como estimular a autonomia desses indivíduos para que isso repercuta de forma positiva na própria situação de saúde deste grupo social.

Com relação ao uso de crack, identificou-se significância na associação com o uso dos serviços de saúde, sendo que os indivíduos que se declararam usuários (RP = 0,77; IC95%: 0,6 - 0,98), apresentaram uma maior razão de prevalência (0,77) de utilizar os serviços de saúde. Realidade semelhante foi encontrada no Reino Unido, quando as pessoas em situação de rua, usuárias de drogas, recorreram mais vezes aos serviços de saúde por malefícios da própria saúde (GUNNER *et al.*, 2019). Já em Dublin, na Irlanda, o uso de drogas por pessoas em situação de rua foi apontado como uma barreira significativa para utilização dos serviços de saúde (O'CARROLL; WAINWRIGHT, 2019), contradizendo os presentes resultados.

O consumo de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua promove alívio físico e psíquico, tornando-se, muitas vezes, a única possibilidade de suportar a vulnerabilidade inerente às suas vidas (RODRIGUES *et al.*, 2019; VALLE; FARAH, 2020). Como consequência desse consumo, há maior suscetibilidade às enfermidades e outros agravos à saúde, como a dependência de substâncias psicoativas, as quais promovem a manutenção dessas pessoas na rua e justificam em parte o processo “crônico” que a rua se torna para grande parte desses indivíduos, podendo ser considerado fator de busca ou afastamento dos serviços de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2019).

As drogas mais usadas pela PSR são: crack, cachaça e cocaína, sendo as duas primeiras as mais usuais, intensificando o adoecimento dessa população (AGUIAR; IRIART, 2012; ALCANTARA; ABREU; FARIAS, 2015; BRITO *et al.*, 2021). O crack, além das consequências deletérias físicas e psíquicas relacionadas ao seu uso e das dificuldades de abstinência, também é motivo de sofrimento decorrente do sentimento de vergonha e de rupturas familiares (BRITO; SILVA, 2022).

Diante dessa realidade, o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas deve ser articulado e planejado de forma a considerar toda a complexidade do uso de substâncias psicoativas, ou seja, a utilização da redução de danos situa o uso de drogas como uma questão de saúde pública, visando à elaboração de estratégias de cuidado mais próximas da realidade, juntamente com as pessoas que fazem uso/abuso de psicoativos. Ao adotar uma postura pragmática e ampliada, a redução de danos oferece noções de cuidado e autocuidado contextualizadas e compartilhadas, valorizando a autonomia da pessoa que faz uso de drogas (SOUZA; MESQUITA; SOUSA, 2017).

Nesta pesquisa, observou-se a necessidade de atenção e sensibilização especial aos indivíduos em situação de rua que sofriam com alguma doença e faziam uso de medicamentos, sendo primordial uma interlocução entre saúde, serviço social e usuário, para que ocorra um planejamento adequado do processo terapêutico proposto, proporcionando a esse indivíduo condições básicas e autonomia para seguimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de forma resolutiva e de acordo com a sua realidade vivenciada nas ruas.

Além disso, constatou-se que a presença de pessoas em situação de rua que faziam uso de albergues e eram participantes de movimentos sociais utilizavam mais vezes os serviços de saúde, possivelmente por possuírem melhor entendimento sobre a rede de atenção assistencial disponível. Cabe aos profissionais vinculados ao atendimento a esse público fomentar a importância do uso destes dispositivos sociais, no intuito de fortalecer e empoderar a busca e execução dos direitos que são cabíveis a essas pessoas, que fazem da rua seu local de vivência e sobrevivência constante.

6.6 Dados sobre a não utilização de serviços de saúde

Como não utilização dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, considerou-se as pessoas que não procuraram e as que procuraram, mas não receberam o atendimento. As barreiras existentes durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde geram, em todo mundo, oportunidades diferenciadas para a obtenção do cuidado entre os grupos sociais, caracterizando um quadro de injustiça social (PEDRAZA *et al.*, 2018).

Tanto a ausência de procura por atendimento por usuários que manifestam alguma necessidade de saúde como o não atendimento podem demonstrar uma

demanda reprimida, que pode ser avaliada pelas respostas dadas para os motivos do não atendimento e da não procura, evidenciando barreiras ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, anteriores à procura (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Conforme os resultados deste estudo, dentre as pessoas que não procuraram os serviços de saúde nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, 71,8% não o fizeram por não terem percebido necessidades durante o período investigado. Entretanto, 9,7% disseram que não procuraram devido à morosidade do atendimento, além de acharem que não tinham direito (6,9%). Este resultado se mostra em consonância aos descritos na literatura nacional, que também pontuam esses aspectos como barreiras ou a falta de percepção da necessidade da busca por serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; BIBIANO *et al.*, 2019; LEVORATO *et al.*, 2014; MOTA *et al.*, 2021).

Já na literatura internacional, observa-se controvérsias em relação aos resultados deste estudo, uma vez que os estudos constataram que a ausência de um plano de saúde e a falta de comprovação residencial foram os principais fatores para a não procura e a ausência de atendimento, quando necessário (AIZUDDIN; JABAR; IDRIS, 2019; GUNNER *et al.*, 2019; WINETROBE *et al.*, 2016).

No Reino Unido, a maioria das pessoas em situação de rua afirmou que a ausência de comprovante residencial pôde ser considerada a principal barreira para utilização dos serviços de saúde, mesmo sendo um país que conta com um sistema nacional de saúde (GUNNER *et al.*, 2019). Já na Malásia, a falta de capacidade de pagamento ou a ausência de plano de saúde foram apontados pelos autores como fatores associados à não utilização dos serviços de saúde (AIZUDDIN; ABDUR JABAR; IDRIS, 2019).

Em estudo ocorrido em Los Angeles, após os autores realizarem a regressão logística multivariada com as possíveis variáveis de associação com a utilização dos serviços de saúde, pontuou-se que as pessoas em situação de rua com seguro de saúde eram quase 11 vezes mais propensas a utilizar esses serviços, o que corrobora o estudo da Malásia (WINETROBE *et al.*, 2016). Entretanto, essas pesquisas apontam uma barreira não identificada neste estudo.

A literatura indica que a posição do indivíduo na estrutura social é importante preditor de necessidades em saúde, e o padrão de risco observado tende a ser desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados (GIOVANELLA *et al.*, 2012; SICARI; ZANELLA, 2018; TRAVASSOS *et*

al., 2000; VIACAVA *et al.*, 2018). Esse padrão caracteriza uma situação de marcada iniquidade no uso de serviços de saúde.

Assim, desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (TRAVASSOS *et al.*, 2000). O uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento (SICARI; ZANELLA, 2018).

De acordo com estudos nacionais e internacionais, ainda são observados grandes traços de iniquidade, com evidentes desigualdades que levam a restrições aos serviços de saúde essenciais para pessoas em situação de vulnerabilidade (AIZUDDIN; JABAR; IDRIS, 2019; DANTAS *et al.*, 2021; GUNNER *et al.*, 2019; LOUBIÈRE *et al.*, 2020; MOTA *et al.*, 2021; VIACAVA *et al.*, 2018).

Especificamente no Brasil, ainda que o SUS, por meio da constituição de 1988, oferte acesso universal e integralidade do cuidado, a garantia da equidade à saúde ainda não atinge todas as camadas sociais presentes nesse país. Essa realidade impacta, diretamente, as pessoas em situação de rua, pois observa-se que essas iniquidades dificultam a possibilidade deste grupo social de exercer sua cidadania plena, tendo como consequências diferentes oportunidades e acesso a bens considerados básicos, que influenciam de maneira direta no perfil de morbimortalidade quando comparado ao de outras populações. Sendo assim, cabe ao Estado proporcionar condições equânimes de acesso e utilização dos serviços de saúde para a população em situação de rua, com base nos princípios e diretrizes do SUS, visto que é considerado direito para todos.

6.7 Limitações e potencialidades do estudo

As limitações dizem respeito à própria característica transversal do estudo e à delimitação da região centro sul, podendo a realidade em outras áreas da cidade, inclusive mais periféricas, ser diferente da identificada. A maioria dos participantes utilizavam serviços de assistência social, então a realidade de grande parcela da PSR

que não tem acesso nem a esses serviços ainda é desconhecida e possivelmente mais complexa. Ressalta-se ainda limitações relacionadas aos locais onde foram realizadas as entrevistas, a segurança pessoal dos entrevistadores, a pandemia instalada que prejudicou o início da coleta de dados, a falta de adesão do uso de máscaras pelos entrevistados, colocando em risco os entrevistadores, por contaminação pelo COVID-19.

Apesar destas limitações, este trabalho avança na perspectiva de análise de dados ainda não totalmente explorados sobre a saúde da população em situação de rua. As evidências apresentadas possivelmente irão contribuir para a melhora da compreensão da complexa relação entre os fatores sociodemográficos e de condições de vida com a utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua, de modo que o reconhecimento destes fatores é imprescindível para ampliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde, bem como da efetivação de políticas públicas emancipatórias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados deste estudo e do referencial teórico estudado, a presença de pessoas que fazem das ruas das metrópoles contemporâneas sua moradia e sustento é uma realidade incontestável. O estudo alcançou os seus objetivos de realizar a caracterização da população segundo dados sociodemográficas, trajetória de rua, estado de saúde, violência, uso de álcool e drogas e utilização de serviços de saúde, possibilitando analisar a associação destes fatores com a utilização de serviços de saúde.

A pesquisa mostrou que a população em situação de rua de Belo Horizonte tem um bom nível de procura pelos serviços de saúde, assim como os utiliza com regularidade, com predominância de procura e utilização da APS. Obteve-se também uma descrição geral de como os diversos fatores relacionados à atenção à saúde se articulam para que as pessoas em situação de rua tenham acesso e utilizem os serviços de saúde.

Utilizando a regressão de Poisson, evidenciou-se associações significativas entre motivo que levou ir à rua, participação em movimento social, autoavaliação do estado de saúde, uso de crack e medicamentos com a utilização dos serviços de saúde.

Estes achados reforçam a hipótese do estudo de quanto mais desfavoráveis as condições de vida na rua, menor será a utilização de serviços de saúde, caracterizando um quadro de injustiça social. Entretanto, não houve associação estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas com a utilização de serviços de saúde.

É importante ressaltar a ausência de estudos quantitativos que abordem a utilização de serviços de saúde pela população em situação de rua. No Brasil, limita-se à comparação a partir de parâmetros similares. Entretanto, estudos acerca da utilização em outros países com sistema de saúde similar também apresentaram achados na mesma direção, no que se refere às variáveis analisadas com a utilização dos serviços de saúde.

Cabe ressaltar a importância de estudos sobre a utilização de serviços de saúde como contribuintes para a organização da assistência, permitindo estabelecer as desigualdades nos níveis de cobertura segundo as características

sociodemográficas e de condições de vida, além de identificar os grupos populacionais mais vulneráveis.

Neste estudo, tais evidências irão contribuir para melhor compreensão da complexa relação entre os fatores sociodemográficos e de condições de vida com a utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua, de modo que o reconhecimento destes fatores é indispensável para a ampliação do acesso e utilização dos serviços de saúde e a efetivação de políticas públicas emancipatórias.

Com base na realização desse estudo, infere-se a necessidade de novas pesquisas que investiguem questões referentes à saúde mental deste grupo social. Ressalta-se também a importância de novos estudos que avaliem a resolutividade das necessidades quando a população em situação de rua utiliza os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, D.; OLIVEIRA, W. F. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rg33QzKwTmVPYhwXGh7pbvH/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/g7b5Pxr9Js8jDyXBRJTK4XL/?lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2022.

AIZUDDIN, A. N.; ABDUL JABAR, S. W.; IDRIS, I. B. Factors associated with health services financier among temporary sheltered homeless in urban Malaysia. **BMC Public Health**, v. 19, n. 548, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6871-5>. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6871-5#:~:text=Major%20influencing%20factors%20that%20influence,%2C%20%3C%200.001%20and%200.041%20respectively>. Acesso em: 26 ago. 2020.

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. dos S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017162684>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100115&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 ago. 2020.

ALCANTARA, S. C.; ABREU, D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em Situação de Rua: das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, Bogotá, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.40659>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692015000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2022.

AMORIM, A. K. A.; NOBRE, M. T. Pesquisa-intervenção, políticas públicas e movimentos sociais: uma experiência junto à população em situação de rua. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 18, n. 42, p. 337-352, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2018000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2022.

ANDERSEN R. M.; NEWMAN J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>. Acesso em: 22 mai. 2022.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**. United States, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738325/>. Acesso em: 22 mai. 2022.

ANDRADE, R. *et al.* O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPr/?lang=pt#>. Acesso em: 07 mai. 2022.

ARRUDA, G. O.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 279-290, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.20532015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7zRn7nxCkph6QD8KrynCKTB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 mai 2022.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 mai. 2022.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p.19-29, 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf. Acesso em: 26 mai. 2022.

BARATA, R. B. *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, s. 1, p. 219-232, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QXWC9xT4V4HKhNsQ7DP4nSw/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2020.

BELO HORIZONTE. **Terceiro Censo de População em Situação de Rua e Migrantes de Belo Horizonte, 2014**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Centro Regional de Referência em Drogas; 2014. Disponível em: https://issuu.com/geel/docs/2014_censo_de_populacao_de_rua. Acesso em: 22 ago. 2020.

BELO HORIZONTE. **Cadastro Único para Programas Sociais - Pessoas em Situação de Rua de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: CADÚNICO - maio 2020a. Retirado de <https://dados.pbh.gov.br/dataset/populacao-de-rua>. Acesso em 22 ago. 2022.

BELO HORIZONTE. **Rede de Apoio para Pessoas em Situação de Rua de Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**; 2020b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-amplia-servicos-de-acolhimento-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BELO HORIZONTE. Ampliação do atendimento à população com trajetória de rua na Pandemia. Minas Gerais: 2021. **CMBH.MG**. 14 out. 2021. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/not%C3%ADcias/2021/10/atendimento-%C3%A0-popula%C3%A7%C3%A3o-com-trajet%C3%B3ria-de-rua-est%C3%A1-sendo-ampliado-diz>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BIBIANO, A. M. B. *et al.* Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2263-2278, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.19552017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2021.

BONUGLI, R.; LESSER, J.; ESCANDON, S. "The second thing to hell is living under that bridge": narratives of women living with victimization, serious mental illness, and in homelessness. **Issues Mental Health Nursing**, v. 34, n.11, p. 827-835, 2013. DOI: 10.3109/01612840.2013.831149. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24131415/>. Acesso em: 04 fev. 2021.

BORYSOW, I. C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 879-890, 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KzS3CrHRYmhkvKN6pxqY7MJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista Escolar de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1069-1076, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601069&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 ago. 2020. .

BOTTIL, N. C. L. *et al.* Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 164-179, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i2.68482>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68482>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Texto Constitucional Originalmente Publicado No Diário Oficial Da União de 5 de outubro de 1988, p. 496, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sumário Executivo da Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. São Paulo: Instituto Meta de Pesquisa e Opinião. 2008a. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/NOT/Img_Nots/img_2008_2sem/pesquisa_nacional_sobre_a_populacao_rua2008.pdf. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**, 2008b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/politica-nacional-para-a-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

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

BRASIL. Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, seção 1, p. 16, 24 dez 2009a. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 15 mai. 2022.

BRITO, C. *et al.* Modo de vida da população em situação de rua como potencializador do cuidado de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0832>. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000800210&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRITO, C. S.; SILVA L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p.151-160, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CAMBOTA, J. N.; ROCHA, F. F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Revista Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 45, n. 2, p. 219-243, 2015. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6008/1/PPE_v45_n02_Determinantes.pdf. Acesso em: 19 jun. 2022.

CAMPBELL, D.J. *et al.* Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 139, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0361-3>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26463577/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/676-689/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CERVIERI, N. B. *et al.* O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-8, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151229>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 mai. 2022.

CHAVES JÚNIOR, P. R.; AGUIAR, R. S. Compreensão e entendimento de saúde vivenciado por pessoas em situação de rua. **Nursing (ed. Brasileira)**, v. 23, n. 263, p. 3688–3692, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3688-3692>. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/661>. Acesso em: 07 mai. 2022.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

COSTA, R. M. V. C. (coord.). **1º Censo da população em situação de rua de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 1998. Disponível em: https://kikacastro.files.wordpress.com/2014/06/1_censo_populacao_rua_bh.pdf. Acesso em: 22 ago. 2020.

COSTA, C. M. F. N. *et al.* Use of medicines by patients of the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007144>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ys9RsdMv6JS5BXpLvxCpWCQ/?lang=en#>. Acesso em: 22 mai. 2022.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 969-978, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

COUNTRYMETERS. **População dos Estados Unidos da América**. Countrymeters.info. 2016. Disponível em: [http://countrymeters.info/pt/United_States_of_America_\(USA\)](http://countrymeters.info/pt/United_States_of_America_(USA)). Acesso em: 18 out 2021.

DANTAS, M. N. P. *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/?lang=pt><https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>. Acesso em: 26 mai. 2022.

DAURIAC-LE MASSON, V. *et al.* Mental Healthcare Utilization among Homeless People in the Greater Paris Area. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, 2020. DOI:10.3390/ijerph17218144. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7663026/pdf/ijerph-17-08144.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

DIAS, A. L. F. (org). Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil – **Relatório técnico-científico** – Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: Marginália Comunicação, 2021. 140 p. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-Incontaveis-2021.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2022.

DIAS, A. L. F. *et al.* População em Situação de Rua: Violações de Direitos e (de) Dados Relacionados à Aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte, Minas Gerais, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: Marginália. **Comunicação**, p. 88, 2021. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/09/Nota-Tecnica-inedita-elaborada-pelo-Programa-Polos-de-Cidadania-da-UFMG-sobre-o-CadUnico-em-Belo-Horizonte.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2022.

DYER, O. Zimbabwean clearance policy leaves 1.5 million people homeless. **British Medical Journal**, v. 331, n. 7509, p. 130, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7509.130-d>.

ELWELL-SUTTON, T. *et al.* Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England, **Journal of Public Health**, v. 39, n. 1, p. 26–33, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw008>.

ERRICO, L. S. P. **Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais**. 2011. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-8KUGH7/1/livia_de_souza_pancr_cio_de_errico.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

EUROPEAN COMMISSION. Commission Staff Working Document. **Confronting homelessness in the European Union**. Brussels, 2013. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex:52013SC0042>. Acesso em 10 abr. 2022.

FAZEL, S.; GEDDES, J. R.; KUSHEL M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **Lancet**, v. 384, n. 9953, p. 1529-1540, 2014. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520328/>. Acesso em: 7 mai. 2022.

FERREIRA, A. L. **Prefeitura de Belo Horizonte realiza primeiro Censo de População de Rua**. Belo Horizonte: Revista Política Social, 1999.

FIORATI, R. C. *et al.* Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1705-1716, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230523p1705-1716-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230523>. Acesso em: 19 jun. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

GRANJA, M. C. L. M.; LIMA, F. L. T. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.816>. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/816>. Acesso em: 07 mai. 2022.

GUNNER, E. *et al.* Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. **The British Journal of General practice**, v. 69, n. 685, p. 526–536, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704633>. Disponível em: <https://bjgp.org/content/bjgp/69/685/e526.full.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2022.

HAMADA, R. K. F. *et al.* População em situação de rua: a questão da marginalização social e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil. **Revista APS**, v. 21, n. 3, p. 461-469, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16041/8462>. Acesso em: 06 out. 2020.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 684-692, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700684&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 06 out. 2020.

HOMELESSNESS SERVICES ASSOCIATION OF BC; URBAN MATTERS; BC NON-PROFIT HOUSING ASSOCIATION. 2018 Report on Homeless Counts in B.C. Burnaby, BC: Metro Vancouver. 2018. Disponível em: <https://hsa-bc.ca/2018-homeless-count.html>. Acesso em: 15 mai. 2022.

HOMELESS WORD CUP. **Global homelessness statistics**. Disponível em: <https://www.homelessworldcup.org/homelessness-statistics/>. Acesso em: 17 out. 2021.

HONORATO, B. E. F.; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e COVID-19. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1064-1078, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/6f3zjNgGvdyqV4Sxx3K74Gz/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

HUNGARO, A. A. *et al.* Homeless population: characterization and contextualization by census research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0236>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mYpbwFhFbQtcpshF3s7fC4G/?lang=en>. Acesso em 10 abr. 2022.

JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde: projeto de implantação**. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/plano_diretor/docs/implantacao.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

LEITE, V. L. M.; BORGES, G. O.; SILVA, M. J. R. B. Análise do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico da população em situação de rua com tuberculose no estado do Pará, no período de 2017 a 2019. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA-UFMS**, Três Lagoas, v. 12, ed. 2, p. 17-33, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/10233#:~:text=Resultados%3A%20De%202017%20a%202019,pessoas%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua>. Acesso em: 25 mai. 2022.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8cp6H8fy9rSpQvGG3WcYXKB/?lang=pt>. Acesso em: 26 mai. 2022.

LIRA, C. D. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1157.pdf>. Acesso em 26 mai. 2022.

LOUBIÈRE, S. *et al.* Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: results from the French Housing First Study. **Public Health**, v. 185, p. 224-231, 2020. DOI: [doi:10.1016/j.puhe.2020.05.019](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.019). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32679400/>. Acesso em: 18 jan. 2022.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C. Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 6, p. 443-450, 2015. DOI: [doi:10.1093/intqhc/mzv074](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv074). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26443815/>. Acesso em: 18 jan. 2022.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?lang=pt>. Acesso em: 7 mai. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 4, p. 661-675, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/T3kFzmg5dpG3wNjF4hSF4Dm/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2022.

MANCHINI, V. L. M. **O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo**. 2018. 110 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2018.

MEDEIROS, L. P.; AMORIM, A. K. M. A.; NOBRE, M. T. Narrativas LGBT de pessoas em situação de rua: repensando identidades, normas e abjeções. **Pesquisas Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 01-16, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2022.

MELO, L. J. F. *et al.* Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i1.5051>. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5051>. Acesso em 10 abr. 2022.

MENDES, K. T.; RONZANI, T. M.; PAIVA, F. S. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31i169056>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/N9kcMm76dkJ8nrBWFhZtvfq/?lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2022.

MINAS GERAIS. **Recomendações para Políticas Públicas para Pessoas em Situação de Rua**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://social.mg.gov.br/images/Direitos_humanos/recomendacoescomitepopruaonline.pdf. Acesso em: 25 mai. 2022.

MOTA, A. N. *et al.* Um olhar para a vulnerabilidade: análise da ausência de acesso à saúde pelos quilombolas no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 2, p. 302-309, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.36311/jhgd.v31.11404>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822021000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 mai. 2022.

MOURA JÚNIOR, J. F.; XIMENES, V. M.; SARRIERA, J. C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicología**, Santiago, Chile Universidad de Chile, v. 22, n. 2, p. 18-28, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.30850>. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/18403/3/2013_art_vmximenes.pdf. Acesso em: 26 mai. 2022.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília: Texto para Discussão. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819. Acesso em: 26 mai. 2022.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acesso em: 26 mai. 2022.

NATIONAL COALITION FOR THE HOMELESS. Share No More: The Criminalization of Efforts to Feed People in Need. **National Coalition for the Homeless**, Washington, 2014. Disponível em: <https://nationalhomeless.org/wp-content/uploads/2014/10/Food-Sharing2014.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2022.

NEVES, D. P. Habitantes de rua e vicissitudes do trabalho livre. **Antropolítica - Revista Contemporânea de Antropologia**, n. 29, 2011. DOI: <https://doi.org/10.22409/antropolitica2010.0i29.a41742>. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/41742>. Acesso em: 17 jan. 2022.

NILSSON, S. F.; LAURSEN, T. M.; HJORTHØJ, C.; THORUP, A.; NORDENTOFT, M. Risk of psychiatric disorders in offspring of parents with a history of homelessness during childhood and adolescence in Denmark: a nationwide, register-based, cohort study. **The Lancet. Public health**, v. 2, n. 12, 2017. DOI:10.1016/S2468-2667(17)30210-4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29253439/>. Acesso em 17 jan. 2022.

O'CARROLL, A.; WAINWRIGHT, D. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. **International Journal of Equity Health**, v. 18, n. 113, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1002-6>. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1002-6>. Acesso em: 17 jan. 2022.

OLIVEIRA, D. M. *et al.* Needs, expectations and care production of people in street situation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2689-2697, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dwQXqrrS6KJfHcrCNxmJV9F/?lang=en>. Acesso em: 24 mai. 2022.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Access to health care for people experiencing homelessness on Avenida Paulista: barriers and perceptions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34259755/>. Acesso em: 26 mai. 2022.

OMEROV, P. *et al.* Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. **Health & social care in the community**, v. 28, n.1, p. 01-11, 2020. DOI: 10.1111/hsc.12857. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31524327/>. Acesso em: 25 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa** – Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa:OMS,1986. Disponível em: <https://goo.gl/awIW3D>. Acesso em: 25 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto**. Conselho de Direitos Humanos, p. 01-23, 2015. Disponível em: https://terradedireitos.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio_Popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS- BRASIL (ONU-BR). **População mundial deve chegar a 9,7 milhões em 2050**. Nações Unidas Brasil, 17 jun. 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/83427-populacao-mundial-deve-chegar-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-diz-relatorio-da-onu#:~:text=relat%C3%B3rio%20da%20ONU-,Popula%C3%A7%C3%A3o%20mundial%20deve%20chegar%20a%209%2C7%20b>

ilh%C3%B5es%20de%20pessoas,2050%2C%20diz%20relat%C3%B3rio%20da%20ONU&text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20mundial%20deve%20crescer,segunda%20feira%20(17). Acesso em: 20 out 2021.

PAIM, J. S. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2020.

PAIVA, I. K. S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfP7fKXpsW84f6gxM8r/?lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2020.

PATRÍCIO, A. C. F. A. *et al.* Common mental disorders and resilience in homeless persons. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1526-1533, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0541>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NVfx8zSPLdMbHf5k9bDWnjS/?lang=en>. Acesso em: 25 mai. 2022.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621298>. Acesso em 25 mai. 2022.

PEDRAZA, D. F. *et al.* Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciências e saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p. 923-933, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300923&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2020.

PELTZER, K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 117, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-117>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-9-117.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

PERILLO, R. D. *et al.* Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 961-974, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5hPmV3qCCyymDCnN3XXfx4P/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

PILOTTO, L. M.; CELESTE, R. K. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00052017>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Vj87NgXZWRmwCTk4VFSfmqD/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

PIMENTA, M. M. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 19, n. 1, p. 82-104, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30905>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/30905>. Acesso em: 18 jan. 2022.

PINHO, R. J.; PEREIRA, A. P. F. B.; LUSSI, I. A. O. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, p. 480-495, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1842>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/S4yZL3jDCvjw4ztXFHNLPLYN/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

PINTO, R. S.; MATOS, D. L.; FILHO, A. I. L. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 531-544, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G6MFqJKjFRqH4h3379TgYMb/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2022.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

PRADO, M. A. R. *et al.* Homeless people: health aspects and experiences with health services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/F6vCNPSK7LTf53sPHhNVyvc/?lang=en>. Acesso em: 22 mai. 2022.

RAMSAY, N. *et al.* Health Care While Homeless: Barriers, Facilitators, and the Lived Experiences of Homeless Individuals Accessing Health Care in a Canadian Regional Municipality. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 13, p. 1839-1849, 2019. DOI: [10.1177/1049732319829434](https://doi.org/10.1177/1049732319829434). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810072/>. Acesso em: 22 mai. 2022.

REINALDO, M. A. S. *et al.* População em situação de rua: maior vulnerabilidade e invisibilidade durante a pandemia de COVID-19. **Enfermagem em saúde mental e COVID-19**, v. 2, p. 45-50, 2020. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e04.c06>. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e4-saudemental-cap6.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

REIS JUNIOR, A. G. J. **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte**. 2011. 146 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23418>. Acesso em: 01 nov. 2020.

REIS, D. C. *et al.* Accessibility to and utilization of schistosomiasis-related health services in a rural area of state of Minas Gerais, Brazil. **Memorial do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 105, n. 4, p. 587-597, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0074-02762010000400039>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mioc/a/3LKjfd3VFDwNM3kv49SYdML/?lang=en>. Acesso em: 01 nov 2020.

RESENDE, V. M.; MENDONÇA, D. G. População em situação de rua e políticas públicas: representações na Folha de São Paulo. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 35, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-460X2019350413>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/delta/a/YJvBX8ShDWhBgh76qpf8Psr/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jun. 2022.

RODRIGUES, M. L. A. C. *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do consultório na rua do Recife. **Faculdade Pernambucana de Saúde** [repositório institucional na internet], 2019. Disponível em: <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/350>. Acesso em: 05 jan. 2022.

ROSENDO, T. M. S. S.; RONCALLI, A. G. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 191-201, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20802014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LKbrTyQyg9Ypj6d57kXF9SQ/?lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2022.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFYpCXL3q4XknsR58Pk5gmS/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Assistência Social e Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. Levantamento censitário e caracterização sócio-econômica da população moradora de rua na cidade de São Paulo. 2015. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00publicacao_de_editais/0001.pdf. Acesso em 20 nov. 2021.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. **Pesquisa censitária da população em situação de rua**. São Paulo: Qualitest Inteligência em Pesquisa, 2019. 108 p. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_S MADS_SP.pdf. Acesso em: 07 mai. 2022.

SCHERVINSKI, A. C. *et al.* Atenção à saúde da população em situação de rua. **Revista Eletrônica de Extensão- Extensio**, v. 14, n. 26, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p55>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n26p55>. Acesso em: 07 mai. 2022.

SCRUGGS, G. Medellin Opens Its Changing Streets to the World Urban Forum. **Next city**, Seattle, 08 abr. de 2014. Disponível em: <https://nextcity.org/daily/entry/medellin-opens-its-changing-streets-to-the-world-urban-forum>. Acesso em: 07 mai. 2022.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 38, n. 4, p. 662-679, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003292017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2020.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 246-256, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBqqKT9JyJgJndzcTcJxRMh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, M. T.; GALVAO, T. F. Uso de serviços de saúde entre adultos residentes na Região Metropolitana de Manaus: inquérito de base populacional, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 725-734, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/XdcFj8dffGvknqQBXg73g3b/?lang=pt>. Acesso em 01 nov. 2020.

SILVA, T. O. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1154136>. Acesso em: 26 mai. 2022.

SIMÕES, T. R. B. A. *et al.* Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 963-975, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711423>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CFjz3vV4qw65XMSjXMQYK5F/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SOUZA, S. E. F.; MESQUITA, C. F. B.; SOUSA, F. S. P. Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência. **Saúde em**

Debate, v. 41, n. 112, p. 331-339, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711226>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YbSW66D7MFGbRtFRZnD7RhG/?lang=pt>. Acesso em: 21 mai. 2022.

STOPA, S. R. *et al.* Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WXYjCqkTjPcd6ngPPrbZtnP/?lang=en>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rysfftQrWZPZnghSq5CJHsG/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SZWARCWALD C. L. *et al.* Perception of the Brazilian population on medical health care. Brazil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000200339&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 18 jan. 2022.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2515-2528, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43482020> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qbhk5mGhJNb6hvrygNkPBGz/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

TIENGO, V. M. O Fenômeno População em Situação de Rua Enquanto Fruto do Capitalismo/ The Phenomenon Population in Street Situation as a Fruit of Capitalism. **Textos & Contextos**, v. 17, n. 1, p. 138-50, 2018. DOI: [doi. 10.15448/1677-9509.2018.1.29403](https://doi.org/10.15448/1677-9509.2018.1.29403). Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/29403>. Acesso em: 18 jan. 2022.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.133-149, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sfS4bXQSMgBF4RnfPRbm4nd/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jan. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 190-198, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2020.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23,

n. 10, p. 2490-2502, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2020.

TRINO, A. T.; PEDRA, M.; BALESTEROS, R. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 01-263.

TUCKER, J. S. *et al.* Behavioral Health and Service Usage During the COVID-19 Pandemic Among Emerging Adults Currently or Recently Experiencing Homelessness. **Journal of Adolescents Health**, v. 67, n. 4, p. 603-605, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.jadohealth.2020.07.013>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7417157/>. Acesso em: 20 out. 2020.

TWEED, E. J. *et al.* "Taking away the chaos": a health needs assessment for people who inject drugs in public places in Glasgow, Scotland. **BMC Public Health**, v. 18, n. 829, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5718-9>. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5718-9>. Acesso em: 20 out. 2020.

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estudos em Psicologia**, Natal, v. 24, n. 1, p. 42-51, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190005>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2022.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W5xmkgkcjN7PNBLJTMFMMfP/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Jbg5jB3yFMBQjnyJkcTfy3f/?lang=pt>. Acesso em: 24 mai. 2022.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49526>. Acesso em: 15 mai. 2022.

VERLINDE, E. *et al.* "Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent." **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 242, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-242>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-242>. Acesso em: 15 mai. 2022.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>. <https://www.scielo.br/j/csc/a/N5fF8vjSGdM36HJC34tggNt/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

WINETROBE, H. *et al.* Health insurance coverage and healthcare utilization among homeless young adults in Venice, CA. **Journal of Public Health**, v. 38, n. 1, p.147–155, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv001>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/38/1/147/2362501>. Acesso em: 20 ago. 2020.

ZANELLA, A. V.; SICARI, A. A. Movimento nacional de população de rua: a complexa luta por direitos. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 3, p. 1058-1079, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n3p1058-1079>. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/23422>. Acesso em: 22 mai. 2022.

ZHANG, L. *et al.* Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. **Journal of Dual Diagnosis**, v.14, n. 1, p. 21-31, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1392055>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29494795/>. Acesso em: 22 mai. 2022.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PSR

Questionário – População em Situação de Rua (PSR)

Questionário nº: _____

Data da entrevista: ____/____/____ Hora de Início: ____:____

Hora de Término: ____:____

Local: _____

Identificador: _____

I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
1 – Gênero: 1. () Feminino 2. () Masculino 3. () Não declarado		
2 – Qual a sua idade?		
3 - Vou listar alguns documentos, me diga, por favor, quais você possui:		
Documentos	1 – Sim	2 – Não
Carteira de Identidade		
CPF		
Carteira de trabalho		
Título de eleitor		
Certidão de Nascimento/casamento		
Cartão SUS		
CAD Único		
4 – Qual a sua Cor/Raça? 1. () Branca 3. () Parda 5. () Indígena 2. () Preta 4. () Amarela		
5 – Qual sua orientação sexual? 1. () Heterossexual 4. () Transexual 2. () Gay 5. () Bissexual 3. () Lésbica 6. () Outros.		
6–Possui um companheiro (a)? 1. () Sim 2. () Não		
7 – Qual a sua escolaridade?		

1. () Sem instrução	5. () Médio completo
2. () Fundamental incompleto	6. () Superior incompleto
3. () Fundamental completo	7. () Superior completo
4. () Médio incompleto	8. () Pós graduado

8- Onde nasceu?

1. () Belo Horizonte (Passe para a questão 9)

2. () Região Metropolitana

3. () Interior do Estado

4. () Outro Estado. Qual? _____

5. () Outro País. Qual? _____

9 – Há quanto tempo vive em Belo Horizonte?

1. () Há menos de 6 meses

4. () Entre 05 a 10 anos

2. () Há menos de 1 ano

5. () Entre 10 a 20 anos

3. () Entre 1 ano a 05 anos

6. () Mais de 20 anos

10– Possui renda mensal?

1. () Sim

2. () Não Quanto? _____

11 – Qual a sua situação ocupacional?

1. () Ocupado^a

4. () Fora do mercado de trabalho^d

2. () Eventual^b

5. () Aposentado^e

3. () Desempregado^c

a) trabalho formal ou informal; b) trabalhos eventuais, "bicos"; c) procurando emprego; d) sem trabalho e não procurando emprego; e) aposentado por tempo de serviço, idade ou invalidez.

II– DADOS SOBRE TRAJETÓRIA DE RUA

12 – Qual o principal motivo que o levou a ir para rua?

1. () Condições financeiras

6. () Trabalho distante da moradia

2. () Ausência de família

7. () Escolha própria

3. () Foi expulso(a) pela família

8. () Outro. Qual? _____

4. () Tratamento de Saúde em Belo Horizonte

5. () Está de passagem pela cidade

13 – Possui vínculo com a família?

1. () Sim (passe para a questão 15)

2. () Não (Passe para a questão 14)

14 - Qual o motivo para o afastamento da família?

1. () Escolha pessoal

4. () Uso de álcool ou drogas ilícitas

2. () Divergências conjugais

5. () Outro. Qual? _____

3. () Perda do emprego

15 – Possui planos para sair da rua? 1. () Sim 2. () Não
16 – Quanto tempo vive na rua? 1. () Há menos de 6 meses 2. () Mais de 6 meses
17 – Já passou por preconceito/ discriminação? 1. () Sim 2. () Não
18 – Qual o motivo do preconceito / discriminação? 1. () Por viver na rua 6. () Orientação Sexual 2. () Aspecto físico / higiene 7. () Outro. Qual? _____ 3. () Incapacidade física / mental 4. () Cor ou raça 5. () Idade
19 – Qual o local que dorme com maior frequência? (Não ler as alternativas, marcar apenas uma resposta) 1. () Praças / Parques 6. () Albergue 2. () Pontes / Viadutos 7. () Abrigo 3. () Casas e prédios abandonados 8. () Em minha casa 4. () Calçadas / Calçada 9. () Na casa de amigos / parentes 5. () Hotéis / Pensão 10. () Outro. Qual? _____
20 - O que faz principalmente para sobreviver? (Não ler as alternativas, marcar apenas uma resposta) 1. () Construção civil/pedreiro/ pintor 2. () Lava/guarda carros/flanelinha 3. () Carga e descarga 4. () Vendedor (doces, frutas, amendoim, flores, jornais) 5. () Catador de materiais recicláveis 6. () Distribui panfletos 7. () Limpeza/faxina 8. () Faz programas/prostituição 9. () Reciclagem 10. () Pede / Pedinte 11. () Jardinagem 12. () Outro. Qual? _____
21 – Frequenta alguma Unidade de Acolhimento? 1. () Sim 2. () Não (Passe para a questão 23)

22 – Se sente seguro nesse local? 1. () Sim 2. () Não
23 – Possui parentes ou amigos morando perto? 1. () Sim 2. () Não
24 – Com quem pode contar quando precisa? 1. () Serviços de proteção social do governo 2. () Serviços de saúde
3. () Instituições sociais como igrejas, ONGs, e outras 4. () Amigos 5. () Parentes 6. () Outros _____
25- Participa de Movimento Social? 1.() Sim 2.() Não Qual? _____
26 - Beneficiário de programa de transferência de renda governamental? 1. () Sim 2.() Não Qual? _____
III- DADOS SOBRE ESTADO DE SAÚDE, USO DE ÁLCOOL, DROGAS E TABACO
27 – Como você avalia seu estado de saúde? 1. () Bom 2. () Ruim
28 – Seus problemas de saúde interferem nas suas atividades cotidianas? 1. () Sim 2. () Não
29- Possui comorbidades /doenças? 1.() Sim 2.() Não

30 - Agora vou listar algumas doenças ou problemas de saúde, me diga, por favor, se tem ou não: (Leia cada uma das doenças e anote).

Possui comorbidades /doenças?

1. () Sim

2. () Não

Doenças	1. Sim	2. Não
Doenças de pele		
IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)		
HIV / AIDS		
Doença mental / Psiquiátrica / Psicologia / Depressão / Dos nervos / Da cabeça		
Dependência química/ Álcool		
Doenças respiratórias/ Asma		
Tosse/ Tuberculose		
Diabetes		
Hipertensão / Pressão Alta		
Hepatite		
Doença cardíaca / Sofre do coração		
Dores no corpo		
Nos dentes		
Deficiência Física		
Fraturas / Com atadura / tala / gesso		
Outra. Qual?		
Nenhuma.		

31 – Faz uso de cigarros?

1. () Sim

2. () Não

32 – Faz uso de álcool?

3. () Sim

4. () Não

33 – Agora vou listar alguns produtos, me diga, por favor, se usa ou consome algum deles: (Leia cada um dos produtos e anote)

Produtos	1. Todos os dias	2. De vez em quando	3. Não usa
Medicamentos (xaropes, calmantes ou analgésicos)			
Maconha (verde, pau podre, beco, baseado)			
Craque (pedra, brita, diaba)			
Cocaína (pó)			
Heroína			
Álcool medicinal			

IV– DADOS SOBRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

34 - Quando você está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar algum serviço de saúde?

1. () Sim.
 2. () Não. **Passe para 51**

35 - Qual o serviço você costuma procurar?

- 1.() Farmácia
 2.() Posto ou centro de saúde
 3.() Consultório médico particular
 4.() Consultório odontológico
 5.() Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos etc.)
 6.() Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
 7.() Ambulatório ou consultório de clínica
 8.() Pronto-socorro ou emergência
 9.() Hospital
 10.() Laboratório ou clínica para exames complementares
 11. () Consultório de Rua
 12. () Outros _____

36 - No último mês você procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

1. () Sim. **Passe para 37**
 2. () Não. **Passe para 51**

37 - Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento relacionado à saúde no último mês?

- 1.() Acidente ou lesão
 2.() Problema odontológico
 3.() Reabilitação
 4. () Pré-natal
 5. () Puericultura
 6. () Vacinação
 7. () Outros atendimentos preventivos
 8. () Parto
 9. () Doença
 10. () Somente atestado de saúde
 11. () Outros: _____

42. No último mês, você voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo? 1. () Sim. 2. () Não. Passe para 47
43- Quantas vezes você procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo no último mês? _____
44 – Onde você procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo no último mês? 1. () Farmácia 2. () Posto ou centro de saúde 3. () Consultório médico particular 4. () Consultório odontológico 5. () Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos etc.)

39 - Por que escolheu ou recebeu esse serviço ou atendimento de saúde na primeira vez que precisou no último mês? 1. () Indicação 2. () Decisão própria 3. () Conhecidos no serviço 4. () Proximidade de "casa" 5. () Rapidez no atendimento 6. () Cadastrado no serviço 7. () Atendimento em local de moradia 8. () Outros motivos : _____
40 - Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas no último mês você foi atendido(a)? 1. () Sim. Passe para 42 2. () Não. Passe para 41
41. Por que motivo você não foi atendido (a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde no último mês? 1. () Não conseguiu vaga ou senha 2. () Não tinha médico atendendo 3. () Não tinha dentista atendendo 4. () Não tinha serviço ou profissional especializado 5. () O serviço ou equipamento não estava funcionando 6. () Não podia pagar 7. () Esperou muito e desistiu 8. () Outro motivo _____

6.() Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 7.() Ambulatório ou consultório de clínica 8.() Pronto-socorro ou emergência 9.() Hospital 10.() Laboratório ou clínica para exames complementares 11. () Consultório de Rua 12. () Outros _____
39 - Por que escolheu ou recebeu esse serviço ou atendimento de saúde na primeira vez que precisou no último mês? 1. () Indicação 2. () Decisão própria 3. () Conhecidos no serviço 4. () Proximidade de "casa" 5. () Rapidez no atendimento 6. () Cadastrado no serviço 7. () Atendimento em local de moradia 8. () Outros motivos : _____
40 - Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas no último mês você foi atendido(a)? 1. () Sim. Passe para 42 2. () Não. Passe para 41
41. Por que motivo você não foi atendido (a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde no último mês? 1. () Não conseguiu vaga ou senha 2. () Não tinha médico atendendo 3. () Não tinha dentista atendendo 4. () Não tinha serviço ou profissional especializado 5. () O serviço ou equipamento não estava funcionando 6. () Não podia pagar 7. () Esperou muito e desistiu 8. () Outro motivo _____
42. No último mês, você voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo? 1. () Sim. 2. () Não. Passe para 47
43- Quantas vezes você procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo no último mês? _____
44 – Onde você procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo no último mês? 1. () Farmácia 2. () Posto ou centro de saúde 3. () Consultório médico particular 4. () Consultório odontológico 5. () Consultório de outro profissional de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos etc.)

6. ☐ Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 7. ☐ Ambulatório ou consultório de clínica 8. ☐ Pronto-socorro ou emergência 9. ☐ Hospital 10. ☐ Laboratório ou clínica para exames complementares 11. ☐ Consultório de Rua 12. ☐ Outros _____
45 - Nessa última vez que procurou atendimento de saúde no último mês você foi atendido (a)? 1. ☐ Sim. Passe para 47 2. ☐ Não. Passe para 46
46 - Por que motivo você não foi atendido (a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde no último mês? Passe para 52 1. ☐ Não conseguiu vaga ou senha 2. ☐ Não tinha médico atendendo 3. ☐ Não tinha dentista atendendo 4. ☐ Não tinha serviço ou profissional especializado 5. ☐ O serviço ou equipamento não estava funcionando 6. ☐ Não podia pagar 7. ☐ Esperou muito e desistiu 8. ☐ Outro motivo _____
47 - Qual foi o principal atendimento de saúde que você recebeu? 1. ☐ Consulta médica 2. ☐ Consulta odontológica 3. ☐ Atendimento de agente comunitário de saúde 4. ☐ Consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, etc.) 5. ☐ Atendimento na farmácia 6. ☐ Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia 7. ☐ Vacinação, injeção, curativo, medição de pressão ou outro atendimento 8. ☐ Cirurgia em ambulatório 9. ☐ Gesso ou imobilização 10. ☐ Internação hospitalar 11. ☐ Exames complementares 12. ☐ Somente marcação de consulta 13. ☐ Outro atendimento _____
48 - Este serviço de saúde onde você foi atendido (a) era: 1. ☐ Público 2. ☐ Particular 3. ☐ Não sabe
49 - Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde? 1. ☐ sim 2. ☐ não

50 - Você considera que o atendimento de saúde recebido foi:

1. ☐ Muito bom
2. ☐ Bom
3. ☐ Regular
4. ☐ Ruim
5. ☐ Muito ruim

51 – No último mês, por que motivo você não procurou serviço de saúde?

1. ☐ Não houve necessidade
2. ☐ Não tinha dinheiro
3. ☐ O local de atendimento era distante ou de difícil acesso
4. ☐ Dificuldade de transporte
5. ☐ Horário incompatível
6. ☐ O atendimento é muito demorado
7. ☐ O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades
8. ☐ Achou que não tinha direito
9. ☐ Não tinha quem o(a) acompanhasse
10. ☐ Não gostava dos profissionais do estabelecimento
11. ☐ Greve nos serviços de saúde

52 – Você Já passou por preconceito/ discriminação em serviços de saúde?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada “FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA”. A pesquisa será realizada na Regional Centro-Sul de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo desenvolvido por aluno do curso de Pós-Graduação stricto sensu da Escola de Enfermagem da UFMG e coordenado por professor da Escola de Enfermagem da UFMG que tem como objetivo identificar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua.

Sua participação é importante uma vez que os resultados do estudo trarão benefícios relacionados a construção de conhecimentos acerca de um tema pouco abordado pela literatura científica, lançando luz sobre a temática e apontando fragilidades e dificuldades enfrentadas pela população do estudo para o acesso a serviços de saúde. Espera-se também que a pesquisa contribua para a discussão de políticas públicas na área da saúde e da assistência social para contemplar a população em situação de rua.

Assim, pedimos a sua autorização para a coleta e utilização de informações acerca do assunto descrito. O estudo será desenvolvido através de um questionário semiestruturado, na qual as respostas serão de acordo com a sua vivência. A entrevista será conduzida por pesquisador e terá duração média de 30 minutos.

Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 e nº 510/16, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Conforme os objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são: riscos psicológicos que envolvem modificação nas emoções, stress, culpa, perda da autoestima, estresse emocional, constrangimento ou desconforto com a exposição de dados. Assim, asseguramos que caso manifeste-se cansado (a) ou incapaz de responder, a entrevista será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse. Também está garantido que seu nome verdadeiro não irá aparecer em qualquer documento, bem como, garantimos o anonimato das informações fornecidas pelo (a) Senhor (a), uma vez que serão utilizados códigos em substituição aos nomes em cada entrevista. O que o (a) Senhor (a) nos disser será utilizado somente para essa pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa, o resultado poderá ser publicado em revistas e ou apresentado em eventos científicos, sem que seu nome ou endereço apareça. Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fazer contato posteriormente, caso haja dúvidas ou necessidade de esclarecimento de ambas as partes. As perguntas serão feitas da forma mais adequada e humanizada possível para evitar desconfortos e o senhor (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros.

Sua participação é voluntária, não haverá qualquer despesa, bem como, recebimento de gratificação ou benefício, no entanto, é garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. O (A) Senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa no momento que desejar, sem que seja prejudicado (a), ficando garantida a sua liberdade de retirada do consentimento. A sua desistência ou recusa em participar da pesquisa não interfere no seu acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se que esse termo será impresso em duas vias e, ao aceitar participar desta pesquisa, solicitamos sua assinatura em ambas as vias deste termo. O (a) senhor (a) receberá uma das duas vias, assinada pelo pesquisador.

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, o (a) Senhor (a) poderá consultar a Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte e, o Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e os pesquisadores responsáveis. Os dados de telefones, e-mails e endereços encontram-se listados abaixo.

Agradecemos sua colaboração.

Rubricas do Participante e do Pesquisador

Pesquisador Responsável: Thiago Gomes Gontijo

e-mail: thiago.gontijo15@gmail.com

Endereço: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia; CEP 30130-100

Telefone (0XX31) 98759-1170

Coordenadora Responsável: Giselle Lima de Freitas

e-mail: gisellelf@yahoo.com.br

Endereço: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia; CEP 30130-100

Telefone (0XX31) 3409-9868

Coordenador Responsável: Francisco Carlos Félix Lana

e-mail: xicolana@gmail.com

Endereço: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia; CEP 30130-100

Telefone (0XX31) 3409-9862

Subsecretaria de Assistência Social de Belo Horizonte

Diretoria de Gestão do SUAS – DGAS / Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente - GGTEP

Endereço: Avenida Afonso Pena, 342 - 3º andar - Centro-BH/MG

e-mail: pesquisasuas@pbh.gov.br

Telefone: 3277-4853

Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901
Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005

Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____ concordo em participar no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia assinada deste documento e tive a oportunidade de discutir com o pesquisador.

PARTICIPANTE



Caso o participante não assine, inserir digital.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO A - PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG



ESCOLA DE ENFERMAGEM
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 – Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

PARECER - 2020

Título do projeto de pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Interessado: Prof. Francisco Carlos Félix Lana

Relatora: Prof^a. Alexandra Dias Moreira

Instituição: Escola de Enfermagem da UFMG

HISTÓRICO

Em 06 de novembro de 2020 recebi da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EE-UFMG, para emissão de parecer, o Projeto de Pesquisa intitulado: “Fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua”, a ser desenvolvido pelo aluno de mestrado Thiago Gomes Gontijo sob a coordenação do Prof. Francisco Carlos Félix Lana

MÉRITO

Trata-se de um estudo com o objetivo de estimar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua.

Segundo o coordenador do projeto, o fenômeno do aumento da população em situação de rua (PSR) é uma realidade cada vez mais presente no país, sendo essa população historicamente excluída com graus variados de vulnerabilidade e de marginalidade na utilização de bens e serviços, como emprego, educação, moradia, transporte, lazer e saúde.

A hipótese do estudo é de que fatores sociodemográficos e econômicos, condições de vida na rua e utilização de serviços de referência para a população em situação de rua estão associados à utilização dos serviços de saúde. O coordenador da pesquisa descreve as diferenças entre acesso e utilização dos serviços de saúde e considera a utilização dos serviços de saúde como todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – e indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde.

Relata, ainda, que de forma geral poucos estudos têm sido direcionados à compreensão do fenômeno, sendo o último censo em Belo Horizonte realizado em 2013. Justifica que a investigação permitirá o reconhecimento dos fatores limitantes e facilitadores da equidade em saúde, de modo a



ESCOLA DE ENFERMAGEM
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 – Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

possibilitar a elaboração de estratégias que levam a maior visibilidade da PSR, reorientação da organização e disponibilização da rede de serviços do SUS em Belo Horizonte. Relata que o estudo contribuirá para o estabelecimento de políticas públicas que atendam às reais necessidades dessa população.

Trata-se de um estudo transversal, do tipo analítico, a ser desenvolvido com pessoas de 18 anos ou mais em situação de rua que vivem na regional Centro-Sul de Belo Horizonte. Essa regional foi escolhida para o estudo devido ao número elevado de PSR em relação às outras regionais. A população estimada de usuários no Centro de Saúde Carlos Chagas e Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (CENTRO POP) da região Centro-Sul de Belo Horizonte/Minas Gerais é de aproximadamente 9.483 pessoas, segundo cadastros locais. Segundo os coordenadores dos serviços, nem todos os usuários cadastrados estão ativos e frequentam o serviço, existe uma alta rotatividade.

Para o cálculo amostral, utilizou-se população finita, considerando os seguintes parâmetros: prevalência de 50%, intervalo de confiança de 95%, precisão de 5% e tamanho da população de 9.483. Optou-se ainda, por acrescentar 10% para a reposição de potenciais recusas, perdas e erros de preenchimento. A amostra final foi dimensionada em 407 indivíduos.

A coleta de dados será por meio da aplicação de um questionário elaborado pelos pesquisadores. Segundo o coordenador da pesquisa, a elaboração do instrumento baseou-se no questionário da “Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua”, realizada em 2008 pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, bem como dados comumente levantados em literatura sobre o tema. O questionário foi estruturado contendo dados sociodemográficos, epidemiológicos, trajetória e tempo de vida na rua, discriminação, suporte social, estado de saúde, consumo de álcool e drogas, violência e utilização dos serviços de saúde. O pesquisador ressalta a não existência de um questionário validado específico para a PSR. Relata, ainda, que será realizada uma etapa preparatória apresentado como piloto/pré-teste com pessoas em situação de rua com objetivo de análise do questionário e proposições de alterações para melhor adequação do instrumento de coleta de dados.

Para análise estatística, será utilizado o modelo de regressão logística considerando como variável dependente do estudo a resposta do usuário em relação a ter alguma dificuldade para usar o seu principal serviço de saúde, quando necessário (sim/não) e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e de condições de vida dos usuários. Para todas as análises será fixado um nível de significância de 5%.



ESCOLA DE ENFERMAGEM
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 – Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

Segundo o pesquisador, a coleta será iniciada após anuência da Secretaria de Assistência social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A coleta de dados tem previsão de ocorrer no período de março, abril, maio e junho de 2021, de acordo com o cronograma da pesquisa. Os participantes que, após explicação do desenvolvimento e esclarecimentos de possíveis riscos e benefícios na participação da pesquisa, concordarem em participar do estudo irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou firmar digital no documento.

Os custos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Conclui-se que o projeto é exequível no cronograma proposto e está bem fundamentado teoricamente.

CONCLUSÃO

Diante de exposto, sou favorável à aprovação deste projeto de pesquisa, salvo Melhor Juízo (SMJ) dos membros desta Câmara.

Belo Horizonte, 08 de novembro de 2020.

Alexandra Dias Moreira

Relatora

Aprovado em Reunião da Câmara Departamental em
09/11/2020

Prof. Ed Wilson Rodrigues Vieira
Subchefe do EMI

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

Subsecretaria de Assistência Social
Diretoria de Gestão do SUAS-DGAS
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente -GGTEP

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que a Subsecretaria de Assistência Social (SUASS) autoriza Thiago Gomes Gontijo a desenvolver o projeto de pesquisa "FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA" vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, por parte da pesquisadora, dos requisitos da Resolução nº 510, do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a pesquisa de campo e a coleta de dados prevista no projeto, o pesquisador deverá apresentar à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente da Diretoria de Gestão do SUAS o parecer consubstanciado, ou documento de natureza semelhante, devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP. A informação à SUASS quanto à aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética é de responsabilidade do pesquisador interessado.

Belo Horizonte, 14 de janeiro de 2021.

Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente

Maria Aline Gomes Barboza – BM 105896-5

ANEXO C – PARECER/APROVAÇÃO CEP DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Pesquisador: Giselle Lima de Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42358921.9.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.576.471

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa. Tem como objetivo estimar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela População em Situação de Rua, em Belo Horizonte. O aumento do fenômeno da População em Situação de Rua, agravado pelas crises econômica e social que afetam o país, determina vivências de violência e marginalização por esse grupo, com dificuldade de acesso a serviços básicos, como saúde, assistência social, moradia, educação e lazer. De forma geral, poucos estudos têm investigado esse fenômeno.

Especificamente em Belo Horizonte, o último censo foi realizado em 2013, gerando um distanciamento do conhecimento sobre condições de vida e saúde da população em situação de rua. Acredita-se que essa investigação permitirá o reconhecimento dos fatores limitantes e facilitadores da equidade em saúde e das necessidades diversas dessa população de modo a possibilitar estratégias para maior visibilidade deste grupo, reorientação da organização e disponibilização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Também poderá contribuir para o estabelecimento de políticas públicas que atendam as reais necessidades dessa população e o fortalecimento da equidade. Os participantes do estudo serão pessoas em situação de rua que fazem da regional Centro-Sul de Belo Horizonte o seu espaço de vivência social. A coleta de dados será por meio da aplicação de um questionário para as pessoas em situação de rua que concordarem a participar da pesquisa.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.576.471

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estimar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a população do estudo segundo os dados sociodemográficos; Identificar as condições de vida e saúde da população em situação de

rua; Relacionar características sociodemográficas, trajetória de rua, estado de saúde, violência, uso de álcool e drogas com a utilização de serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos relacionados à pesquisa referem-se ao constrangimento ou desconforto, sofrimento psicológico e emocional dos participantes com a exposição de dados, ainda que sejam garantidos o seu sigilo e a confidencialidade. Assegura-se o anonimato de maneira que haja proteção da privacidade dos sujeitos. Visando manter o anonimato dos participantes, serão utilizados códigos em substituição aos nomes em cada entrevista.

Benefícios:

É importante destacar que poucos estudos na literatura científica brasileira têm se debruçado em estimar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua. Acredita-se que essa investigação permitirá o reconhecimento dos fatores limitantes e facilitadores da equidade em saúde e das necessidades diversas dessa população de modo a possibilitar estratégias para maior visibilidade deste grupo, reorientação da organização e disponibilização da rede de serviços do SUS em Belo Horizonte. Também poderá contribuir para o estabelecimento de políticas públicas que atendam as reais necessidades dessa população e o fortalecimento da equidade. De acordo a Resolução CNS 510/2016, os benefícios em pesquisa podem ser definidos da seguinte forma: [...] contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.576.471

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado e a metodologia adequada aos objetivos propostos. Os riscos foram avaliados e considerados na metodologia e no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados, informando com clareza os objetivos, os direitos do entrevistado, os riscos que ele pode correr, bem como possibilidade de recusa e interrupção da entrevista. Fala apenas mencionar como será o armazenamento dos dados.

Recomendações:

Recomenda-se que seja acrescentada ao TCLE menção sobre a guarda dos dados coletados: "Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo digital, sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

Retirar nome do participante do questionário a ser utilizado para garantir o anonimato.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como os documentos apresentados estão adequados, somos, S.M.J., favoráveis à aprovação do projeto, solicitando aos pesquisadores a adequação do TCLE conforme recomendação acima, o que não justifica diligência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691184.pdf	22/01/2021 16:33:16		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/01/2021 17:46:12	Giselle Lima de Freitas	Aceito
Outros	questionario.pdf	20/01/2021 16:42:49	Giselle Lima de Freitas	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.576.471

Outros	carta_anuencia_pbh.pdf	20/01/2021 16:35:37	Giselle Lima de Freitas	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/01/2021 16:32:36	Giselle Lima de Freitas	Aceito
Declaração de concordância	parecer_do_departamento_ufmg.pdf	20/01/2021 16:30:58	Giselle Lima de Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	20/01/2021 16:29:54	Giselle Lima de Freitas	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/01/2021 16:29:27	Giselle Lima de Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/01/2021 16:29:06	Giselle Lima de Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 06 de Março de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coop@prpq.ufmg.br