

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

**A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE:
ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE NITERÓI**

Marceli Matoso da Silva



**Niterói - RJ
Março de 2024**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

MARCELI MATOSO DA SILVA

**A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE
DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
NITERÓI**

NITERÓI - RJ

2024

MARCELI MATOSO DA SILVA

**A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE
DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
NITERÓI**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense para a obtenção do título de Doutora em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas Sociais

Orientadora: Luciene Burlandy

NITERÓI - RJ

2024

MARCELI MATOSO DA SILVA

**A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: ANÁLISE
DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
NITERÓI**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense para a obtenção do título de Doutora em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas Sociais

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciene Burlandy (Orientadora)
Faculdade de Nutrição – UFF (Niterói)

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna - Examinadora
Escola de Serviço Social – UFF (Niterói)

Profa. Dra. Nilza Rogéria de Andrade Nunes - Examinadora
Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profa. Dra. Juliana Desiderio Lobo Prudêncio - Examinadora
Departamento de Serviço Social – UFF (Campos dos Goytacazes)

Dra. Giovanna Bueno Cinacchi - Examinadora
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Profa. Dra. Janete Luzia Leite - Suplente
Profa. Convidada da Pós-Graduação em Política Social - UFF

Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior - Examinador Suplente
Curso de Serviço Social - UFCG

Dedico essa tese à minha mãe Zezé: seus incentivos foram sempre uma cobrança pela busca por conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Os caminhos percorridos para a finalização deste trabalho não foram fáceis; a escrita de uma tese é um processo de solidão e de relação íntima com Deus na busca de força para prosseguir.

A Deus meu principal agradecimento: Ele é meu sustento diário, a força do meu caminhar para poder sonhar e realizar. No plano material, agradeço a minha família, minha mãe — a maior incentivadora, irmãos e sobrinhos, pela parceria em todos os momentos, nas decisões mais difíceis, e pela compreensão na ausência para estudar.

Agradecer traz lembranças dos desafios enfrentados na construção desta tese, mas também traz lembranças boas de pessoas que contribuíram para que o caminho fosse menos árduo e possível. Por sorte, acredito, foram vários amigos que contribuíram em diferentes contextos e cada um à sua maneira.

Gratidão aos amigos de todas as horas: Fernanda Melo, Juliana Lobo, Luciana Herdy e Alexsandro Nascimento, sempre presentes na minha vida em momentos difíceis e de alegria. Também a minha amiga Lissa Elena, companheira de trabalho na atenção básica, com quem dividia minha angústia não só com o estudo, mas com a vida.

Gratidão às circunstâncias que me conduziram à possibilidade de participar da Pesquisa “NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: construindo políticas intersetoriais para população em situação de rua”, ao convite da Giovana Cinacchi e da professora Mônica Senna. A pesquisa que me fez crescer e aprender com leituras, debates, a cada etapa, do início ao fim, através de um processo de construção coletiva com professores (Mônica Senna, Lenaura Lobato e Miriam Reis) e estudantes (Giovana Cinacchi, Ida Mota, Juliana Miranda, Rafaela Barbosa, Stephanie Barreto, e Tamires Caldas), meu muito obrigada! Agradeço de forma especial a todos os homens e mulheres em situação de rua, que possibilitaram o aprendizado sobre a realidade com suas histórias e trajetórias de vida.

Muita gratidão à minha orientadora Luciene Burlandy, pela paciência e incentivo e por não desistir de mim, mesmo diante da minha forma mais lenta de

produção e de encontro com o tema. E às professoras que compuseram a minha banca examinadora, escolhidas pela admiração e certeza que poderiam contribuir com reflexões importantes para o melhor resultado deste trabalho, consideradas professoras de grande conhecimento sobre a temática PSR e comprometidas com o aprimoramento do aluno.

Agradeço às parceiras que fui construindo ao longo do caminho de estudo, em especial à Ida, por compartilharmos todos os desafios do doutorado e da pesquisa, e à Jaqueline Barros, pois, mesmo em outro programa de pós-graduação, dividimos angústias diárias na construção da tese, e algumas risadas para alegrar aquele momento árduo de escrita eterna.

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro”.

Fernando Sabino

RESUMO

A saúde é um direito fundamental expresso na Constituição Federal de 1988, e a Organização das Nações Unidas enumera como uma das condições necessárias à vida digna, que implica na garantia de outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais, habitação, alimentação e segurança. A população em situação de rua no Brasil integrou, de forma mais expressiva, a agenda pública a partir da elaboração da Política Nacional para a População de Rua no ano de 2009. Mas o direito à saúde ganhou destaque em 2011 com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica e a criação do Consultório na Rua na Atenção Primária à Saúde, possibilitando a prestação de assistência voltada ao cuidado integral da saúde da população em situação de rua, e garantia do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste trabalho é analisar como a população em situação de rua utiliza os serviços públicos de saúde ofertados no município de Niterói. O estudo pautou-se em pesquisa qualitativa utilizando como métodos e técnicas: revisão bibliográfica, pesquisa documental, análise de dados secundários e entrevistas. A população em situação de rua historicamente tem acesso limitado aos serviços de saúde e enfrenta uma gama de entraves que dificultam a concretização do direito à saúde. A utilização dos serviços de saúde é um tema complexo e diferentes fatores devem ser considerados: demográficos, estrutura social e crenças em saúde, como também determinantes da oferta e demanda de serviços. Os resultados do estudo apontam que a população em situação de rua de Niterói é um grupo que utiliza pouco os serviços de saúde, existindo um processo de oportunidades diferenciadas que marcam desigualdade e interferem na saúde. Os serviços públicos de saúde no município de Niterói são diversos, de várias complexidades, mas, na sua maioria, não contam com profissionais capacitados para atender a população em situação de rua, ofertando principalmente ações relacionadas às orientações sobre benefícios e programas sociais, além do atendimento social e consulta médica. Estes são os serviços de saúde mais procurados por essa população, além de medicação e atendimento psicológico. Há uma dificuldade de acesso associado ao longo tempo de espera pelo atendimento e também à falta de profissionais. O Centro de Atenção Psicossocial é o serviço de saúde mais frequentado em Niterói e atende à demanda de psicologia e aos problemas de saúde principalmente relacionados com a dependência química, ao alcoolismo, além da procura por medicação. O estudo aponta que a população em situação de rua de Niterói constitui um dos grupos sociais que deveria acessar mais os serviços de saúde, e algumas estratégias são importantes para alterar essa situação: o estímulo e sensibilização do autocuidado a partir do trabalho da atenção primária, em especial do consultório na rua; uma maior oferta de serviços a partir das demandas apresentadas pela população em situação de rua; o fortalecimento da rede, concretizando a proposta da Rede de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial; a capacitação permanente sobre a temática para profissionais de saúde das diferentes complexidades dos serviços; o desenvolvimento de ações de outras políticas pensando a saúde de forma ampliada; a concretização de ações do Comitê Intersetorial de Planejamento, Execução, Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Públicas, que pode estimular as estratégias anteriores consideradas de grande relevância; e a construção da política municipal para a PSR de Niterói.

Palavras-chave: População em situação, utilização dos serviços de saúde, município de Niterói.

ABSTRACT

Health is a fundamental right expressed in the Federal Constitution of 1988, and the United Nations lists it as one of the necessary conditions for a dignified life, which implies the guarantee of other basic rights, such as education, basic sanitation, cultural activities, housing, food and security. The homeless population in Brazil became part of the public agenda more significantly after the creation of the National Policy for the Homeless Population in 2009. But the right to health gained prominence in 2011 with the review of the National Care Policy Basic and creation of the Street Clinic in Primary Health Care, enabling the provision of assistance aimed at comprehensive health care for the homeless population, and guaranteeing access to health actions and services within the scope of the Unified Health System. The objective of this work is to analyze how the homeless population uses public health services offered in the city of Niterói. The study was based on qualitative research using methods and techniques, bibliographic review, documentary research, secondary data analysis and interviews. The homeless population historically has limited access to health services and faces a range of obstacles that make it difficult to realize their right to health. The use of health services is a complex topic and different factors must be considered, demographic, social structure and health beliefs, as well as determinants of the supply and demand for services. The results of the study indicate that the homeless population in Niterói is a group that makes little use of health services, with a process of differentiated opportunities that mark inequality and interfere with health. Public health services in the city of Niterói are diverse, of various complexities, but most of them do not have trained professionals to serve the homeless population, offering mainly actions related to guidance on benefits and social programs, in addition to social assistance. and medical consultation. This is the health service most sought after by this population, in addition to medication and psychological care, with difficult access associated with the long waiting time for care and the lack of professionals. The Psychosocial Care Center is the most frequented health service in Niterói, and this service is related to the demand for psychology and the most verbalized health problems, such as chemical dependency and alcoholism, in addition to the availability to purchase medication. The study points out that the homeless population in Niterói constitutes one of the social groups that should have greater access to health services and some strategies are important to change this situation: the stimulation and awareness of self-care through primary care work, in special from the office on the street; development of more service offerings based on the demands presented by the homeless population; strengthening the network, implementing the proposal of the Health Care Network and the Psychosocial Care Network; permanent training on the topic for health professionals of different complexity of services; Development of other policy actions thinking about health in an expanded way; implementation of actions by the Intersectoral Committee

for Planning, Execution, Monitoring and Monitoring of Public Policies that can stimulate previous strategies considered of great relevance; and the construction of municipal policy for the PSR of Niterói.

Keywords: Population in situation, use of health services, municipality of Niterói.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Famílias em situação de rua inscrita no CADÚNICO/Niterói - 01/2019 a 10/2023.

Gráfico 2 – Problemas identificados pelas instituições de saúde de Niterói para atender a PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável - ANO 2023.

Gráfico 3 – Quantitativo Mensal de Atendimento à PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

Gráfico 4 – Ações ofertadas a PSR pelas Instituições de Saúde de Niterói, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

Gráfico 5 – Encaminhamentos realizados pelas instituições de saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

Gráfico 6 – Dificuldades das instituições de saúde para a articulação em rede, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

Gráfico 7 – Problemas de saúde apresentados pela PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

Gráfico 8 – Unidades de saúde mais frequentadas pela PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023. .

Gráfico 9 – Serviços mais procurados pela PSR segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

Gráfico 10 – Serviços mais procurados pela PSR nas Unidades de Saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

Gráfico 11 – Dificuldades para o acesso ao serviço de saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, 2023.

Gráfico 12 – Sugestões de melhorias nas unidades de saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Quadro síntese dos documentos oficiais e complementares analisados.

Quadro 2 – Síntese das fontes de pesquisa segundo as dimensões de análise a partir dos objetivos do estudo.

Quadro 3 – Trajetória das mobilizações e ações importantes na construção da PNPSR - de 1988 a 2009.

Quadro 4 – Trajetória da construção do Consultório na Rua, segundo normativas promulgadas no período de 1999 a 2021.

Tabela 1 – As unidades de saúde do município de Niterói, por nível de atenção.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

BPC – Benefício de prestação continuada

CadÚnico– Cadastro Único

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

Centro Pop – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CF – Constituição Federal

Ciamp-Rua – Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua

Cnar – Consultório na Rua

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNDDH – Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e dos Catadores de Materiais Recicláveis

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COOPAMARE – Cooperativa dos Catadores Autônomos de Papel, Aparas e Materiais Reaproveitáveis

CR – Consultório de Rua

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREG – Central de Regulação

ESF – Estratégia Saúde da Família

eCR – Equipes de Consultório na R

FEC – Fundação Euclides da Cunha

FeSaúde – Fundação Estatal de Saúde de Niterói

FMS – Fundação Municipal de Saúde

GM – Gabinete da Ministra

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MAC – Museu de Arte Contemporânea

MS – Ministério da Saúde

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MDHC – Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

MMF – Módulos Médico de Família

MNPR – Movimento Nacional da População de Rua

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOBs – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OAF – Organização do Auxílio Fraternal

ONGs – Organizações Não Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PDPA – Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PMF – Programa Médico de Família

PMN – Prefeitura Municipal de Niterói

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNPSR – Política Nacional para a População em Situação de Rua

PPA – Plano Plurianual

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PSR – População em Situação de Rua

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAMU– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SASDH – Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos

SAGICAD – Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único

SEPLAG – Secretaria de Planejamento, Modernização da Gestão e Controle

SISAPS – Sistema de Informação em Atenção primária à saúde

SMASES – Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Tribunal de Contas do Estado

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFBA – Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

UFF – Universidade Federal Fluminense

UPAs – Unidades de Pronto Atendimento

VIPACAF – Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família

VIPAHE – Atenção Hospitalar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
CAPÍTULO I: O desenho metodológico da pesquisa	27
1.1. Referencial teórico conceitual	27
1.2. Métodos	31
1.3. Contextualizando o local do estudo: o município de Niterói	40
CAPÍTULO II: Perfil sociodemográfico da população em situação de Rua no Brasil a construção da Política Nacional	47
2.1. A população em situação de rua: um olhar das expressões da questão social	47
2.2. Fatores históricos e estruturais na construção do fenômeno população em situação de rua no Brasil	51
2.3 A construção de políticas dirigidas à população em situação de rua no Brasil.....	59
2.4. As principais características e perfil sociodemográfico da população em situação de rua no Brasil.....	67
CAPÍTULO III: A política de saúde dirigida à população em situação de rua no Brasil e a utilização dos serviços de saúde	72
3.1. O conceito de saúde e suas implicações para a garantia da saúde da população em situação de rua	72
3.2. A Política Nacional de Saúde e a garantia do direito da população em situação de rua.....	77
3.3. O Consultório na Rua e a construção do direito à saúde	82
3.4. A utilização dos serviços públicos de saúde.....	92
3.5. A população em situação de rua e a utilização dos serviços.....	97
CAPÍTULO IV: A População em Situação de Rua no município de Niterói e a garantia do direito à saúde	101
4.1. A População de Rua em Niterói: perfil e características.....	101

4.2. A Rede pública de saúde em Niterói e a oferta de serviços para a População em Situação de Rua	105
4.3. A População em Situação de Rua demandas de saúde e utilização dos serviços públicos de saúde em Niterói	122
4.4. Os fatores determinantes na utilização dos serviços públicos de saúde pela População em Situação de Rua de Niterói	132
CONCLUSÕES	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

ANEXOS

1. Questionário utilizado nas entrevistas com instituições e grupos sociais.
2. Questionário utilizado nas entrevistas com a população em situação de rua.

APRESENTAÇÃO

Notas de aproximação com o tema

A população em situação de rua (PSR) nem sempre foi um tema particularmente próximo, considerando a minha experiência e trajetória de vida. Acredito que, durante muito tempo, meu olhar era, no âmbito do senso comum, de medo.

Tudo começou a mudar no ano 1995, com minha inserção na Faculdade de Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Durante minha formação acadêmica, a vivência de estágio foi construída na área da saúde, Hospital do Andaraí, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreira, quando tive oportunidade de conhecer histórias de vida de pessoas com doenças associadas a vulnerabilidades sociais e de entender que a ausência de direitos pode causar adoecimentos.

Após a formação, na trajetória profissional, também vivenciei uma longa atuação na política de saúde, em vários níveis de atenção à saúde. O trabalho na Política de Saúde e em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre me envolveram e caminho buscando ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Em 2009, aprovada no concurso para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF), em um município da Baixada Fluminense no Rio de Janeiro, desde então inserida na Atenção Básica (AB) como assistente social e mais próxima do contexto familiar e da realidade comunitária.

Após várias capacitações, treinamentos, cursos, na AB, conheci profissionais que trabalham no Consultório na Rua (Cnar) e a proposta deste trabalho me chamava atenção. Em paralelo, percebi que no município que atuava não havia esse serviço e eu nunca presenciei a PSR em atendimento na unidade básica de saúde (UBS). Não existe PSR no município? Essa população não tem acesso à saúde? A PSR não adoece? Essas são as preocupações trazidas pela minha prática profissional.

A aproximação maior com o tema PSR foi possível com a inserção como bolsista na Pesquisa “NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: construindo políticas intersetoriais para população em situação de rua” (Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável), desenvolvida no município de Niterói, sendo uma parceria da Universidade Federal Fluminense (UFF), Programa de Pós-Graduação em Política Social, e a Prefeitura Municipal de Niterói no âmbito do Programa de Desenvolvimento de Projetos Aplicados (PDPA) e a Fundação Euclides da Cunha (FEC), coordenada pela professora Mônica Senna do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Escola de Serviço Social da UFF.

Essa oportunidade possibilitou conhecer a realidade da PSR e estimular ainda mais o meu olhar sobre a saúde dessa população no município de Niterói. Além dessa experiência, a pesquisa também oportunizou um trabalho em conjunto com um grupo de professores, possibilitando ampliar e refletir sobre a temática, além do contato direto com a PSR, os profissionais, as instituições e as organizações sociais que atuam com essa população no município de Niterói.

A partir da inserção na pesquisa, meu objeto de estudo ganhou um novo foco; novos objetivos foram construídos, mas não deixando de ter um olhar sobre o direito à saúde, mas agora da PSR em Niterói.

Atualmente a saúde da PSR vem sendo foco da minha atuação profissional, considerando a inserção no projeto “Fortalecimento das ações de controle e eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro – SES”, parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS). A tuberculose é uma doença associada à desigualdade e a pobreza; algumas populações são prioritárias e demandam uma maior cautela no cuidado à saúde, dentre essas se encontra a PSR, pois a situação de vulnerabilidade social e as barreiras de acesso aos direitos básicos contribuem para o aumento do risco de adoecimento.

INTRODUÇÃO

A abordagem da População em Situação de Rua (PSR) por parte do Estado brasileiro é marcada por uma inflexão importante que se dá com a criação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) em 2009, quando ganha essa população visibilidade e passa a ser compreendida como sujeito de direitos nas políticas públicas. Essa conquista foi fruto de um movimento árduo de mobilizações, a partir dos fóruns, encontros e seminários que dialogavam sobre essa necessidade da construção da política pública nacional de direitos até então negados ou negligenciados.

A partir da PNPSR, a PSR passou ser concebida como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009). Essa população conquistou progressivamente o acesso aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.

Em 2022, havia 236.400 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único (CADÚnico) para Programas Sociais do Governo Federal, ou seja, uma em cada 1.000 pessoas no Brasil estava vivendo em situação de rua, sendo a região de maior concentração o Sudeste (Brasil, 2023). Segundo informações da Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único (SAGICAD) do Governo Federal, a cidade de Niterói havia cadastrado 869 PSR em dezembro de 2022. Acredita-se que no Brasil, assim como em Niterói, exista um quantitativo maior de PSR, considerando os não cadastrados em programas sociais e a crescente proporção de aumento dos números anualmente.

Os dados sobre a PSR no município de Niterói e a utilização dos serviços públicos de saúde em uma cidade com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) diferenciado deveriam ser mais promissores. No entanto, apesar

de Niterói ser considerado um município com elevado índice de IDH, ainda enfrenta índices de desigualdades sociais, expresso no contraste urbano dos bairros de classe média alta ao lado de favelas, sendo a habitação um dos maiores indicadores (Oliveira et. al, 2021).

A PSR pode ser considerada como um fenômeno social que ganhou novas configurações com a estruturação da sociedade capitalista, baseada na propriedade privada dos meios de produção e na criação de lucros, que estabelece relações entre o capital/trabalho de expropriações e violências, produzindo desigualdade e pobreza. O processo saúde/doença está relacionado aos determinantes biológico, psicológico e sociais, sendo íntima a relação entre viver em condições de pobreza e a possibilidade de adoecer.

O processo saúde-doença nas ruas é atravessado pela luta por garantia de condições materiais de existência, considerando-se também a habilidade que o indivíduo tem de superar incapacidades, utilizando o meio onde vive a seu favor (Canguilhem, 2009). Sendo o corpo um recurso de sobrevivência, a concepção de saúde para a PSR passa por afetar a capacidade de trabalhar ou de se locomover para buscar alimentos (Aguar e Ariart, 2012; Paiva et. al., 2016).

Em relação ao direito à saúde da PSR, em 2011 ocorreu a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e foi incluído o cuidado da PSR a partir da criação do Consultório na Rua na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2012a). Em 2021, foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) o primeiro manual sobre o cuidado à saúde da PSR, ampliando o acesso aos serviços de saúde através do Cnar. No ano de 2013, foi criado o Plano Operativo de Saúde para a PSR com fins de garantir o acesso aos serviços de saúde por meio do Cnar, estratégia de efetivação da entrada ao SUS.

Aos poucos, outras ações foram sendo desenvolvidas, considerando a necessidade de garantia do direito da PSR, mas, apesar dos avanços, essa população ainda vivencia limites no acesso a direitos sociais básicos e constitucionais, como de saúde. O acesso ao SUS nos serviços e ações existentes ainda deve ser visto com um olhar mais atento, na perspectiva da promoção da equidade. A busca de equidade nas condições de vida e saúde, no acesso e utilização dos serviços, com garantia da atenção integral e resolutiva, devem fazer parte da agenda dos governos (Barros; Sousa, 2016).

A PSR historicamente vem sendo excluída e marginalizada no acesso a bens e serviços como emprego, educação, moradia, transporte, alimentação entre outros direitos, que contribuem para pensar a saúde. 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), perfil de necessidades dos indivíduos e seu comportamento no processo de saúde e doença (Travassos; Viacava, 2007), as características individuais que determinam o estado de saúde, idade, gênero, raça/cor, condições socioeconômicas, nível educacional e local de moradia (Reis *et al.*, 2010).

As dificuldades enfrentadas pela PSR, não só na utilização dos serviços, mas no acesso para a sua inserção no SUS, relacionam-se com diferentes motivos; dentre os mais relevantes que impedem, ou atrasam, a procura por um serviço de saúde destacam-se: o preconceito e a discriminação relacionados às condições de higiene, a falta de documentação para identificação e cadastro do usuário, o longo período de espera pelo atendimento e a fragilidade da escuta qualificada e do acolhimento das demandas e necessidades de saúde dessa população. Observa-se a não efetivação dos princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde e da integralidade da assistência, base constituinte do SUS (Hino; Santos; Rosa, 2018).

Os estudos sobre o tema abordam as dificuldades de acesso na utilização dos serviços de saúde, no entanto, não problematizam a utilização dos serviços considerando fatores determinantes como oferta e demanda. Portanto, o objetivo geral deste estudo é analisar como a PSR utiliza os serviços públicos de saúde ofertados no município de Niterói, considerando os fatores que dificultam e potencializam essa utilização. Os objetivos específicos foram: a) mapear os serviços previstos nas políticas de saúde direcionados a PSR; b) identificar os serviços de saúde e ações ofertadas no município de Niterói para a PSR; c) identificar as principais referências de serviço de saúde para a PSR em Niterói; d) identificar as demandas da PSR por serviços públicos de saúde em Niterói e; e) compreender a vivência na rua e a relação com a situação de saúde.

O estudo pautou-se em pesquisa qualitativa, caracterizada por uma possibilidade de “compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos” (Richardson, 2012, p.90) e utilizou como métodos e técnicas: a revisão bibliográfica, a pesquisa documental, a análise de dados secundários e entrevistas.

A hipótese da pesquisa é que o Cnar é a principal referência de cuidado em saúde para a PSR e que essa população reconhece a equipe do Cnar como tal. Esse é o serviço mais procurado para os cuidados de saúde e a principal instituição articuladora de serviço de saúde, principalmente com outros níveis de atenção e com outras políticas. Apesar de considerarmos que essa população não prioriza a saúde, pois possui outras preocupações, por vezes mais urgentes, como o local para dormir e a superação de dificuldades para obter a alimentação (Valle *et al.*, 2020), a oferta de serviço do Cnar é a porta de entrada no SUS que, potencialmente, estimula a utilização e o acesso aos demais serviços de saúde.

A tese foi organizada em quatro capítulos, além da introdução e conclusão. O primeiro capítulo, *O desenho metodológico da pesquisa*, apresenta o caminho metodológico percorrido, aborda o referencial teórico conceitual, o método e o local do estudo.

O segundo capítulo, *A população em situação de rua no Brasil: compreendendo seu perfil e características e a construção da Política Nacional*, tem a proposta de analisar a PSR enquanto um fenômeno que ganhou novas configurações no desenvolvimento do capitalismo. São destacados fatores históricos e estruturais do Brasil que contribuíram para as principais características e perfil dessa população na atualidade. Logo após, apresenta o processo de construção da política nacional para a PSR.

Em seguida, o terceiro capítulo, *A política de saúde dirigida à população em situação de rua no Brasil e a utilização dos serviços de saúde*, reflete sobre o conceito de saúde que vem sendo consolidado no âmbito das políticas públicas, com vistas a compreender a garantia do direito à saúde através do trabalho desenvolvido pelo o Cnar. O capítulo também aborda os determinantes na utilização dos serviços públicos de saúde e as dificuldades de acesso da PSR.

O quarto e último capítulo, *A População em Situação de Rua no município de Niterói e a garantia do direito à saúde*, apresenta a realidade da PSR, o perfil, a característica e os serviços de saúde ofertados para essa população no município. Esse capítulo também apresenta a análise dos fatores determinantes na utilização dos serviços públicos de saúde pela a PSR de Niterói.

CAPÍTULO I: O desenho metodológico da pesquisa

1.1. Referencial teórico conceitual

Este estudo insere-se no campo de análise de políticas públicas, com foco específico na política de saúde, tendo como objetivo analisar como a PSR utiliza os serviços públicos de saúde ofertados no município de Niterói. A análise proposta constitui um estudo relevante, à medida que pretende contribuir para o aprofundamento da discussão da saúde da PSR a partir da utilização dos serviços.

Cabe considerar que são múltiplas as definições e abordagens de políticas públicas que passam a ganhar expressão nos anos 60 até os dias atuais e trata-se de um conceito dinâmico. Entende-se política pública como “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso das ações” (Souza, 2006, p. 26). Falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses, de poder; e analisar essa política é questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências (Baptista e Viana, 2012).

A realidade estudada é caracterizada por constantes transformações históricas nas relações entre Estado e sociedade, que cada vez mais estão referidas aos processos de democratização das sociedades contemporâneas (Giovanni, 2009), sendo importante abordar algumas referências utilizadas neste trabalho. Considerando o objetivo do estudo, serão abordados os referenciais teórico-conceituais que orientaram a discussão: a compreensão da PSR no modo de produção capitalista, a política de saúde, o conceito de saúde e a utilização dos serviços, aqui apresentados e aprofundados nos capítulos da tese.

A PSR é considerada um fenômeno social de grandes proporções presente em todo o mundo contemporâneo, que exige um estudo e olhar crítico, dialético e histórico sobre a gênese e o desenvolvimento do modo de produção capitalista, constituído por um processo de expropriações e violências,

transformação de aspectos da vida humana em mercadoria (Silva, 2009). Encontra seu seio produtor no conflito capital/trabalho, com raízes no pauperismo da era industrial e nas recentes mutações do mundo do capital e do trabalho, sendo esse um contexto que produziu trabalhadores precarizados, instáveis, desempregados e supranumerários, tanto nos países centrais quanto nos periféricos, sendo que no caso brasileiro, em meio ao contexto de capitalismo tardio e de modernização conservadora, seguido da estruturação das políticas neoliberais no país, resultou na exacerbação das expressões da “questão social” (Souza & Macedo, 2019).

A PSR é marcada tanto por fatores estruturais quanto de ordem biográfica relacionados a aspectos familiares e/ou acentuada marginalização, estando exposta às mais diversas formas de desigualdades, condições insalubres de vida e de trabalho, violência nas suas múltiplas expressões, inclusive física e sexual, sendo alvo de agressões e extermínios. Portanto, esta é uma população sujeita a um delicado quadro de vulnerabilidade e desfiliação, com determinações à saúde física e mental, demandando atenção e proteção social (Souza & Macedo, 2019, p. 9).

Para Lira *et al.* (2019), a PSR possui menos do que precisa para atender às suas necessidades; está vivendo na linha da indigência ou pobreza absoluta. É um grupo invisível aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à própria sociedade; vive à margem das políticas sociais e põe em xeque determinado padrão de sociabilidade e de produção social.

A Constituição Federal de 1988, inspirada no princípio de justiça social, é um marco no Brasil ao estabelecer um conjunto de políticas públicas que garante a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Por meio da seguridade social, consagrou “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

O padrão constitucional estabeleceu diretrizes para a efetivação de um sistema de seguridade social que inclui políticas sociais, entendidas como uma espécie do gênero da política pública que se assenta naquilo que se identifica como direitos sociais (Pereira, 2008).

Política social consiste em um termo empregado de forma restrita para se referir a todas as políticas que os governos desenvolvem voltadas

para o bem-estar e a proteção social. Em uma concepção mais ampla, a política social abrange tanto os meios pelos quais se promove o bem-estar em cada sociedade quanto os determinantes do desenvolvimento social (Fleury e Ouverney, 2012, p. 38).

As políticas sociais são objetos de intervenção, meios para a garantia de direitos sociais; são também frutos de demandas da própria sociedade, das expressões culturais e da relação com os sistemas econômicos (Pereira, 2008). A “política social é lugar por excelência dos conflitos inerentes a todas as formas de desigualdade e exclusão, e se distingue de outras políticas públicas por revelar esses conflitos intensa e cotidianamente” (Lobato, 2009, p. 722).

A PSR somente conquistou uma legislação específica que lhe garantiu a política social de assistência social em 2005, com a Lei 11.258, que traz uma alteração no sistema de assistência social, fazendo a inclusão de serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

A criação da PNPSR e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP-Rua) em 2009 representou uma conquista ao colocar os direitos agenda pública, sendo fruto de muitas discussões, mobilizações, encontros, problemas e conflitos que afloram no Brasil principalmente nos anos 2000 e sendo produto de negociações entre os diferentes interesses, uma construção coletiva por meio da articulação entre gestores, entidades prestadoras de serviços e usuários.

As políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social (Fleury e Ouverney, 2012). Portanto, é possível considerar, a partir dessa definição, a PNPSR como um conjunto de benefícios que buscam assegurar os direitos e o acesso da PSR aos diversos serviços públicos.

Um dos maiores desafios das políticas sociais, entre elas a de saúde, é garantir que a grande parcela de pessoas excluídas do mundo do trabalho seja incluída e passe a participar ativamente da vida social (Lira *et al.*, 2019). Considera-se a política de saúde que, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste em:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas.

A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...) (WHO, 1998, p. 10).

A política de saúde visa assegurar as condições de saúde da população, sendo a saúde um direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que contribuem para a redução do risco de doença e de outros agravos (CF, 1988, art. 196). A saúde é considerada um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades (OMS, 1946); está associada às possibilidades de acesso à proteção e ao cuidado à vida, aos determinantes sociais, que de acordo com a OMS (1946) são:

As circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem sistemas e políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos.

A análise da política de saúde para a PSR pode subsidiar o debate sobre o próprio papel do Estado na proteção social em saúde. Essa análise perpassa a compreensão dos caminhos e lacunas, bem como das respostas que vêm sendo dadas para os problemas que afetam a população (Capella, 2006). Falar de saúde é considerar os seus determinantes sociais, que incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, às escolas e à educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente” (OMS, 2009, p. 22).

Apesar da saúde ser uma garantia constitucional, a partir de princípios que garantem o acesso igualitário, integral e equânime a toda a população brasileira, o acesso ao SUS e aos seus serviços nem sempre é uma realidade para a PSR. O acesso e a utilização dos serviços de saúde dependem de fatores associados a determinantes da oferta e determinantes da demanda (Cesar; Goldbaum, 2005, Barata, 2008). Estão associados ao fato do indivíduo estar mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde, considerando os fatores demográficos (idade e sexo; são aqueles que representam características biológicas predeterminadas), os da estrutura social (como escolaridade, ocupação e raça; determinam o status do indivíduo na comunidade,

sua habilidade em lidar com problemas) e as crenças em saúde (atitudes, valores e conhecimento sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, o uso de serviços) (Pavão; Coeli, 2008).

Como estratégias de efetivação do direito à saúde da PSR, em 2012 foi criado o Consultório de Rua que, instituído com o objetivo de ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde, é um marco no avanço da política de saúde. No entanto, esse direito não se reduz a um serviço, mas implica também na garantia ampla de qualidade de vida em associação a outros direitos essenciais, como educação, alimentação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

De acordo com Behring e Boschetti (2006), na análise de uma política ou programa social devem ser considerados: o tipo dos direitos e benefícios previstos e/ou implementados; os critérios de acesso e permanência; a capacidade de inclusão e/ou exclusão do acesso; e a formas e mecanismo de articulação com outras políticas sociais. Para Arretche (1998), a análise volta-se para compreender as características da política, como sua constituição, fatores como financiamento, serviços, fluxos e desenho institucional.

Para analisar como a PSR utiliza os serviços públicos de saúde ofertados no município de Niterói, optou-se pela pesquisa qualitativa. A escolha está associada à sua relevância; ancora-se “no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2012, p. 21); traz elementos da realidade humana, sendo possível, por meio das entrevistas, uma maior aproximação com a realidade da PSR de Niterói, buscando sua pluralidade de ideias e problematizações sobre a saúde e os serviços utilizados.

1.2. Métodos

Foram utilizados como métodos e técnicas de pesquisa: a revisão bibliográfica; a pesquisa documental e de dados secundários e as entrevistas. A revisão bibliográfica contemplou os principais indexadores de literatura em saúde pública e estudos acadêmicos nacionais, considerando o tema “a saúde e população em situação de rua”, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Comunicação Científica em Saúde, Revista Científica, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online

(SciELO) - Livros, SciELO - Periódicos, SciELO - Brasil, SciELO - Saúde Pública e SciELO Livros - Fiocruz. O recorte temporal foi a partir de 2009, por ter sido o ano da publicação da portaria que instituiu a PNPSR.

A pesquisa documental abarcou documentos oficiais de governo (Federais, Estaduais e Municipais) publicados por meio de portarias, leis, diretrizes e outras normatizações acerca da saúde da população em situação de rua e, também, documentos complementares, manual, plano e nota técnica (Quadro 1). Os critérios de inclusão e exclusão dos documentos foram: apresentarem referência à garantia de direitos da PSR, com impacto direto ou indireto na saúde e serem de âmbito nacional, estadual e municipal.

Quadro 1 - Quadro síntese dos documentos oficiais e complementares analisados.

(Continua)

Documentos Oficiais

Decreto n.º 7.053/2009 - Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento.

Portaria n.º 3.305/2009 - Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua.

Portaria n.º 2488/2011 - Implementação dos Consultórios na rua.

Portaria n.º 122/ 2011 - Diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Decreto n.º 10.980/ 2011- Institui o Comitê Gestor Intersectorial de Planejamento, Execução, Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Públicas do Município voltadas para a PSR de Niterói

Resolução n.º 2/2013 - Orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria n.º 2.436/2017 - Política Nacional de Atenção Básica, funcionamento do consultório na rua.

Quadro 1 - Quadro síntese dos documentos oficiais e complementares analisados.

(continuação)

Documentos Oficiais

Resolução n.º 31/2017 - II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Lei Ordinária Municipal n.º 3263/ 2017 - Sistema Único de Assistência Social do município de Niterói/ SUAS Niterói.

Lei n.º 13.714/2018 - A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no SUS.

Resolução n.º 40/2020 - Diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua.

Portaria n.º 1.255/2021 – Organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua.

Decreto n.º 14.806/2023 - Institui o Comitê Intersectorial de Planejamento, Execução, Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Públicas do Município voltadas para a PSR de Niterói.

Documentos Complementares

Manual sobre o Cuidado junto à População em Situação de Rua (2012) - Orientação a atenção à saúde da População em Situação de Rua no Sistema Único de Saúde.

Boletim Epidemiológico vol. 50, n.º 14/2019 - População em Situação de Rua e violência: uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017.

Carteira de serviços do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói: versão profissionais de saúde e gestores/ 2021 - Apresentação dos serviços da rede de atenção primária do município de Niterói.

Plano Municipal de Saúde (PMS) participativo 2022-2025 de Niterói.

Relatório População em Situação de Rua/ 2021 - Análise do perfil socioeconômico da população em situação de rua de Niterói, a partir da base de dados do Cadastro Único Nacional.

Nota Técnica n.º 715/2021 - Orientações sobre solicitação de credenciamento, no âmbito do Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde.

Nota Técnica n.º 103/2023 - Estimativa da População em Situação de Rua (2012-2022).

Quadro 1 - Quadro síntese dos documentos oficiais e complementares analisados.

(conclusão)

Documentos Complementares

Plano Nacional Ruas Invisíveis/2023 - Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação

Fonte: A autora, 2024.

A pesquisa dos dados secundários abarcou censos, pesquisas e sistemas de informação, principalmente os da PSR e de saúde de Niterói. Foram identificados dados de Niterói no site Repositório de Saúde de Niterói (disponível em: <https://repositoriosaudeni.wixsite.com/website>) e na pesquisa expressa no Relatório População em Situação de Rua, 2021 (Disponível em: <https://repositoriosaudeni.wixsite.com/website/c%C3%B3pia-sa%C3%BAde-do-paciente-oncol%C3%B3gico>).

Outras fontes de dados secundários contemplaram a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008), os dados do Sistema de Informação em Atenção primária à saúde (SISAPS, 2020), os dados da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação e Cadastro Único (SAGICAD, 2023) e os dados do Ministério da Cidadania: dados do Relatório “População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registro administrativo e sistemas do Governo Federal”, elaborado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) em 2023.

Os dados primários são provenientes da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, submetida, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas da UFF, sendo aprovada sob o número CAAE 34656720.9.0000.8160. Desenvolvida no período de 2020 a 2023 com o objetivo geral de fornecer subsídios para a construção de uma política municipal para a PSR em Niterói, utilizando como metodologia: a pesquisa bibliográfica, a análise documental e de dados secundários, e a pesquisa de campo, que incluiu entrevistas com a PSR adulta e com instituições que atuam

junto a essa população no município de Niterói (Senna, et.al., 2023). A pesquisa contou com a coordenação da Professora Mônica Senna, sendo elaborado o relatório divulgado no e-book denominado: “População em situação de rua em Niterói: subsídios para construção de uma política municipal”.

A pesquisa de campo foi desenvolvida em duas fases: na primeira, foram realizados o mapeamento de instituições e entrevistas com representantes das instituições públicas e privadas e grupos sociais que atuam junto à PSR adulta no município de Niterói, entre outubro de 2021 a janeiro de 2022. Na segunda fase do trabalho de campo, foram realizadas entrevistas junto à população adulta em situação de rua no município de Niterói, entre os meses de abril e agosto de 2022. A princípio, a proposta era iniciar as entrevistas com a PSR, mas, com a pandemia de covid-19, o cronograma foi revisto e o trabalho de campo foi iniciado com instituições e grupos sociais, e ocorreu de modo remoto.

Foram elaborados questionários distintos para instituições e para a PSR com base em roteiros com questões semiestruturadas. O questionário para as instituições teve como foco as instituições/entidades públicas e grupos sociais que desenvolvem ações para população de rua em Niterói (instrumentos em anexo).

A proposta inicial da pesquisa era realizar entrevistas com uma amostra de 25% do total de 580 pessoas em situação de rua cadastradas no CadÚnico, de acordo com informações disponibilizadas pelo setor de Vigilância Socioassistencial da Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária (SMASES), em maio de 2021, chegando ao número de 145 entrevistas para compor a amostra do estudo, mas superou a meta originalmente prevista, sendo realizado o total de 157 entrevistas (Senna, et.al., 2023).

A primeira fase consistiu na coleta de dados com as instituições públicas, identificadas a partir da rede de saúde e de assistência social do município de Niterói, especificamente escolhidas as instituições que atendiam PSR. Os grupos sociais foram identificados através de um grupo de trabalho coordenado pela Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos (SASDH), direcionado para organizações sociais (conhecida como a “turma da Sopa”). Após o acesso às instituições participantes desse grupo, também foram consideradas as redes

de referência dos entrevistados, através da técnica da “bola de neve” que, segundo Baldin e Munhoz (2011), tem como base as cadeias de referência, de conhecimento, ou seja, após a entrevista, os entrevistados indicam outras pessoas da rede.

As 38 instituições que participaram da pesquisa foram:

- **Na área de Assistência Social e conveniadas**, um total de 10 instituições: Abordagem Social; Centro POP; Centro de Referência de Assistência Social (CREAS) Centro; Creas Largo da Batalha; Equipe de referência para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas (Erad); Lar Batista Pastor Antônio Soares Ferreira; Unidade de Acolhimento Arthur Bispo do Rosário; Unidade de Acolhimento Florestan Fernandes; Unidade de Acolhimento Hotel Emergencial; e Unidade de Acolhimento Lélia Gonzalez;
- **Na área de Direitos Humanos** um total de duas instituições: Centro de Cidadania LGBT Paulo Gustavo e Secretaria de Direitos Humanos de Niterói - Eixo Proteção e Defesa;
- **Na área de Grupo Social**, um total de 11 instituições: Casa Maria de Magdala; Coletivo Remonta (Extensão - Faculdade de Educação UFF); Eu me importo com você; Espírita Seguidores de Jesus; Religioso Igreja Presbiteriana Betânia Litorânea; Pastoral do Acolhimento Social; Pastoral do Povo da Rua - Arquidiocese Niterói; Projeto Me Aqueça; Projeto Quarta Solidária; Ruas de Luz; e Uma Noite Sem Fome;
- **Na área de saúde**, um total de 15 instituições: Ambulatório João W Nery - Ambulatório Trans; Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Casa do Largo; Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Herbert de Souza; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Caps-AD) Alameda; Centro de Convivência e Cultura de Niterói; Consultório na Rua; Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas (Erijad); Hospital Estadual Azevedo Lima; Hospital Municipal Carlos Tortelly; Hospital Psiquiátrico de Jurujuba; Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP); Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira; Policlínica Regional Largo da Batalha; Unidade Básica de Saúde do Centro; e UPA Dr. Mário Monteiro (Senna *et al.*, 2023).

A outra fase da coleta de dados foi realizada tanto na rua quanto em unidades de acolhimento institucional. A definição dos roteiros de campo pautou-se nas informações da equipe de saúde mental, do Consultório na Rua, da Abordagem Social e dos grupos sociais que desenvolvem ações com a PSR da cidade de Niterói, considerando locais de maior concentração, em sua maioria na região do Centro da Cidade.

A Pesquisa sobre a PSR Niterói – Inclusiva e Sustentável utilizou como recurso de tabulação e sistematização de dados coletados, em ambas as fases, o software SurveyMonkey. Também foram realizadas duas oficinas, sendo a primeira nos dias 9 e 10 de novembro de 2021, antes da entrada no campo, em modo remoto, por meio da plataforma Google Meet. Consistiu em uma oficina metodológica com profissionais que atuam junto à PSR, objetivando o alinhamento conceitual sobre PSR e a identificação de estratégias de abordagem junto a essa população no município de Niterói, contando a participação de professores, pesquisadores, profissionais do município de Niterói, gestores, militantes de movimentos sociais e PSR. E a segunda oficina ocorreu após coleta de dados e o cruzamento das informações, no dia 16 de novembro de 2022, sendo exibidos os dados e discutidos pelos participantes e, também, realizados encaminhamentos para subsidiar a construção de uma proposta de política municipal. Contou com a participação dos segmentos envolvidos na pesquisa, instituições públicas, PSR, movimentos sociais, entre outros.

A tese baseou-se em dados provenientes de 157 entrevistas com pessoas adultas em situação de rua no município e 15 entrevistas com instituições públicas de saúde, realizadas no contexto da Pesquisa sobre a PSR Niterói – Inclusiva e Sustentável.

A fase de análise e interpretação dos dados foi o momento que possibilitou ir além da leitura, articular os fundamentos teóricos da pesquisa e os conhecimentos acumulados em torno das questões estudadas. A análise dos dados teve como objetivo organizar e resumir os dados de tal forma que possibilitasse o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação, e a interpretação procura dar sentido mais amplo às respostas, o

que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (Gil, 1999).

A análise dos dados foi a fase da pesquisa que buscou reunir três finalidades: a de estabelecer uma compreensão dos dados coletados; a de confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ou responder às questões formuladas; e a de ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte (Minayo, 2012).

Os dados foram organizados nas seguintes dimensões: política de saúde para a PSR; serviços de saúde ofertados; demandas por serviços, considerando os métodos e técnicas.

Quadro 2 - síntese das fontes de pesquisa segundo as dimensões de análise a partir dos objetivos do estudo.

(Continua)

QUADRO SÍNTESE		
Objetivos	Instrumentos e Técnicas	Categorias de Análise:
Mapear os serviços previstos nas políticas de saúde direcionados a PSR.	<p>Pesquisa bibliográfica Decreto n.º 7.053/2009 -. Portaria n.º 3.305/2009 Portaria n.º 2488/2011. Portaria n.º 122/ 2011 Resolução n.º 2/2013 Portaria n.º 2.436/2017 Resolução n.º 31/2017 Lei n.º 13.714/2018 Resolução n.º 40/2020 Portaria n.º 1.255/2021 Decreto n.º 14.806/2023 Manual sobre o Cuidado junto à População em Situação de Rua (2012) Plano Nacional Ruas Invisíveis/2023</p>	<p>Serviços ofertados: Todos os serviços de saúde no SUS, em especial o Cnar e o CAPS.</p>

Quadro 2 - síntese das fontes de pesquisa segundo as dimensões de análise a partir dos objetivos do estudo.

(Continuação)

QUADRO SÍNTESE		
Objetivos	Instrumentos e Técnicas	Categorias de Análise:
Identificar os serviços de saúde e as ações ofertadas no município de Niterói para a PSR.	<p>Pesquisa bibliográfica Carteira de serviços do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói: versão profissionais de saúde e gestores/ 2021 – Plano Municipal de Saúde (PMS) participativo 2022-2025 de Niterói.</p> <p>Dados Secundários Dados de Niterói no site Repositório de Saúde de Niterói (disponível em: https://repositoriosaudeni.wixsite.com/website)</p> <p>Entrevistas com instituições de saúde</p>	<p>Serviços ofertados: 01 Maternidade, 02 UPAS, 04 hospitais gerais, 02 hospitais de especialidades, 01 SAMU, 04 CAPS, 43 Médico de Família, 10 residências terapêuticas, 07 ambulatórios de saúde mental, 04 unidades básicas de saúde, 08 policlínicas regionais e 02 policlínicas especializadas, 01 ambulatório Trans, e 02 equipes do Cnar.</p> <p>Ações mais ofertadas: orientações sobre benefícios e programas de benefícios sociais; atendimento social e consulta médica; atendimento psicológico; consulta com outros profissionais de saúde; e curativos.</p>
Identificar as principais referências de serviço de saúde para a PSR em Niterói.	Entrevistas com as instituições de saúde de Niterói	Demanda por atendimento nas instituições de saúde: no CAPS, Cnar e Hospital.
Identificar as demandas da PSR por serviços públicos de saúde em Niterói.	Entrevistas com a PSR adulta de Niterói	Demandas por serviços: mais procurados pela PSR em Niterói são a consulta médica, seguida de medicamentos e atendimento de psicologia.

Quadro 2 - síntese das fontes de pesquisa segundo as dimensões de análise a partir dos objetivos do estudo.

(Conclusão)

QUADRO SÍNTESE		
Objetivos	Instrumentos e Técnicas	Categorias de Análise:
Compreender a vivência na rua e a relação com a situação de saúde.	<p>Pesquisa bibliográfica</p> <p>Entrevistas com a PSR adulta</p>	<p>Demandas: relacionadas aos determinantes sociais da saúde; percepção de saúde e doença da PSR.</p> <p>Fatores que condicionam a utilização: as condições de vida como habitação, acesso a água, higiene, alimentação.</p>
Analisar como a PSR utiliza os serviços públicos de saúde ofertados no município de Niterói, considerando os fatores que dificultam e potencializam essa utilização.	<p>Pesquisa bibliográfica Artigos, livros e Teses</p> <p>Entrevistas com a PSR adulta</p> <p>Entrevistas com a PSR adulta</p>	<p>Fatores que condicionam a utilização: necessidade de saúde; crenças em saúde; perfil sociodemográfico; organização dos recursos disponíveis, características da oferta de serviço.</p>

Fonte: A autora, 2024.

1.3. Contextualizando o local do estudo: o município de Niterói

A cidade de Niterói iniciou sua história em uma aldeia fundada por Araribóia em 1573 e recebeu a denominação de São Lourenço dos Índios, sendo o primeiro núcleo de povoamento. Com a morte de Araribóia em 1587, provocou um declínio do aldeamento, por estar localizado distante da "povoação maior", que era o Rio de Janeiro, e não oferecer condições para sua expansão. A região continuou a crescer, mas longe da aldeia de São Lourenço: a ocupação dos espaços ocorreu por regiões mais facilmente alcançadas por mar, sendo hoje os bairros de Icaraí, São Domingos e Itaipu. Em 1834, foi alcançada a autonomia,

tendo sido escolhida Niterói como a capital da província do Rio de Janeiro, elevada à categoria de cidade, em 1835. (Azevedo, 1997).

Niterói está localizada na região metropolitana do Estado, distante cerca de 15 km da capital; os limites municipais são as cidades de São Gonçalo e Maricá e com o oceano Atlântico e Baía de Guanabara. Possui extensão territorial de 133.757 km² e conta com uma população estimada de 516.981 habitantes, de acordo com estimativa do IBGE para o ano de 2021.

Considerando a beleza, Niterói, junto com o município do Rio de Janeiro, constitui uma região turística metropolitana e destaca-se entre os municípios fluminenses pelo elevado IDH, ocupando a primeira posição no estado do Rio de Janeiro e a sétima no país. Niterói traz em sua configuração socioeconômica características bem peculiares: é conhecida popularmente como uma cidade de classe média; apresenta um misto de “ares provincianos” e certo status oriundo do fato de já ter sido capital do estado (Teixeira, 2009).

Essa classe média chegou no município com o crescimento da indústria de construção civil em Niterói, principalmente após a conclusão da Ponte Presidente Costa e Silva (a Ponte Rio – Niterói), no início da década de 1970, quando houve uma rápida ocupação da cidade.

Junto aos moradores de classe média e alta, que se mudaram para Niterói em busca de uma melhor qualidade de vida, vieram também habitantes da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, do interior do Estado e do Nordeste brasileiro. Detentores de poder aquisitivo restrito, alguns grupos vislumbraram a possibilidade de empregos e de dias melhores na cidade (TEIXEIRA, 2009, p.131).

Mas por outro lado, não só a classe média ocupou a cidade; ocorreu o crescimento da população residente em favelas, e poucas intervenções ocorreram na cidade entre 70 e 80, que tendiam a beneficiar as populações empobrecidas. As que ocorreram visaram somente aspectos simplistas, como via de acesso ou logradouro. Na década de 80, foi possível perceber alguns agravos, quando os serviços de educação e saúde, mantidos pelo Estado e a Federação, consolidados na cidade, começaram a demonstrar serem insuficientes para atender o volume populacional da cidade (Almeida, 2010).

Na década de 90, a cidade passou por muitos melhoramentos urbanísticos e sociais e, de acordo com Cunha (2015), a reorganização do espaço urbano e o “boom” imobiliário foram orientados para a construção de uma imagem da cidade associada à qualidade de vida, sendo eleita como moradia de

muitos cariocas. Neste período, também ocorreram melhorias significativas nos sistemas de saúde e educação, aumentando o IDH da cidade.

As mudanças nas políticas urbanas também contribuíram para a fragmentação do espaço urbano, “excluindo grande parte da população do acesso à terra urbanizada para fins de moradia”, e, por outro lado, passaram a ser um atrativo, ocorrendo a migração das pessoas que habitam municípios vizinhos como São Gonçalo, Itaboraí e Rio Bonito para Niterói (Cunha, 2015).

Niterói projetou-se internacionalmente nos anos de 1990, por meio da obra de Niemayer, com o Museu de Arte Contemporânea (MAC). Em complemento a essa imagem, ocorreram ações de políticas públicas direcionadas à população mais empobrecida, dando surgimento a vários programas, como: Vida Nova no Morro, precursor do Programa Favela Bairro da cidade do Rio de Janeiro, e o Programa Médico de Família (Oliveira e Mizubuti, 2009).

Almeida (2010) destaca as marcas da desigualdade social no período compreendido entre 2004 e 2008, quando o município teve o surgimento de 30 novas favelas, e, ao longo da década, a cidade pulou de 43 para 130. A Secretaria Municipal de Direitos Humanos, em 2015, menciona que cerca de 30% do total da população se encontra morando em áreas de grande concentração de pobreza. Com o processo de implantação das Unidades de Pacificação no Rio de Janeiro, houve um aumento significativo na criminalidade, justificada pela mobilidade de facções criminosas para as favelas de Niterói.

De acordo com Júnior et. al. (2020), a cidade de Niterói é totalmente urbana, apresenta água tratada em 100% dos domicílios e mais de 80% de esgotos tratados. Favelas e bairros de baixo desenvolvimento humano concentram cerca de 10% da população do município.

O relatório do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro de 2021, com base no estudo socioeconômico de Niterói, informa que, quanto ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, a rede municipal não alcançou as metas estabelecidas pelo Ministério da Educação para os anos iniciais e finais do Ensino Fundamental. Na rede estadual, apenas os anos finais foram avaliados e não alcançaram a meta (TCE/RJ, 2021).

Em relação à saúde, a cobertura de atenção básica alcançou 61% da população de Niterói em 2020; os agentes comunitários de saúde atenderam 23%; e a saúde bucal beneficiou 20% da população. Os leitos destinados à internação hospitalar no município somam 1955 (TCE/RJ, 2021).

Considerando os dados e-Gestor AB, de dezembro 2021, Niterói apresentava 105 equipes da Estratégia Saúde da Família (e-ESF), com 71,69% de cobertura da atenção primária de saúde, sendo uma cobertura reduzida quando associamos ao que é preconizado como meta do Ministério da Saúde, entre 91% e 100% de cobertura. Existiam duas equipes de Consultório na Rua com as seguintes categorias profissionais: 01 médico, 02 enfermeiros, 01 dentista, 02 assistentes sociais, 02 técnicos de enfermagem e 02 redutores de danos, de acordo com informações do coordenador (out/2021). A rede de saúde de Niterói é ampla; está organizada, segundo níveis de complexidade, em APS, Média e Alta Complexidade, composta por diversos equipamentos de saúde, que serão explorados no capítulo 4, item 4.2.

Mesmo Niterói sendo considerado um município com elevado índice de IDH, essa condição não exclui os índices de desigualdades sociais: há uma parcela da população vivendo em assentamentos precários, em loteamentos ilegais, em situação de rua. A cidade apresenta um crescimento urbano desigual, com bairros nobres, de classes médias e altas, em contradição com as situações díspares aos assentamentos informais e bairros pobres, com padrão habitacional precário e concentração de população de baixa renda (NITERÓI, 2022).

Segundo informações do SAGICAD sobre a PSR em Niterói, é possível identificar que, ano a ano, vem aumentando o número dessa população no município (Gráfico 1). Em novembro de 2023, foram cadastradas 846 famílias.

Gráfico 1 - Famílias em situação de rua inscrita no CADÚNICO/Niterói - 01/2019 a 10/2023.



Fonte: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/vis/data3/data-explorer.php>

Existe uma carência de documentos oficiais no município de Niterói que contemplem informações sobre a PSR. O documento elaborado pela Secretaria de Municipal de Saúde (NITERÓI, 2021) a partir do cadastro no CADÚnico, referência setembro de 2021, considerou a existência de 584 pessoas em situação de rua no município em 2021. Esse número expressa apenas aqueles que conseguiram chegar aos equipamentos da assistência social para realizar o cadastramento e, portanto, pode estar aquém do quantitativo de população em situação de rua no município. Referente a dados do Cnar, de acordo com informações do coordenador do programa em 2021 sobre número de atendimentos e cadastrados nesse serviço de saúde: no ano de 2019, total de 620 usuários cadastrados e, no ano de 2020, total de 584 usuários cadastrados, não sendo disponibilizados e encontrados dados mais recentes.

Niterói desenvolveu uma história que investiu na construção de uma cidade com atrativo de melhor qualidade de vida, possuidora de uma linda paisagem, com vários pontos turísticos, com a implementação de espaços e serviços urbanos. De forma contraditória, ainda apresenta uma grande desigualdade social, uma parcela da população necessitando de melhores condições de educação, saúde, habitação e emprego. Acredita-se que a PSR

vem sendo um grande problema na cidade, pois essa população destoa da paisagem do município.

Algumas ações foram observadas, considerando a temática PSR, com investimento municipal. A Pesquisa sobre PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável ganhou o edital no ano de 2020 com o objetivo geral de fornecer subsídios para Niterói construir uma política municipal para a PSR que contemple as necessidades dessa população e lhe assegure direitos de cidadania, sendo um investimento do município na temática.

Em dezembro de 2021, foi divulgada a análise do perfil socioeconômico da população de rua em Niterói pela Secretaria de Saúde, incluindo essa população na construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) participativo 2022-2025, com a informação que, desde então, a população em situação de rua está incluída em diversos espaços de construção de políticas da cidade, como a participação no Plano Plurianual (PPA), organizado pela Secretaria de Planejamento, Modernização da Gestão e Controle (SEPLAG); com o apoio do Consultório na Rua; nas oficinas da pré-conferência de saúde mental; e recentemente na criação do conselho local da PSR, que inclui a formação dos conselheiros a respeito do controle social no SUS e o seu papel na cogestão do cuidado junto ao Consultório na Rua e demais equipamentos da saúde (Brasil, 2021).

Em 13 de abril de 2023, foi instituído o Decreto nº 14.806, com a criação do Comitê Intersetorial de Planejamento, Execução, Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Públicas do Município voltadas para a População em Situação de Rua, e dá outras providências no município de Niterói, sendo um avanço legal na garantia de direitos dessa população; e sabemos que, em âmbito nacional, esse Comitê construiu uma história de discussões e mobilizações na agenda pública na luta pela população em situação de rua.

Niterói é uma cidade conhecida por apresentar praias bonitas, belezas naturais, rica em espaços culturais, abrigando o famoso Museu de Arte Contemporânea (MAC), aparecendo em rankings como uma das cidades com melhor índice de qualidade de vida no Brasil. Mas, por outro lado, é considerada uma cidade com custo de vida alto, com fortes traços de desigualdade, visível nos bairros de alto padrão coexistindo com áreas de vulnerabilidade social, com

uma PSR que vem crescendo ano a ano. O município ainda necessita de muitas políticas públicas para alterar esse quadro de desigualdade: torna-se muito relevante a concretização de políticas direcionadas para PSR. Além da necessidade de alavancar ações do Comitê Intersectorial de Planejamento, Execução, Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Públicas, em especial, se faz necessário a construção da política municipal para PSR, considerando que existe o perfil dessa população e, também, recomendações para a construção dessa política municipal de Niterói para a PSR, a partir do trabalho produzido pela Pesquisa sobre PSR - Niterói Inclusiva e sustentável.

CAPÍTULO II: Perfil sociodemográfico da população em situação de Rua no Brasil a construção da Política Nacional

Esse capítulo analisa a questão da PSR enquanto um fenômeno que ganhou novas configurações no desenvolvimento do capitalismo global. Além disso, são destacados fatores históricos e estruturais do Brasil que contribuíram para as principais características e perfil da população em situação de rua na atualidade no contexto nacional. Em seguida, é apresentado o processo de mobilização e de construção da PNPSR.

2.1. A população em situação de rua: um olhar das expressões da questão social

Ainda que a existência de pessoas em situação de rua seja uma realidade histórica em diferentes sociedades, até mesmo antes da consolidação do capitalismo, a partir da estrutura imposta por esse modo de produção, há um aprofundamento dessa realidade considerando suas fortes raízes nas estruturas políticas e econômicas.

Segundo Marx (2013), a estrutura do capitalismo emerge a partir da dissolução da estrutura econômica da sociedade feudal, e sua constituição ocorre com base em métodos violentos; a história da expropriação ou separação entre trabalhador e a “propriedade das condições da realização do trabalho” e “gravada nos anais da humanidade com traços de sangue e fogo”.

[...] portanto, a expropriação que despoja grande massa da população de sua própria terra e de seus próprios meios de subsistência e instrumentos de trabalho, essa terrível e dificultosa expropriação das massas populares, tudo isso constitui a pré-história do capital. Esta compreende uma série de métodos violentos, dos quais passamos em revista somente aqueles que marcaram época como métodos da acumulação primitiva do capital. A expropriação dos produtores diretos é consumada com o mais implacável vandalismo e sob o impulso das paixões mais infames, abjetas e mesquinamente execráveis. A propriedade privada constituída por meio do trabalho próprio, fundada, por assim dizer, na fusão do indivíduo trabalhador isolado, independente, com suas condições de trabalho, cede lugar à propriedade privada capitalista, que repousa na exploração de trabalho alheio, mas formalmente livre (Marx, 2013, p. 831).

A história da PSR tem relação com a acumulação capitalista, desde o processo conhecido como acumulação primitiva, e, a partir da constituição do modo de produção capitalista, como sinalizam Silva (2009) e Bursztyn (2003), ocorrem novas configurações da PSR no cenário de renascimento das cidades. A intensa migração do trabalhador rural para as cidades com o intuito de satisfazer os interesses da produção emergente, conseqüentemente, a separação entre os meios de produção e o produtor, estabeleceu as bases para a existência de uma PSR na conjuntura urbana.

À medida que o processo de emancipação dos camponeses se materializa, produzia-se, em paralelo, uma imensa massa de mendigos, vagabundos, assaltantes etc. Ao não se integrarem na produção, esses indivíduos subsistiam explicitamente na miséria, expressando, assim, a face desigual do capitalismo (Singer, 2009).

O capitalismo promoveu acumulação, mas objetivando acumular cada vez mais com um número reduzido de trabalhadores, que são cada vez mais explorados e submetidos ao capital. Com o aumento do tempo de trabalho ou instalando máquinas mais eficazes, que permitam ampliar a produção reduzindo o número de trabalhos, a exploração é intensificada (Marx, 2013).

Maranhão (2010) considera que a voracidade do capital por força de trabalho e lucro produz um quadro contraditório em que o comércio e a indústria avançam em detrimento da miséria e da degradação de grandes contingentes humanos. Neste contexto, com a ampla oferta de força de trabalho, parte dela não era “absorvida” pelo mercado, criando-se uma superpopulação relativa nos centros urbanos, como um “reservatório de força de trabalho”.

Essa população trabalhadora excedente “proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado”. O capital tem total controle sobre o trabalho, e uma forma de manter esse controle é a existência de uma população excedente, vulnerável, a qual Marx denomina “exército industrial de reserva”, que permite que a classe trabalhadora fique disponível às oscilações e necessidades do mercado (Marx, 2013).

Segundo a lei geral da acumulação capitalista (Marx, 1980), ao produzirem a acumulação do capital, os trabalhadores produzem, proporcionalmente, os meios que fazem deles uma população relativamente supérflua. Por isso as populações pobres são parte integrante das classes trabalhadoras e, portanto, despossuídas dos meios de produção. Estas classes só contam com sua força de trabalho para sobreviverem; logo os denominados pobres são trabalhadores empregados, subempregados, desempregados, aposentados ou força de trabalho potencial (Pastorini, 2007, p. 3).

A PSR pode ser considerada como uma expressão das desigualdades resultantes das relações capitalistas, que se desenvolvem a partir do eixo capital/trabalho, diretamente correlacionada às condições de pauperização da classe trabalhadora e desemprego em massa que são as condições essenciais ao desenvolvimento capitalista, sendo essa expressão da chamada questão social (Silva, 2009).

Esse fenômeno é considerado por Silva (2009) uma “grave expressão da questão social”; além de ser um fenômeno localizado nos grandes centros urbanos, marcado pelo preconceito, tem particularidades relacionadas a cada território e há uma “tendência” à sua naturalização. No entanto, compreendemos que suas raízes estão associadas ao modo de produção capitalista que, ao mesmo tempo que proporciona a acumulação do capital, também provoca acumulação de miséria, excluindo uma parcela da população a viver dignamente.

Em diversos países do mundo, a PSR é um fenômeno observado, sendo considerado por Melo (2020) como polissêmico e decorrente de um processo de múltiplas determinações, associado às crises econômicas; à precarização das relações e condições de trabalho; e à debilidade dos sistemas de seguridade. Para Souza & Macedo (2019), é necessário pensar sobre o tema sem recair em análises fragmentadas, reducionistas e individualizantes, pois se trata de um fenômeno de ordem multidimensional, cabendo entender as expressões da “questão social” como pertinentes no debate, considerando pauperização, exclusão, desigualdades sociais, violência, analfabetismo, trabalho infantil, desemprego, situação de rua, fome, onde encontram, nas desigualdades postas pelo desenvolvimento do capitalismo, seu seio comum de produção.

O desenvolvimento e a dinâmica decorrentes da própria expansão do capitalismo, por meio da extração crescente de mais-valia, com superexploração, com a inclusão marginal e muitas vezes a não inclusão dos trabalhadores, provoca um processo de exclusão. A esfera do trabalho constituiu um processo de fragilização dos laços sociais, operando por meio de inserções em trabalhos precários ou mesmo nos casos de desemprego, fortalecendo a ideia de que cada vez mais as pessoas são economicamente desnecessárias.

A PSR é composta por trabalhadores, na sua maioria desempregados ou que desenvolvem ocupações no mercado informal, podendo ser o desemprego um dos motivos que conduzem à situação de rua. Para Pinto e Gondim (2017), a PSR se reconhece como trabalhadora, possui o sentido de pertencimento à classe trabalhadora. Cabe desmistificar as representações da sociedade em geral de que PSR é formada por indivíduos ou famílias que não querem trabalhar, associando essa população a pedintes, vagabundos, malandros, entre outros.

Ao longo da história, a PSR se coloca como uma expressão da questão social, na qual o capital submete esses indivíduos a “níveis extremos de degradação da vida”. E, a cada dia, mais e mais homens e mulheres são excluídos do mundo do trabalho, caindo no desemprego, no subemprego, vivenciando processos de exclusão ou de inclusões precárias, degradantes, pondo em risco a vida e comprometendo sua própria humanidade, na medida em que se destitui sua dignidade como pessoa humana.

Além de entender o fenômeno da PSR a partir das configurações da estruturação da sociedade capitalista, é relevante ampliar a reflexão sobre o contexto brasileiro, a partir do resgate histórico de uma sociedade que, no seu desenvolvimento, é marcada por uma trajetória de hierarquização, poder, exploração, preconceitos de raça, gênero e classe social, que contribui para a compreensão das características da PSR na atualidade no Brasil.

2.2. Fatores históricos e estruturais na construção do fenômeno população em situação de rua no Brasil

O resgate da história do Brasil a partir da colonização indica estruturas de poder, herdeiras da ideologia do colonizador, que afetaram o desenvolvimento do país, apesar de existirem diferentes interpretações sobre o tema.

Durante a colônia, a divisão social do trabalho foi construída pela ideologia considerada democrática pelos interesses do colonizador. Os negros eram a força da mão de obra escrava e, para eles, era reservado aquilo que o branco, por uma série de razões, descarta ou despreza (Moura, 1983).

Nesse período, no Brasil, também foi identificada uma parcela de negros que não eram incorporados ao trabalho escravo, além da presença de estrangeiros europeus que não se enquadravam no sistema produtivo regular. Sem patrão, abrigo e trabalho, para muitos negros e estrangeiros a alternativa era a rua, tentando extrair, neste ambiente, as condições necessárias à existência (Caetano, Fernandes e Costa, 2016).

Desde o período colonial, já era determinado que os vadios, ou seja, os que não tinham senhores nem meios para se sustentar, fossem presos e açoitados. O mesmo ocorreu no período do império, quando mendigos, vagabundos e ébrios eram frequentemente obrigados a assinar o termo de bem-viver, que obrigava o indivíduo a viver “decentemente”, sendo imposto pela autoridade policial. Esse termo tinha um objetivo corretivo e previa o confinamento para aqueles que com esse rompiam (Teixeira, Salla e Marinho, 2016).

O Código de 1830 previa, no seu artigo 12, que o juiz de paz dos distritos tivesse o poder de obrigar os vadios, mendigos, bêbados a assinar o termo de bem-viver, por hábito, bem como prostitutas que perturbavam o sossego público, turbulentos que por palavras ou ações ofendiam os bons costumes, a tranquilidade pública e a paz das famílias (Teixeira, Salla e Marinho, 2016).

Esses processos de perseguição e repressão da vadiagem podem ser entendidos como uma das formas de controle que se realizava sobre os indivíduos como consequência do fenômeno da escravidão, para organizar a estrutura social da colônia e do império.

Com a abolição da escravatura em 1888, a ausência de uma política social

voltada para a incorporação de negros na sociedade livre contribuiu para o aumento do contingente de indivíduos vivendo na rua. Uma vez livres e forçados a sair do ambiente que os escravizavam, essa população encontrou nas áreas periféricas das cidades o seu habitat. Mais uma vez, quando não conseguiam um terreno para construir seu abrigo, a rua apresentava-se como a única possibilidade existente (Caetano, Fernandes e Costa, 2016).

Para Moura (1983), nesse período foi possível identificar a contradição que se estabeleceu entre o trabalhador negro, recém-saído da escravidão, quase sempre desempregado ou na faixa do subemprego, e o trabalhador branco, estrangeiro, que veio para suprir a economia como mão de obra.

A abolição da escravatura e a posterior proclamação da República, contribuíram para intensificação da repressão aos “vadios”, uma vez que ocorreu o aumento considerável do número de negros que perambulavam pelas ruas das cidades a procura de trabalho, se estabelecendo novas formas de controle a um contingente de ex-escravos libertos. O Código Penal de 1890 abrigou esse mecanismo peculiar de perseguição às camadas populares representadas, sobretudo, na figura do indivíduo liberto (Barbosa, 2018).

Durante a República, outras normativas de repressão foram criadas que evidenciam a permanência do controle policial sobre os mendigos, vadios e ébrios e o objetivo de sujeitá-los ao trabalho. O Decreto N.º 6.994, de 19 de junho de 1908, estabeleceu a internação na Colônia para os vadios, mendigos validos, capoeiras e desordeiros; e o Decreto N.º 4.294, de 6 de julho de 1921, criou um estabelecimento para internação dos ébrios e tornou mais rígida a punição. Essas normativas atendiam ao conjunto de transformações de ordem social, econômica e de urbanização vivenciado com a emergência do trabalho livre (Teixeira, Salla e Marinho, 2016).

Entre o século XVI e o final do século XIX, houve uma sequência de reviravoltas econômicas e políticas, incêndios, epidemias, gerando muitos pauperizados. As cidades cresceram sem melhorar sua infraestrutura a fim de acomodar o fluxo de pessoas que a essas chegavam. As leis de repressão à denominada “vadiagem” foram se sucedendo, incapazes, porém, de eliminar esse processo. Mesmo assim, as cidades foram gradualmente se modificando, separando corpos, funções, aumentando seus limites com o campo e se distanciando das atividades relacionadas a este; e, por fim, determinando lugares mais restritos de circulação da população que vivia nas ruas (Magni, 1994).

O processo de urbanização no Brasil desenvolveu-se a partir do século XX e ocorreu de forma acelerada e desordenada, concomitante com a intensificação da industrialização do país, que gerou a expansão do número de cidades e a elevação da população urbana. Ocorreu, também, o êxodo rural, provocando um crescimento rápido da população nas cidades e, conseqüentemente, inúmeros problemas urbanos, considerando que o processo de urbanização se desenvolveu com a ausência de planejamento urbano.

A concentração de grupos vivendo em centros urbanos é uma característica das sociedades pré-industriais. Dentre os motivos para essa maior taxa de ocupação dos perímetros urbanos, em especial de grandes cidades, temos o fato de haver maior circulação de capital nesses espaços, sendo comum as práticas higienistas direcionadas a esse público com intuito de limpar a cidade. O acesso à renda pela via de trabalhos, mesmo que informais e precarizados, como o trabalho com recicláveis ou pequenos biscates, por exemplo, é uma das principais razões da localização do fenômeno. (Silva, 2006). Segundo Magni (1994), a urbanização gerou uma oferta de mão de obra excessiva que provocou o rebaixamento dos salários e o aprimoramento do setor terciário de biscates e subempregos. As novas “regiões problema” — instaladas nos pontos menos nobres e salubres da cidade — são identificadas já em 1940.

O resgate histórico do período colonial, ressaltando a abolição da escravidão e a industrialização do país, identifica períodos que marcam as ruas com milhares de pessoas sem condições para prover sua subsistência. As pessoas viviam vagando pelas cidades, praticando mendicância, cometendo pequenos furtos e submetendo-se a condições deploráveis, oferecendo sua força de trabalho, mas concorrendo em desigualdade de condições com os brancos pobres e os imigrantes que chegavam no país.

A história do Brasil iniciou-se com um episódio branco, masculino e colonial, sendo o negro a força motriz que impulsionou o progresso do país. Durante o seu desenvolvimento, tinha como necessidade construir uma nação “civilizada”, aos moldes das nações eleitas como ideais, alguns países europeus. De acordo com Fanon (2008), ao realizar estudos sobre o mundo colonial no século XX, analisa o processo de colonização considerando a identificação do dominado com o dominador, e o complexo de inferioridade do colonizado. “Todo povo colonizado nasce com um complexo de inferioridade devido ao sepultamento da originalidade cultural” (p.34), ou seja, quanto mais o colonizado assimilar os valores culturais do colonizador, mais escapará da sua selva”. Daí o

processo de rejeição de sua negridão resulta em uma aproximação do branco, no sentido de ser branco. Fanon (2008) descreveu depreciativamente esse grupo da sociedade como "o apodrecimento irreversível, a gangrena instalada no coração do domínio colonial" (p. 107).

No Brasil, quando o país-colônia fez a transição do sistema escravocrata para o capitalismo e com a construção da República, se inicia uma cidadania de forma limitada, deixando à margem mulheres, índios e negros. O que observamos é que, desde o fim da escravidão, não ocorreu a preocupação de possibilitar a cidadania dos negros; ocorreu uma abolição marcada pela exclusão. Existia um medo, pois a cidade parecia ter aumentado com o fim da escravidão e da monarquia; existia à intolerância e truculência dos republicanos brancos frente à cidade negra, movidos pelo medo, em nome do progresso e da ordem, da higiene, da moral, dos bons costumes, da civilização. De acordo com Chalhoub (1988):

o saldo do colonialismo europeu para o povo negro no Brasil: o projeto colonizador foi velozmente e silenciosamente deslocando os(as) negros(as) dos espaços de visibilidade conquistados a duras penas em sua trajetória individual e coletiva no período que antecedeu a República. O projeto societário imposto pelas elites brasileiras no pós-abolição, indubitavelmente, tinha a intenção de tornar o país moderno, à luz do referencial europeu (Almeida, 2014, p. 34).

As teorias racistas ganharam expressão no Brasil a partir da metade do século XIX, e reforçaram a emergência do branqueamento, visto que defendiam a hierarquização racial, em que o europeu branco localizou-se na posição de superioridade, enquanto negros e indígenas localizavam-se na base da pirâmide. O darwinismo social foi uma teoria que “afirmava que os brancos — por sua pureza, superioridade e civilidade — eram resultado da seleção natural das raças humanas” (Santos, 2009).

Autoras como Almeida (2017) e Gonzales (2018) afirmam que o racismo é uma construção ideológica com benefícios sociais e econômicos para brancos de todas as classes sociais, privilégio racial, ao mesmo tempo em que é um “sintoma da neurose da cultura brasileira”, que se pensa uma sociedade branca, mas cuja cultura revela a herança afro, que é constantemente escondida.

A raça, para o autor, é construída nas relações sociais e, portanto, deve ser concebida como uma construção social, forjada na história a partir de relações de poder com vistas ao exercício da dominação/exploração... A raça é um conceito construído pela burguesia, para desenhar, no campo das ideias, construções que falseiam a realidade, pois o racismo e seus derivados não apresentam nenhuma validade científica (Almeida, 2017, p. 38).

Por outro lado, quem criou o racismo não fomos nós. O racismo, enquanto teoria, enquanto ideologia que sustenta toda uma formulação científica é uma invenção dos brancos. Como antropóloga, tenho a impressão que toda comunidade fechada seja ela branca, amarela, negra... criaria seu próprio etnocentrismo. Uma forma de racismo? Não. Etnocentrismo é diferente de racismo. A questão do etnocentrismo está presente em qualquer cultura. Na medida em que você é socializado, você recebeu uma carga cultural (classificação, valores, significações, etc) muito grande, e você vai olhar o mundo através dessa perspectiva crítica. Mas há ‘etnocentrismos’ e ‘etnocentrismo’, mas no nosso caso, no caso negro, vemos o seguinte: as nossas instituições sempre estiveram abertas aos brancos e a recíproca não é verdadeira. (Gonzales, 2018, p. 371).

O conceito de raça foi formulado por um sistema de opressão e foi sustentado por diversas formas de violação, perpetrando a cultura, criando dissimetrias em cada relação social. O privilégio das raças dominantes foi constituindo-se com critérios de manutenção das diferenças, exercitado, em última instância, pelo reconhecimento dos níveis de melanina que a pessoa carrega na pele (Cunda e Silva, 2020). Os efeitos da opressão aos negros no país se confundem com a pobreza urbana e se estendem aos nossos dias. Para Jurema Werneck (2016), temos um Racismo Institucional, perpetuante do racismo, chamado também de Racismo Sistêmico: “garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados”, operando pelo dispositivo da racialidade,

que traduz a diversidade da população negra em mecanismos de reconhecimento e exclusão, validando e elencando os privilegiados em cada relação.

E o modo de produção escravista entrou em decomposição, mas deixou fundos vestígios nas relações de produção da sociedade brasileira. Tais vestígios, tais traços não são porém elementos mortos. O modelo de capitalismo dependente que substituiu o modo de produção escravista deles se aproveitou e faz deles uma parte dos seus mecanismos reguladores da economia subdesenvolvida. Desta forma, os vestígios escravistas são remanejados e dinamizados na sociedade de capitalismo dependente em função do imperialismo dominante (Moura, 1983 p.12).

O projeto colonial permanece bem vivo, atacando de forma sistemática os avanços da luta antirracista pela garantia de direitos para população negra, contribuindo para a impunidade, a invisibilidade, o silêncio e, conseqüentemente, contribuindo para a efetivação do enfrentamento da questão através de políticas públicas (Almeida, 2017). A sociedade brasileira tem profundas marcas das desigualdades que foram desenhadas ao longo da história; a herança escravocrata ainda não foi superada no capitalismo contemporâneo. A realidade que vivenciamos com a discriminação racial diante do preconceito de cor é herança da dificuldade de rompimento e superação à ordem social escravocrata.

Cabe ressaltar a forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criaram desigualdades básicas e se estruturaram no Brasil, contribuindo para criar “posições” relativas às raças, etnias, classes, entre outras (Crenshaw, 2002). O preconceito, como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade às pessoas em situação de rua, é marca ao longo de toda a história no Brasil (SILVA, 2009).

O habitar as ruas foi sendo reconfigurado ao longo dos anos, mas o agravamento da situação de rua é um quadro que perdura até os dias de hoje. Da Matta (1997) traz a reflexão de casa e rua como duas "categorias sociológicas" fundamentais para a compreensão da sociedade brasileira:

... até hoje a sociedade parece fiel à sua visão interna do espaço da rua como algo movimentado, propício a desgraças e roubos, local onde

as pessoas podem ser confundidas com indigentes e tomadas pelo que não são. Nada pior para cada um de nós do que ser tratado como "gente comum", como "zé-povinho sem eira nem beira", nada mais dramático para alguém de "boa família" do que ser tomado como um "moleque de rua"; ou para uma moça ser vista como uma "mulher da vida" ou alguém que pertence ao mundo do movimento e do mais pleno anonimato. Fazemos uma equação reveladora entre o "ninguém conhece ninguém", o "ninguém ser de ninguém" e estados sociais altamente liminares como a boêmia, o carnaval e, evidentemente, a pré-criminalidade (Da Matta, 1997, 42).

O trabalho de Da Matta indica como "casa" e "rua" são categorias sociológicas que não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas, acima de tudo, entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados e capazes de despertar emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas. O autor também apresenta uma reflexão sobre o universo da casa como um espaço de supercidadão, pois ali só tenho direitos e nenhum dever; no mundo da rua, um subcidadão, já que as regras universais da cidadania sempre definem por determinações negativas: pelos meus deveres e obrigações, pela lógica do "não pode" e do "não deve" (Da Matta, 1997).

Na análise de Cunda e Silva (2020), a rua está marcada por eixos transversais que evidenciam, nos preconceitos de raça, gênero e classe social, alvos em todas as séries de uma intersecção de poderes. A cidade expandiu o capital com novas tecnologias, novas velocidades, ao mesmo tempo em que intensificou a higiene social, a moral disciplinar, o branqueamento. No plano urbano, o direito à cidade é negado não apenas aos habitantes da rua, mas essa negação se estende aos demais desabrigados da cidade, que vivem em "áreas verdes", "invasões", ocupações, sub-habitações: todos alvo constante das políticas de remoção.

Cabe considerar que estar na rua é um processo, não um estado definitivo: ninguém é da rua, as pessoas estão na rua. A utilização da expressão "população em situação de rua" traz uma contraposição às expressões utilizadas por longos anos, como "moradores de rua", e contribui para a reflexão que é uma questão situacional, algo em movimento, transitoriedade, dinâmico, não definitivo e que pode mudar (Rosa & Brêtas, 2005; Prates *et al.*, 2011).

Estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua. Vista como determinação, uma situação social pouco apresenta em termos de perspectivas de superação. O termo processo de rualização parte de uma concepção oposta, na medida em que o reconhece como processo social, condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num continuum, razão pela qual processos preventivos e a intervenção junto àqueles que estão ainda há pouco tempo em situação de rua parecem ser fundamentais para que se logre maior efetividade em termos de políticas públicas (Prates *et al.*, 2011, p. 194).

A PSR ainda sofre de invisibilidade para algumas políticas; ainda sofre estigmas de vagabundo, malandro, vadio, sendo visível na atualidade ações de ordem pública, de forma repressivas e higienistas. A construção de políticas públicas voltadas para essa população indica que elas foram basicamente compensatórias, assistencialistas, mas, mediante mobilizações, pressões de organizações e acontecimentos começaram a ganhar uma proposta de inclusão social.

Quando não são ignorados, são tratados como objetos da tutela estatal, da filantropia privada ou da caridade das igrejas. Se, por um lado, são tidos como incômodos ocupantes das vias públicas, por outro, sentem-se incomodados pelos olhares que lhes são direcionados. A relação público-privado se mistura no cotidiano do povo da rua. (Rosa & Brêtas, 2005, p. 577).

O lugar ocupado pelos segmentos na sociedade tem a ver com questões históricas, com os contextos político e econômico, e com as disparidades sociais produzidas segundo classe social, gênero e raça. Os dados revelam que não existe uma democracia racial, não existe igualdade entre as pessoas independentemente de raça, cor ou etnia. No Brasil contemporâneo, apesar do fim da escravização e da condenação de práticas e de ideologias racistas, ainda é, visível e sentida, a discriminação com a população negra. A presença de uma população em situação de rua constituída por negros e pardos resgata a escravidão na sociedade brasileira, mesmo na contemporaneidade. Temos que considerar um fenômeno social, mas também racial, que aponta para uma profunda vinculação entre a questão de raça e a questão de classe.

2.3. A construção de políticas dirigidas à população em situação de rua no Brasil

O viver nas ruas não é uma questão da atualidade, mas essa temática nem sempre esteve na agenda das políticas públicas. As ações direcionadas para essa população, durante muitos anos, estavam vinculadas à caridade, ao trabalho social de igrejas, à filantropia; mas, com o aumento do número de PSR, a questão ganhou outros tipos de intervenções. Algumas questões sociais passaram a ganhar visibilidade na década de 80, quando o Brasil viveu o movimento de luta pela redemocratização e um processo com a participação de diversos sujeitos sociais, movimentos sociais, ONGs, sindicatos e organizações religiosas. A ação política desses atores contribuiu para a construção de uma nova Constituição que garantisse a universalização dos direitos sociais, tendo em vista que a cidadania não é compatível com governos autoritários e ditatoriais (Ciconello, 2008).

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal (CF), que instituiu o Estado Democrático de Direito, um marco de proteção social com a inclusão dos direitos sociais como dever do Estado na perspectiva da redução de desigualdades sociais e promoção do bem de todos, sem distinguir raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação social.

A CF em seu artigo 1º, inciso III dispõe sobre a dignidade da pessoa humana, assegurando os direitos fundamentais e garantias individuais ao ser humano. Em seu artigo 3º, inciso III, ressalta a erradicação da pobreza e da marginalização, e a redução das desigualdades sociais e regionais como objetivos da República. Além de sinalizar que é responsabilidade do Estado prover, por meio da realização de políticas públicas, os direitos sociais (artigo 6º): a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

A CF foi uma força impulsionadora para a conquista de políticas públicas sociais, como também para a formulação de políticas públicas direcionadas para a população em situação de rua. A partir dos anos 1990, o problema começa a ser incorporado, com uma nova visão, na agenda de alguns governos municipais, aparecendo as primeiras iniciativas na intenção de criar políticas públicas de atenção e inclusão social das pessoas em situação de rua.

Entretanto, as ações ainda eram insuficientes, no sentido em que não trazem contribuições significativas ao enfrentamento desse fenômeno, face à sua complexidade (Ferro, 2012).

Tendo como destaque a cidade de Belo Horizonte, onde, em 1993, foi criado o Fórum de População de Rua, composto por integrantes do poder público, da Igreja Católica e da sociedade civil, com o objetivo de promover estudos sobre essa população; e a cidade de São Paulo que, desde 1991, já realiza pesquisa sobre a PSR, sendo a pioneira nas políticas públicas: em 1997, aprovou a Lei n.º 12.316, declarando que o atendimento da população de rua na cidade passava a ser uma responsabilidade do poder público municipal (Liberato, 2020)

Na década de 90, também iniciativas das entidades privadas, das Organizações Não Governamentais (ONGs) e das instituições religiosas buscavam trazer visibilidade aos direitos da PSR, principalmente nas cidades de São Paulo e Belo Horizonte. Destaque para a Organização do Auxílio Fraternal (OAF), criada em 1955, que articulou uma cooperativa de trabalho autossustentável para catadores de materiais recicláveis, surgindo a Cooperativa dos Catadores Autônomos de Papel, Aparas e Materiais Reaproveitáveis (COOPAMARE). Outras iniciativas, também importantes, foram: a Associação Nioac dos Trabalhadores na Catação de Papel e Papelão e Pastoral Social da Igreja Católica, trabalhos que contribuíram para chamar a atenção das autoridades e cobrar ações por parte do Poder Público. (Costa, 2013; Machado, 2020).

Na década de 90 e no início dos anos 2000, ocorreram algumas manifestações políticas mais notórias na luta pelo atendimento das demandas da PSR, com destaque para o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, em 1993; o Grito dos Excluídos, em 1995; e, também, em 2001, a realização do 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. No ano de 2001, a Primeira Marcha do Povo da Rua, uma articulação coletiva entre os conjuntos dos catadores e da população de rua, aconteceu juntamente ao 1º Congresso Nacional de Catadores em Belo Horizonte e, em 2002, a criação do Festival Lixo e Cidadania (Costa, 2013; Machado, 2020).

Em 2004, ocorreu um episódio que se tornou um marco histórico na luta da população em situação de rua em prol dos seus direitos. Em 19 de agosto, na Praça da Sé, em São Paulo, sete pessoas em situação de rua foram brutalmente assassinadas, o que ficou conhecido como a Chacina da Praça da

Sé, que contribuiu para que “a problemática em questão se tornasse parte da agenda do Governo Federal” (Ferro, 2012, p. 36).

O massacre de moradores de rua ocorrido na Praça da Sé, em São Paulo, foi o ponto determinante para o início do processo nacional de articulação e organização das pessoas em situação de rua. Esse triste episódio contribuiu para uma maior mobilização, para organização política e para construção de um movimento nacional, com destaque para a articulação de grupos de pessoas em situação de rua em São Paulo e Belo Horizonte, que se uniram para lutar contra a violência e a impunidade (Ferro, 2012). Em homenagem às vítimas da chacina, o dia 19 de agosto foi escolhido como o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua.

Com o objetivo de efetivar as atribuições de elaborar e gerir uma política integrada de proteção social, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) assumiu o compromisso de formular políticas públicas dirigidas para a população em situação de rua. Em setembro de 2005, a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) realizou o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Nesse encontro foram discutidos, em conjunto com os movimentos sociais representativos desse segmento social, os desafios, as estratégias e as recomendações para a formulação de políticas públicas nacionalmente articuladas para essa parcela da população.

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), Resolução CNAS n.º 145, de 15 de outubro de 2004, que atribui à Proteção Social Especial o atendimento da PSR (Brasil, 2004). Posteriormente, a partir de 2005, o MDS iniciou um processo de discussão sobre o fenômeno social das pessoas em situação de rua, com o objetivo de efetivar as atribuições de elaborar e gerir uma política integrada de proteção social. O Governo Federal promoveu várias iniciativas que possibilitaram a participação da sociedade civil na discussão e formulação de políticas públicas destinadas a essa população. Ocorrendo uma mudança com a inclusão dos “invisíveis”, de acordo com Ferro, (2012), inicia-se um projeto político não apenas diferente, mas antagônico ao que vinha sendo praticado sem precedentes na história do Estado brasileiro.

No ano de 2005, foi criado o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), apoiado pelo Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. A criação desse movimento e de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua. Ainda no mesmo ano, ocorre a realização do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, que propicia o início da

formulação da PNPSR, além de subsídios para o texto da Lei n.º 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que altera a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) e contempla, nos serviços da Assistência Social, a criação de programas de amparo às pessoas que vivem em situação de rua (Brasil, 1993a).

Desde a criação, o MNPR tem participado ativamente na organização de eventos, como o I e II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, além de contribuir em processos políticos importantes para a garantia de direitos da PSR, como a assinatura do Decreto que instituiu a coleta seletiva em órgãos da Esplanada dos Ministérios; a publicação do edital do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) de apoio financeiro aos catadores de materiais recicláveis; e a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), “com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para inclusão da população em situação de rua” com representantes de diferentes Ministérios e da sociedade civil (CDH Londrina, 2011).

No dia 25 de outubro de 2006, foi decretada (Decreto s/n) pelo presidente da República a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) com o objetivo de apresentar propostas de políticas públicas e realizar estudos sobre a população em situação de rua (Ferro, 2012).

O 1º Censo Nacional sobre PSR (ou Pesquisa Nacional Censitária por Amostragem da População em Situação de Rua) ocorreu no período de 2007 e, em 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua. Também em 2008, houve a criação do documento da Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua, sendo um marco referencial que forneceu subsídios importantes para a apresentação do primeiro texto da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (Costa, 2013).

No ano de 2009, foi realizado II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, que resultou no Decreto n.º 7.053 de 23/12/2009.

Por fim, ao final de dezembro de 2009, foi instituída e concretizada a Política Nacional para População em Situação de Rua, através do Decreto N.º 7.053. O Decreto materializou todos os esforços do MNPR e das organizações da sociedade civil envolvidas ao longo dos últimos 20 anos, possibilitando a consolidação dos princípios, diretrizes e objetivos de uma Política que reconhece os direitos deste segmento e regulamenta e orienta os órgãos administrativos e entidades públicas e privadas responsáveis pelo atendimento destas pessoas (Machado, 2020, p. 108).

A temática da PSR no Brasil integrou de forma mais expressiva a agenda pública a partir de 2009, quando foi instituída a PNPSR que assegura a garantia de direitos e o acesso dessa população aos diversos serviços públicos, sendo implementada algumas diretrizes importantes para atender às necessidades específicas das pessoas em situação de rua, como trabalho, desenvolvimento urbano, assistência social, educação, segurança alimentar e nutricional, cultura e saúde (Brasil, 2009).

A PNPSR pode ser considerada um marco para a PSR, além da universalidade, da igualdade e da equidade, essa Política tem como princípios o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Durante muito tempo o Estado esteve ausente no tratamento das questões referentes à PSR, mas, a partir de 2009, com a Política Nacional, é conquistada uma garantia legal, e se estabelece o compromisso do Estado em implementar as ações que estão asseguradas nesta legislação. Posteriormente, essa conquista se amplia com a promulgação de outras legislações, decretos,

portarias, e até mesmo outras conquistas relativas à PSR foram sendo atingidas. O Quadro abaixo apresenta algumas mobilizações e avanços importantes no processo de construção da política para a PSR no Brasil, desde a Constituição Federal.

Quadro 3 – Trajetória das mobilizações e ações importantes na construção da Política Nacional para a População em Situação de Rua – de 1988 a 2009.

TRAJETÓRIA DE AÇÕES E MOBILIZAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA PNPSR



Fonte: A autora, 2024.

A igualdade de todos perante a lei e a garantia de direitos sociais já foram conquistas desde a CF de 1988; mais de 30 anos após sua promulgação, a população brasileira ainda luta pela efetivação dessa legislação. A PSR ainda vivencia maiores violações de seus direitos, sem acesso aos direitos básicos e essenciais à vida digna, ainda na luta por concretização das políticas públicas.

As conquistas de direitos da PNPSR foram frutos de um movimento árduo de muita luta de instituições, ONGs, movimentos sociais e da própria PSR, a partir dos fóruns, encontros e seminários. Esses processos promoveram o diálogo sobre as necessidades dessa população e deram visibilidade para a construção da política pública nacional de direitos, até então negados ou negligenciados pelo Estado Brasileiro.

A PNPSR possui algumas fragilidades, uma vez que, apesar de abordar a necessidade de articulação entre políticas públicas e intersetorialidade, não exemplifica articulações possíveis, abre precedentes para um pluralismo na garantia da proteção social e não obriga os municípios à sua adesão (Freitas, 2016).

Ao longo dos anos, outras conquistas legais foram sendo inseridas na agenda das políticas públicas que contemplam a PSR, ainda poucas, relacionadas à assistência social, à saúde, à habitação, ao trabalho, mas ainda longe de contemplar as necessidades dessa população, considerar: inclusão da Pop Rua no Cadastro Único (2010); Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e dos Catadores de Materiais Recicláveis (CNDDH) (2011); acesso da PSR aos serviços de saúde do SUS mesmo sem comprovante de residência e cartão do SUS (2011); Consultório na Rua (2012); possibilidade de priorização da Pop Rua no Programa Minha Casa, Minha Vida (2013); Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) Pop Rua (2014); definição da moradia como prioridade (Housing First) (2016); acesso ao SUS sem documentação (2018); inclusão da Pop Rua no Censo 2020 (domicílios coletivos e improvisados) (2019); Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua / CIAMP-Rua (2019); diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua (2020); e, recentemente, o Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (2023).

Vários autores (Silva; Costa, 2013; Rosa & Brêtas, 2005) apresentam reflexões sobre o cenário das políticas dirigidas à PSR desenvolvidas de forma fragmentárias, ineficazes e onde predomina a subsetorialidade, o assistencialismo, e a transferência das responsabilidades do Estado para organizações e parcerias público-privadas; a relação público-privado se mistura no cotidiano do povo da rua e ainda há muitas respostas a situações emergenciais transformadas em políticas públicas permanentes.

Senna *et al.* (2023) consideram três limites para a efetivação dos direitos de cidadania inscritos na PNPSR: primeiro, a manutenção dos processos de violência, discriminação, estigmatização e violação de direitos vivenciados pela PSR, relegando essa população a um lugar marcado pela subalternidade, pela exclusão social e pelo abandono; segundo, a insuficiência e/ou a ausência de ações direcionadas à PSR no âmbito das políticas públicas mencionadas no art. 7º da PNPSR, como responsáveis por assegurar o acesso dessa população aos seus serviços e programas; e, o último, o balanço sobre o que pode estar limitando:

a atuação de outras políticas sociais e sua articulação é um entendimento que ainda precisa ser superado no que concerne às políticas sociais: o de que a população em situação de rua é responsabilidade da assistência social (Freitas, 2016, p. 15 apud Senna *et al.*, 2023)

A conquista de políticas públicas é um processo histórico e fruto da mobilização e da luta de vários atores para dar visibilidade à PSR enquanto sujeitos de direitos, considerando que a sociedade é desigual. Mas são múltiplas as fragilidades na PNPSR para assegurar os direitos fundamentais e garantias da PSR. O processo de luta na conquista de direitos ainda permanece em questão, na busca de novas políticas que aprofundem ações e programas, de caráter emancipatório, nas áreas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda, e na construção de uma sociedade pautada no princípio da igualdade.

2.4. As principais características e perfil sociodemográfico da população em situação de rua no Brasil

Durante muitos anos, os dados disponíveis sobre a PSR no Brasil basearam-se na Pesquisa Nacional (Brasil, 2009) que traçou um perfil desse grupo. Posteriormente, outras pesquisas foram desenvolvidas, muitas em âmbito estadual como Salvador, Minas Gerais, São Paulo, Fortaleza, Rio de Janeiro e Brasília.

Os dados mais recentes foram divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2022): com base no Cadastro Único, apontam um aumento de 38% de pessoas em situação de rua desde 2019, após a pandemia de covid-19. Posteriormente, em 2023, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) apresentou o Relatório “População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registro administrativo e sistemas do Governo Federal”. Por meio dos dados obtidos demonstra que, em dezembro de 2022, 236.400 pessoas encontravam-se em situação de rua no Brasil, ou seja, a cada 1.000 pessoas, 1 estava vivendo em situação de rua. Considerando a fonte de informação deste relatório, Cadastro Único do Governo Federal, foi contabilizada apenas a população em situação de rua que teve acesso a algum serviço da Assistência Social. Portanto, provavelmente o número de pessoas em situação de rua é ainda maior no Brasil.

A região Sudeste conta com o maior quantitativo de pessoas em situação de rua cadastradas, um total de 145.689 em dezembro de 2022, o que representa 62% do total do país. Os 10 municípios com maior número de pessoas em situação de rua concentram juntos 48% da população em situação de rua do país; são eles: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Fortaleza, Curitiba, Porto Alegre, Campinas e Florianópolis (Brasil, 2023).

O perfil dessa população é majoritariamente composto por pessoas do sexo masculino (87%), em idade adulta (55% têm entre 30 e 49 anos) e negras (68%, sendo 51% pardas e 17% pretas). A maioria das PSR sabe ler e escrever (90%) e já teve emprego com carteira assinada (68%); a principal forma mencionada para ganhar dinheiro foi no trabalho como catador (17%). Em

relação às violações de direitos humanos, o estudo revela que homens negros e jovens correspondem às principais vítimas desse tipo de violência. Pessoas pardas (55%) e pretas (14%) somam 69% das vítimas e a faixa etária mais atingida é de 20 a 29 anos (26%), seguida dos 30 aos 39 anos (25%). Quanto ao tipo de violência, 88% das notificações, no ano de 2022, envolviam violência física, sendo a violência psicológica a segunda mais frequente (14%) (Brasil, 2023).

Para refletirmos sobre o perfil da PSR no Brasil, cabe ressaltar as marcas sócio-históricas do país e as contradições econômicas e políticas que, de acordo com Motta (2018), marcam uma trajetória com hierarquização, poder, exploração, com especificidades da formação das classes, uma sociedade com forte herança colonial e escravista. As principais características do povo brasileiro ao longo de todo o percurso de sua história, refletem uma dualidade que marca a identidade nacional (Schwarcz e Starling, 2017), incluindo aqui a PSR, não sendo diferente essas características.

Há prevalência de pessoas pretas em situação de rua, o que relacionamos à construção histórica do Brasil, ao conceito de raça que foi formulado por um sistema de opressão, ao privilégio das raças dominantes, à exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, operando pelo dispositivo da racialidade. As desigualdades sociais colocam populações em situações mais precárias de acordo com o lugar ocupado pelos grupos populacionais na estrutura social, que tem a ver com questões históricas, com os contextos político, econômico e as disparidades sociais produzidas segundo classe social, gênero e raça.

A predominância masculina no perfil da PSR associa-se também à construção do século passado, onde a figura da mulher estava associada ao lar, à responsabilidade pelos cuidados de crianças e homens da rua (Rago, 1995). Desde o século XX, com a incorporação como trabalhadoras no sistema produtivo, percebe-se que a divisão sexual do trabalho nesse momento já assumia uma ideologia predominante que mantinha as mulheres libertas como cuidadoras dos lares (Pereira, 2011). Hoje a mulher pode, por vezes, decidir o que deseja para si, mas ainda existem pensamentos conservadores e outros motivos que podem ser associados a um menor número de mulheres em situação de rua, como situações de violência.

Destaca-se também a questão cultural decorrente de uma sociedade machista que aceita mais a presença do homem na rua do que da mulher (Viera *et al.*, 2004). A herança de um modelo patriarcal de sociedade que coloca a mulher como um objeto, inferiorizando-a, onde a estrutura é caracterizada por uma organização social que possibilita que o homem tenha status de autoridade sobre as mulheres e filhos. Essa organização ainda permeia a sociedade, inclusive as relações de produção e consumo e as estruturas políticas (Valle; Farah & Carneiro, 2020).

A PSR ainda carrega diversos tipos de estereótipos: os homens muitas vezes são tidos como “vagabundos e preguiçosos” e as mulheres parecem menos ameaçadoras, o que está vinculado com a imagem socialmente construída da mulher ser mais frágil e o homem mais forte (Tiene, 2004).

A PSR composta por trabalhadores que desenvolvem ocupações no mercado informal, principalmente como catador, sabe ler e escrever. O fator desemprego pode ser um dos motivos que conduz à situação de rua, uma vez que as relações do mundo capitalista colocam as pessoas em risco, submetem os indivíduos à degradação da vida, excluindo do mundo do trabalho ou possibilitando inclusões precárias.

De acordo com o relatório do MDHC (Brasil, 2023), os principais motivos apontados para a situação de rua foram: os problemas familiares (44%), seguido do desemprego (39%) e do alcoolismo e/ou uso de drogas (29%). Motivos esses que podem ser determinados pela carência de possibilidades de vida, sendo resultado de desigualdades sociais e de várias exclusões (Campos e Moretti-Pires, 2018), postas pelo desenvolvimento do capitalismo e suas relações de produção e exploração.

A exclusão social é um tema muito amplo, com diversos conceitos. Segundo Escorel (1999), são processos de vulnerabilidade, fragilização ou precariedade e até ruptura dos vínculos sociais, devendo ser considerados nas cinco dimensões da existência humana em sociedade: ocupacionais e de rendimentos; familiares e sociais proximais; políticas ou de cidadania; culturais; e, no mundo da vida.

A dimensão ocupacional e de rendimentos, relacionada principalmente à esfera do trabalho, trajetórias de vulnerabilidades dos vínculos no mundo do trabalho, envolvem a diminuição dos postos de trabalho, a precarização por empregos de tempo parcial ou de duração limitada, o desemprego recorrente e duradouro, as dificuldades crescentes da inserção de mão de obra não qualificada; a exclusão consiste em contingentes populacionais cada vez maiores que são economicamente desnecessários e supérfluos (Escorel, 1999).

As dimensões familiares e sociais proximais são as especiais da exclusão social em que a esfera pública não se universalizou e a família se manteve como principal suporte das relações sociais. Na sociabilidade brasileira, as relações primárias familiares são as principais referências para o indivíduo se reconhecer como tal e como suporte mais estável frente às frequentes adversidades oriundas do mundo do trabalho e da precariedade das proteções sociais. Desvinculações neste âmbito configuram situações de isolamento parcial ou completo e de solidão nas quais os indivíduos não compartilham nenhum lugar social e não estão ancorados a nenhuma unidade de pertencimento familiar ou comunitário (Escorel, 1999).

A dimensão política ou de cidadania configura espaços de não cidadania, onde a destituição dos direitos se associa com a privação de um poder de ação e representação. As trajetórias no âmbito da cidadania são de precariedade de um acesso no exercício dos direitos formalmente constituídos e de incapacidade de se fazer representar na esfera pública (Escorel, 1999).

Na dimensão cultural, o processo de exclusão se materializa por meio das discriminações e pelos estigmas, que envolve naturalização da pobreza, banalização, indiferença, fatalidade, conformismo. No mundo da vida, a exclusão social pode atingir o seu limite linear da existência humana; os grupos sem vínculo com o mundo do trabalho e da cidadania, que não tem direito a ter direito e cujas potencialidades da condição humana se limitam a conseguir sobreviver, não interessam a ninguém, são supérfluos e desnecessários à vida social, são descartáveis e podem ser eliminados das mais diferentes formas. (Escorel, 1999). A PSR vivencia muitas dessas dimensões que demarcam o processo de exclusão.

Ao longo dos anos, se observa um aumento da PSR, considerando que, como um fenômeno da expressão da questão social, o capital submete esses indivíduos cada dia mais a níveis de degradação da vida, de exclusão social, destituindo a dignidade como pessoa humana. O perfil dessa população já é conhecido e indica que questões estruturais precisam ser abordadas nas políticas públicas de forma mais eficaz, com ações mais assertivas e impactantes para alterar a situação de exclusão social que vive essa população.

Entender o perfil sociodemográfico da PSR é de extrema relevância quando pensamos no objetivo deste estudo de analisar a utilização dos serviços de saúde, que estão associados a fatores determinantes como os demográficos (idade e sexo; são aqueles que representam características biológicas predeterminadas) e os da estrutura social (como escolaridade, ocupação e raça; determinam o status do indivíduo na comunidade). O perfil sociodemográfico é associado ao fato de o indivíduo estar mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde.

CAPÍTULO III: A política de saúde dirigida à população em situação de rua no Brasil e a utilização dos serviços de saúde

Este capítulo problematiza a garantia do direito à saúde, com atenção ao conceito de saúde que vem sendo consolidado no âmbito das políticas sociais e ao trabalho desenvolvido pelo Cnar como proposta de atenção integral à saúde da PSR. O capítulo também busca compreender os determinantes na utilização dos serviços de saúde e as dificuldades de acesso pela PSR no Brasil.

3.1. O conceito de saúde e suas implicações para a garantia da saúde da população em situação de rua

A concepção de saúde vem sendo reconfigurada ao longo da trajetória de construção das políticas de saúde no Brasil. Entender o que é saúde e doença requer reflexões importantes, pensando na construção da problemática, considerando os diferentes momentos históricos, políticos, sociais e econômicos do país. Durante décadas, prevaleceu, em diferentes países, uma concepção de saúde como ausência de doença, que posteriormente é ampliada com base na problematização de que não apresentar doença não significava ter saúde, pois caberia considerar outras dimensões da vida humana que expressassem a saúde de forma mais ampla (Scliar, 2007).

Em 1946, a saúde passa a ser definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, sendo um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, de ideologia política ou de condição socioeconômica; a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.

No Brasil, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, que foi um marco estratégico para a construção do SUS, é consagrado o chamado Conceito Ampliado de Saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das

formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª CNS, 1986).

Essa concepção de saúde foi consagrada na Constituição de 1988, e significou um grande avanço no aspecto legal no que diz respeito ao direito à saúde, que durante muitos anos foi elemento determinante da exclusão social, e correspondeu a uma atenção universal, equitativa, integral, descentralizada e participativa.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, art. 196).

O Brasil passa a investir na reorganização do sistema de saúde a partir do SUS, com foco na atenção primária; considera o atendimento integral, por meio de medidas que visem à diminuição dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. A saúde é concebida em uma perspectiva ampla, resultante de condições de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores (Brasil, 1986).

Em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS) n.º 8.080, a definição de saúde é ampliada, considerando os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990, art. 3).

Historicamente, o Brasil teve o seu modelo de saúde centrado em hospitais, em consultas médicas, no incentivo ao consumo abusivo de medicamentos, na atenção à saúde baseada principalmente em ações curativas. Atualmente, traz um modelo abrangente de saúde, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, ocorrendo a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção (Scliar, 2007).

A partir do SUS, se constrói a possibilidade de mudança na forma como os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a saúde enquanto expressão de cidadania, sendo considerado como o determinante social da saúde “o conjunto das condições sociais nas quais os indivíduos vivem e trabalham”, ressaltado pela OMS (1946).

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990, art. 3).

A saúde, a partir de uma concepção ampla, não pode ser explicada unicamente por fatores biológicos e individuais; reconhece-se a determinação social da saúde, uma vez que ter saúde não significa uma oposição direta a um estado patológico, mas é resultante da forma de organização da produção e da distribuição dos bens e serviços socialmente produzidos. O lugar que cada indivíduo ocupa nessa organização impacta na possibilidade ou não de que possa desenvolver plenamente suas condições materiais de existência, as quais são influenciadas pela relação dialética entre o indivíduo/coletividade e o biológico/social (Laurell, 1983).

De acordo com Couto (2023), a compreensão da saúde, enquanto um processo social, contribui para retirar a saúde de uma avaliação biológica, isolada e individualizada, inserindo-a no contexto político, social e econômico, dentro da sociedade capitalista, dividida em classes, que provoca a produção de desigualdades sociais e, conseqüentemente, em uma distribuição desigual dos agravos em saúde. Nessa perspectiva, o movimento entre saúde e doença passa a ser entendido enquanto um processo determinado pelo modo como as forças produtivas estão organizadas.

Considerando essas questões, cabe pensar o processo saúde-doença da PSR a partir do conceito de determinação social da saúde, que tem como base a organização social do modo de produção capitalista para analisar a forma como os agravos em saúde se distribuem nos diferentes estratos sociais. Dessa maneira, parte-se da relação dialética entre o individual e o coletivo, o biológico e o social, compreendendo que a saúde da população em situação de rua é a

resultante das suas condições materiais de existência, as quais são determinadas pela forma de organização social da produção. Nesse contexto, essa população é historicamente colocada à margem do processo produtivo, encontrando diferentes barreiras na satisfação de suas necessidades, o que reflete em suas condições de saúde (Aguiar; Iriart, 2012).

Para Couto (2023), ao analisar o processo saúde-doença da população em situação de rua com base no conceito da determinação social da saúde, o qual se inicia na organização social do modo de produção capitalista, compreende-se que a saúde dessa população é a resultante das suas condições materiais de existência, as quais são determinadas pela forma de organização social da produção. A população em situação de rua historicamente é colocada à margem do processo produtivo, encontrando diferentes barreiras na satisfação de suas necessidades, o que reflete em suas condições de saúde.

Para além de incorporar o materialismo-histórico-dialético como método para refletir sobre a saúde das populações, é necessário conhecer o significado dado pelos próprios sujeitos aos diferentes processos de adoecimento. De acordo com Silva *et al.* (2019) devemos ressaltar a importância de considerar os estudos das percepções das pessoas sobre a saúde dando voz aos sujeitos, ou seja, entender o que é saúde e doença para a população em situação de rua.

Os estudos de Aguiar e Iriart (2012) e Paiva (2016) destacam como o processo saúde-doença nas ruas é atravessado pela luta por garantia de condições materiais de existência. Para a PSR, o corpo é um recurso, um instrumento indispensável para a garantia da sobrevivência; a concepção de saúde passa por afetar a capacidade de trabalhar ou de se locomover para buscar alimentos:

[...] 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, o organismo não suportar o sofrimento, enfraquecer e sucumbir (Aguiar; Iriart, 2012, p. 120).

A saúde pode ser considerada como parte das condições de existência, como expressão da forma, da maneira de viver possível num dado momento. Portanto, a vivência na rua constitui uma leitura importante para a compreensão do processo saúde/doença da PSR. A concepção ampliada de saúde demanda

considerar a habilidade que o indivíduo tem de superar incapacidades, utilizando o meio onde vive a seu favor, tendo a aptidão de responder satisfatoriamente a certas variações do mesmo (Canguilhem, 2009).

De acordo com Valle *et al.* (2020), a PSR acessa os serviços de saúde a partir de circunstâncias que interferem no dia a dia da vivência nas ruas, como doenças ou agravos que impossibilitam ou reduzem a mobilidade e outras ações para a sobrevivência; as pessoas que estão na rua possuem outras prioridades que não a saúde, como a preocupação com o local para dormir e dificuldades para obter alimentação.

Segundo Paiva *et al.* (2016), esse grupo heterogêneo possui características singulares influenciadas pelas histórias individuais, cultura, “anseios, valores, atributos, significados, estratégias de sobrevivência, entendimento particular da saúde, hábitos e condições de vida” que, diante das diversidades, demandam acolhimento e necessidades especiais. Tendo em vista as necessidades especiais desse público, torna-se primordial compreender todos os aspectos individuais e coletivos que os envolvem, ter claro o conceito de saúde de modo amplo, extrapolando a dimensão biológica e construindo estratégias que realmente possam influenciar o processo saúde-doença.

A dificuldade recorrente de acesso ao sistema de saúde, acrescida da luta diária pela sobrevivência, faz com que muitas pessoas em situação de rua, mesmo visivelmente adoecidas, neguem estar com qualquer problema de saúde. Tal fenômeno não costuma se dar por dissimulação, mas pelo silenciamento de sinais e sintomas que, pouco a pouco, foram se incorporando àquilo que o indivíduo passou a considerar como condição de normalidade para si. Caberá então como tarefa adicional às equipes de atenção à saúde dessa população apoiar o despertar do olhar do cidadão para si mesmo como alguém que pode encontrar uma nova “normalidade” de direito e de saúde mais compatível com a vida e a dignidade humana (ROCHA *et al.*, 2022, p. 7).

São múltiplos os determinantes que devem ser considerados na compreensão do processo de saúde. Os parâmetros curriculares de Educação para a saúde consideram como os fatores determinantes da condição de saúde questões biológicas como: idade, sexo, genética; o meio físico que vive, que abrange condições geográficas, características da ocupação, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de

habitação; assim como o meio socioeconômico e cultural, que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade da atenção por eles prestada (Hespanhol Bassinello, 2009).

A situação de rua torna o indivíduo mais vulnerável, sujeito a fatores de risco de adoecer com maior frequência, e nem sempre existem possibilidades de produzir condições para sua saúde. Os autores Aguiar; Ariart (2012), Farah e Caneiro Jr (2020) ressaltam várias dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde, sendo as essas relacionadas às necessidades básicas (sede, fome, banheiros, higiene pessoal); às mudanças climáticas (frio e chuva); psicossociais (preconceito, constrangimento, discriminação, falta de compaixão); para frequentar alguns espaços sociais (violência física e sexual); relacionadas ao trabalho (trabalho informal precário); com a saúde (vivência na rua com doenças crônicas estigmatizadas — epilepsia — e medo de passar mal na rua e não ser socorrido).

O processo saúde-doença é determinado pela forma como a sociedade se organiza para a construção da vida “em comum”, integrando o biológico e o social. As formas historicamente adotadas para conduzir sua vida social (trabalho, relacionamento interpessoal, escola, lazer), em função do padrão de desgaste ou potencialidades, do consumo e gasto de energia pelos indivíduos no processo de reprodução social, pode interferir para condições negativas e positivas. Possibilidade de sobrevivência ou os riscos de adoecer, de morrer (Aristides, Lima, 2009).

3.2. A Política Nacional de Saúde e a garantia do direito da população em situação de rua.

A conquista de direitos da PSR é bem recente, o Estado brasileiro optou, ao longo de muitos anos, por tratar essa população a partir da lógica de higiene social, operando por meio do aparato de segurança pública para expulsar essas

pessoas de seus locais de permanência. É bastante recente um movimento de reconhecimento da necessidade de garantia dos direitos sociais dessa população, almejando superar as tradicionais ações assistencialistas de cunho higienista e medicalizador, responsáveis por reforçar a sua invisibilidade (Couto, 2023).

A PNPSR, instituída pelo Decreto 7.053, constituiu também o Comitê Técnico de Saúde para essa população por meio da Portaria MS/GM n.º 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Foi uma conquista na garantia de direito à saúde, considerando suas atribuições:

- I – propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS;
- II – apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- III – elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;
- IV – participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e
- V – colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua (Brasil, 2009b., art. 2)

Em 2011, a PNAB foi revista e foi incluído o cuidado da PSR a partir da APS, com a criação do CnaR operacionalizado por equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (Brasil, 2012^a).

Os Consultórios na Rua surgiram em um contexto de ampliação dos direitos sociais no Brasil pela extensão de políticas públicas a populações que antes não tinham acesso a direitos básicos garantidos pela Constituição brasileira, de forma a intervir nos coeficientes de desigualdade social (Vargas e Marceta, 2018, p. 2).

As diretrizes de organização e funcionamento da equipe do Cnar foram definidas na portaria n.º 122, de 25 de janeiro de 2011, e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos pela PNAB. Sendo estabelecidas que as equipes devem desenvolver suas atividades in loco, de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas à APS e, quando necessário, também com

as equipes dos CAPS, e outros pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), dependendo da necessidade do usuário.

Uma garantia legal do direito à saúde da PSR também se estabelece por meio da Portaria MS/GM nº 940, de 28 de abril de 2011. O §1º, artigo 23, dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS, que qualquer pessoa tem o direito de ser atendida nas unidades de saúde, independentemente de apresentação de documentação.

Em relação ao direito à saúde, em 2012, foi formulado pelo Ministério da Saúde o documento orientador sobre o cuidado à saúde da PSR, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio do CnaR. Possibilitou a partir de equipes multiprofissionais o desenvolvimento de função prioritária nos cuidados primários, a prestação de assistência voltada aos agravos mais prevalentes das pessoas em situação de rua, com distribuição de insumos e orientações em saúde, e garantia do acesso às ações e serviços a partir da própria rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência emergência.

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua (Brasil, 2012b, p. 62).

Posteriormente, foi criado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Esta Resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS. Os objetivos gerais definidos no Plano são: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR.

As estratégias para promoção da saúde da PSR foram definidas no Plano, sendo divididas em cinco eixos: Eixo 1: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde; Eixo 2: Promoção e Vigilância em Saúde; Eixo 3: Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR; Eixo 4: Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e Eixo 5: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR (Brasil, 2013).

A PNAB do ano de 2017 traz, dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, o objetivo de “Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da UBS e, quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.); e “Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas” (Brasil, 2017).

De acordo com Vargas e Macerata (2018) a criação das equipes de Consultório na Rua (eCR) pode ser justificada pela grande vulnerabilidade das PSR, juntamente com a baixa capacidade da rede de atenção básica, além da sua organização está pautada no modelo de domicílio fixo para a definição de um território adscrito. Esse modelo impede o acompanhamento da dinâmica da rua e impõe uma barreira histórica no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. O trabalho do Cnar fundamenta-se em três planos de atuação: a rua; a sede/unidade de referência; e as redes institucionais (saúde e intersetoriais). A noção de planos ultrapassa a ideia de espaço como espaço físico euclidiano, fixo, imutável, com clara demarcação, visível, com fronteiras bem definidas.

O II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do SUS foi elaborado com as estratégias de: Promover o acesso humanizado da PSR à rede de atenção à saúde, em especial qualificando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha, Rede de Urgência/Emergência de forma

equânime, considerando as populações vulneráveis no âmbito do SUS; Fortalecer os Consultórios na Rua, de acordo com a Portaria n.º 122/GM/MS, de 25 de janeiro 2011, observadas as políticas e ações de redução de danos; Estimular as ações de busca ativa para favorecer a elevação dos indicadores de cura da tuberculose na PSR; Realizar processos de Educação Permanente e sensibilização de trabalhadores dos serviços de saúde, com destaque para os serviços da Atenção Básica e Equipes de Consultórios na Rua (eCR), para atendimento da PSR, tendo em vista suas especificidades, recorrendo ao apoio das Escolas Técnicas SUS e Escolas de Saúde Pública.

A PSR, historicamente, tem acesso limitado aos serviços de saúde e enfrenta uma gama de entraves que dificultam a concretização do direito à saúde. Essas dificuldades permanecem mesmo após a instituição da PNAB que instituiu os CnaR com objetivo de ampliar o acesso à rede de serviços de saúde promovendo atenção integral à saúde das PSR (Brasil, 2012a).

Inúmeros estudos no Brasil (Engstrom *et al.* (2020); Vargas & Macerata (2018); Paula (2018)) problematizam o direito à saúde da PSR a partir do trabalho desenvolvido pelos CnaR, que tem a potencialidade de ser uma das portas de entrada para a expansão da cidadania desta população a partir do seu reconhecimento enquanto detentor de direitos e enquanto profissionais capazes de trabalhar com ações que promovam a saúde. Mas o acesso não pode estar atrelado a uma equipe especializada é preciso avançar para que essa população tenha o status cidadão com reconhecimento de seus direitos (Sanchez, 2022).

Desenvolver políticas públicas, em particular no âmbito SUS, para que promovam o cuidado integral à PSR, é um grande desafio, tendo como principal porta de entrada a atenção básica, integrada à RAS ou a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), de forma a respeitar as especificidades dessa população. São vários os desafios no SUS para garantir o acesso da PSR aos cuidados de saúde, independentemente da existência de eCR no território (Engstrom, 2019)

A legislação mais recente que reforça o direito da PSR é a Resolução n.º 40 de 2020 que dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das PSR, de acordo com a PNPSR, reforçando no seu capítulo

VII os direitos humanos e saúde, trazendo a previsão de dotação orçamentária para ampliação dos CnaR e o estabelecimento de fluxo específico com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), CnaR e com as Unidades de Acolhimento Transitório da Saúde (Brasil, 2020).

3.3. O Consultório na Rua e a construção do direito à saúde

Como dito anteriormente, o direito à saúde foi conquistado na CF de 88, constituindo-se como um direito de todos e dever do Estado e implementado com a criação do SUS. No entanto, a PSR vivencia desafios no que diz respeito à concretização dos princípios constitucionais, principalmente na construção da integralidade do cuidado e a equidade. Uma grande conquista no direito à saúde da PSR foi a criação do Cnar inicialmente denominado Consultório de Rua (CR). Essa mudança se deu em função das reivindicações dessa população, que solicitava ser vista em sua integralidade, para além de problemas relacionados a transtornos psíquicos, álcool e outras drogas (Hino; Santos; Rosa, 2018).

O primeiro CR surge em 1999, em Salvador, na Bahia, vinculado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo um projeto-piloto criado em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob uso problemático de drogas. Em maio de 2004, o CR foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) de Salvador, seguindo até dezembro de 2006. Essa experiência, entre 1999 até 2006, permitiu a elaboração de considerações sobre a pertinência deste dispositivo, como alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas em situação de grave vulnerabilidade social, e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede (Oliveira, 2009).

Em 2009, a partir da experiência de Salvador, o MS propõe o CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com objetivo

ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua (Brasil, 2010).

O CR era composto por uma equipe volante, tendo composição mínima com formação multidisciplinar, constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais, além de oficinairos eventualmente no desenvolvimento de atividades de arte expressão (Brasil, 2010).

Essa modalidade de atendimento era extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial, promovendo a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. O CR foi considerado de grande relevância por ser uma proposta de clínica na rua, especializada para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (Brasil, 2010).

Criado para produzir cuidado às PSR, o CR faz parte das redes de saúde e intersetorial, nas quais insere-se na intenção de produzir uma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua, torna-se um importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde (Londero, *et al.*, 2014).

Os Consultórios de Rua são equipamentos de saúde com potência para promover articulações na rede intersetorial, uma vez que, ao atuar na ponta, com um público com especificidades tão complexas, com queixas e demandas múltiplas, necessitam de aliança com outros setores para dar retaguarda aos encaminhamentos, buscando romper o isolamento do setor saúde, construindo efetivamente parcerias eficazes e resolutivas, e que de fato atendam às necessidades da população (Brasil, 2010, p. 16).

Os princípios do SUS, norteadores da prática do CR, se baseiam na universalidade, integralidade e equidade. A universalidade de acesso à saúde, considerando a necessidade de acolher um segmento populacional em situação

de exclusão social, com objetivo de inserir esses usuários na rede SUS e conceder o direito à saúde pública, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde. A integralidade da atenção é assegurada pela multidisciplinaridade da equipe, que com seus olhares e saberes plurais pode acolher as demandas de ordem física, psíquica e social dos usuários. A equidade, que visa assegurar, "mais aos que têm menos", busca dar prioridade de atenção aos grupos que vivem em contextos socioeconômicos mais desfavoráveis, e por isso, com as piores condições de saúde geral (Brasil, 2010).

O CR era operacionalizado em duas etapas, a primeira incluía o mapeamento da cidade quando procurava-se identificar locais onde há uma maior concentração de jovens em situação de risco psicossocial e em uso de drogas. A etapa seguinte era a abertura de campo, com a identificação de lideranças do grupo ou da comunidade, para que, com seu aval, a equipe pudesse se instalar no território sem com isso interferir de forma invasiva no seu espaço de vida (Brasil, 2010).

A partir de 2004, em paralelo a experiência do CR começaram a se desenvolver outras experiências de equipes de Saúde da Família, voltadas exclusivamente para o atendimento às pessoas em situação de rua. Iniciadas em Porto Alegre, ocorrem também essas experiências em Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro, neste último a equipe ficou conhecida como sendo Estratégia Saúde da Família (ESF) Sem Domicílio ou ESF Pop Rua. Tanto o CR quanto as experiências do ESF Sem Domicílio tinham como objetivos a abordagens nos locais de parada dos usuários e a intersetorialidade (Londero *et al.*, 2014).

Em 2009, o Cnar torna-se parte integrante do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) no SUS, buscando minimizar a falha histórica da assistência das políticas de saúde voltadas para o consumo de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço de rua, tendo como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e inclusão social, o enfrentamento do estigma, ações de redução de danos e a intersetorialidade. Ocorreu assim a valorização da redução de danos, a partir

da Carta de Ottawa (1986), com o objetivo que as ações de promoção de saúde reduzam as diferenças no estado de saúde da população e assegurem oportunidades e recursos iguais de capacitação para que toda a população realize completamente seu potencial de saúde (Jesus, Lisboa, 2022).

O MS reconheceu a argumentação de que existiam outras necessidades além da atenção ao uso abusivo do álcool e outras drogas, e propôs, em 2011, a junção entre o programa CR e o programa Estratégia Saúde da Família Sem Domicílio. Dessa forma, as equipes de Consultório de rua foram desvinculadas da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, e integradas às equipes de Atenção Básica (AB) como uma ação para populações específicas, descrito na Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Londero *et al.*, 2014).

Posteriormente, por meio da Portaria n.º 122, de 25 de janeiro 2011, sobre a implantação das Equipe de Consultório na Rua (eCR), se estabelece um incentivo por parte do MS para que essas equipes se adequassem dentro das tipificações exigidas pela referida portaria e tornassem Consultório na Rua (Cnar). A mudança de nomenclatura, apesar de sutil, implicou na junção e mistura das lógicas de atenção, da saúde mental e da atenção básica, o que geraria a ampliação de recursos para lidar com as complexidades dos casos e do território (Louzada, 2015).

As eCR passam a ser equipes da atenção básica que integram a rede de atenção psicossocial atuando in loco, de maneira itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às UBS do território, e quando necessário, aos CAP), serviços de urgência e emergência, e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários (Brasil, 2012).

A portaria n.º 122/2012 estabelece que os municípios recebam incentivo financeiro do MS específico para as eCnR, que podem variar de acordo com as três modalidades de equipes preconizadas, com o mínimo de 80 e máximo de 1000 pessoas em situação de rua para cada equipe. Podendo as equipes dos Consultórios na Rua possuir as seguintes modalidades (Brasil, 2012, art. 3º):

- I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:
 - a) dois profissionais de nível superior; e
 - b) dois profissionais de nível médio;

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

a) três profissionais de nível superior; e

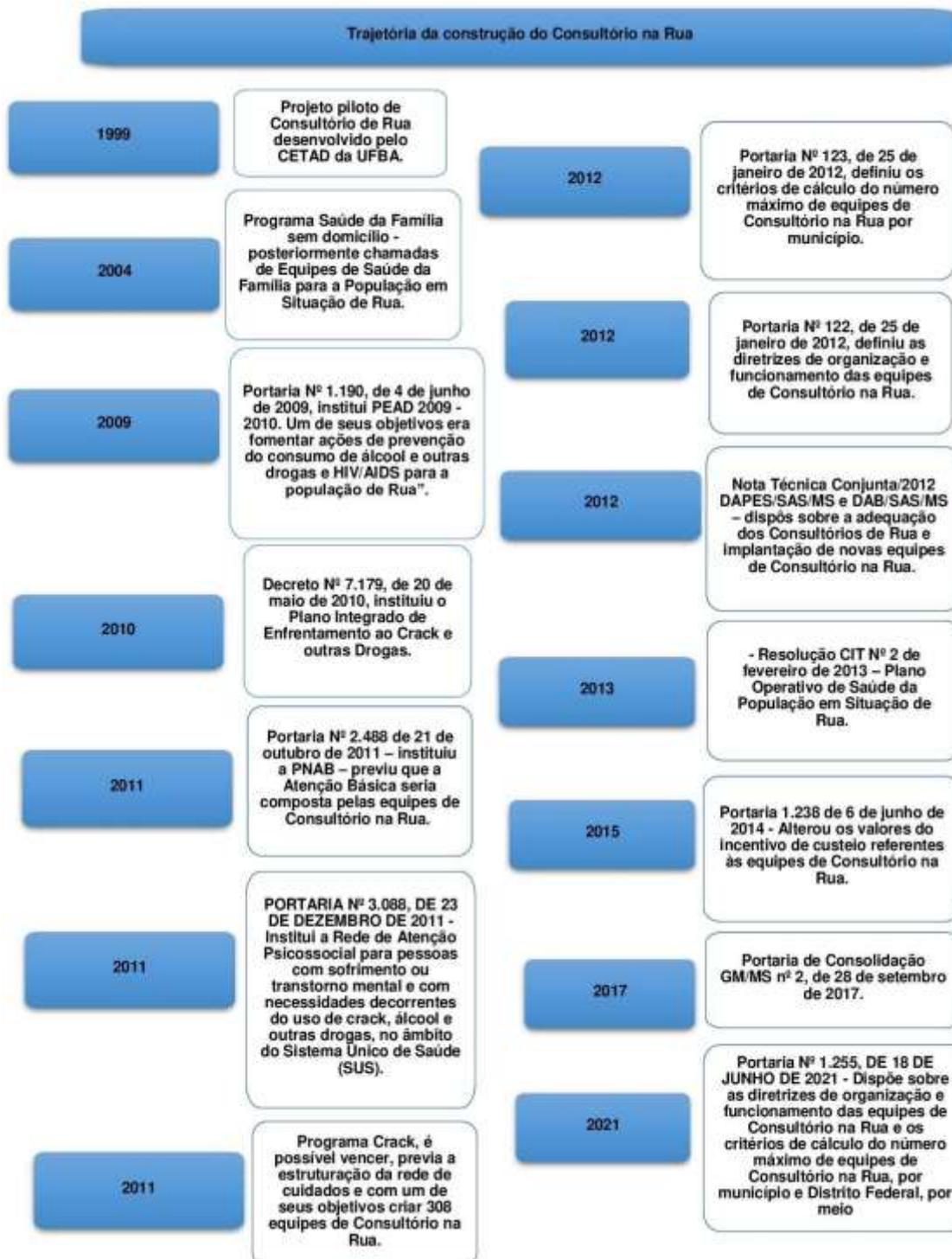
b) três profissionais de nível médio; e

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

O Cnar fundamenta-se em três planos de atuação: a rua; a sede/unidade de referência; e as redes institucionais (saúde e intersetoriais, (Londero *et al.*, 2014) Por esses planos perpassam toda a gestão e a produção do cuidado. A noção de planos ultrapassa a ideia de espaço como espaço físico euclidiano, fixo, imutável, com clara demarcação, visível, com fronteiras bem definidas. Tais planos estão presentes uns nos outros, tornando possível identificar influências e modos de atuar que um plano exerce sobre os outros. Assim, o plano afirma a dependência entre os diferentes espaços do trabalho, já que eles não se estabelecem como unidades estáveis (Vargas; Macerata, 2018).

O Cnar desenvolve seu trabalho no sentido de resgatar a cidadania e garantir os direitos, ressocializar, entender a dinâmica de vida, garantir o acesso ao SUS, empoderar os usuários, realizar um trabalho específico e não especializado, promover o cuidado da população em situação de rua e ser porta de entrada para a saúde (Londero *et al.*, 2014).

Quadro 4: Trajetória da construção do Consultório na Rua, segundo normativas promulgadas no período de 1999 a 2021.



Fonte: A autora, 2024.

É inegável a importância do trabalho desenvolvido pelo Cnar, considerando a sua função prioritária de cuidados primários e a garantia de acesso às ações e serviços de saúde para população em situação de rua. Inaugurando um novo olhar e modo de cuidar em saúde, diminuiu a invisibilidade dessa população em situação de vulnerabilidade, ampliando os cuidados de saúde.

O Cnar está vinculado a APS, que foi pensada desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, sendo em 2011 instituída a Política Nacional de Atenção Básica que prevê um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011).

Apesar dos incontestáveis avanços na garantia do direito à saúde da PSR, devido à sua forma de abordagem e à constituição de vínculos visando cuidados em saúde, a cobertura dos Cnar é pequena diante do quantitativo de PSR. Isso ocorre tanto pela restrição da oferta desse serviço à alguns municípios de médio porte e grandes cidades, quanto pela disponibilidade dos CnaR somente em determinadas áreas desses locais, conformando uma lacuna entre o direito à saúde da PSR e sua concretização nos espaços urbanos (Aguiar; Iriart, 2012).

Os dados sobre os serviços de saúde, de acordo a pesquisa MDHC (Brasil, 2023), entre dezembro de 2015 e dezembro de 2022, indicam um incremento de 82% no número de eCR, passando de 142 para 259 equipes, distribuídas em 145 municípios (menos de 5% do total de municípios com pessoas em situação de rua no país e 46% dos municípios com mais de 100.000 habitantes) (Brasil, 2023).

A PSR acessa mais frequentemente serviços de média e alta complexidade, quando o Cnar não está disponível na rede ou quando cobre de modo precário a totalidade do território. Hospitais, policlínicas e CAPSad, neste caso, são mais procurados do que os serviços de atenção básica à saúde, que, em tese, seriam as portas de entrada preferenciais para o SUS enquanto espaço

para a coordenação das ações de cuidado. O acesso aos serviços de saúde, nestas circunstâncias, fica restrito a situações graves de urgência e emergência, comprometendo a continuidade do cuidado (Aguiar; Iriart, 2012).

Ao considerarmos esses dados e principalmente os limites da abrangência do Cnar, ou mesmo sua inexistência em alguns municípios, cabe a ESF um papel de destaque na garantia do direito à saúde da população em situação de rua. A ESF constitui a porta de entrada do sistema de saúde, iniciando com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado (Brasil, 2012a).

Apesar do Cnar ser reconhecido como uma das estratégias para o estabelecimento de elo de ligação entre o serviço de saúde e a PSR, sendo uma possibilidade para a construção de vínculos que estimulem a ida dos usuários às unidades de saúde, mas o trabalho também é desenvolvido em parcerias com as unidades básicas de saúde e os CAPS.

Duas concepções centrais que fazem do Consultório na Rua um artesão da rede: a) os esforços em localizar as pessoas em situação de rua, em acolher, em construir um vínculo e em ouvir as queixas são ações que indicam o modo como se pensa o cuidado neste dispositivo assistencial; b) de outro modo, as tentativas de conexões com a rede, o encaminhamento, o acompanhamento e as articulações são outras ações que indicam o modo como são costuradas as redes e concebida a ideia de intersetorialidade. (MARTINEZ, 2015, p. 113).

De acordo com pesquisa realizada por Vale e Vecchia (2020), o principal obstáculo enfrentado pelo Cnar, para consolidar práticas de cuidado que ultrapassem o caráter biológico, é a efetiva articulação com os demais serviços de saúde para um trabalho em rede. Os autores enfatizam a dificuldade de integração com os demais serviços que constituem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ressaltam a dificuldade da comunicação entre os serviços de saúde, limitações influenciadas pela ausência de investimentos em tecnologias da informação, que direta ou indiretamente inviabiliza a acessibilidade e a integralidade da assistência à saúde voltada para a PSR.

Quando se considera a garantia do direito à saúde da PSR, a proposta de cuidado vai além do trabalho desenvolvido pelo Cnar, e evidencia-se a necessidade de que os serviços de saúde estejam articulados para promover o

cuidado na sua integralidade. O sistema de saúde contempla diversos serviços em diferentes níveis de atenção, e não é simples estabelecer a conexão com a rede de atendimento. Cada serviço com seus projetos institucionais, equipes diferentes, profissionais das mais variadas formações, divergências conceituais, dissonâncias, sendo poucos os consensos (Martinez, 2015).

No ano de 2010 a Portaria n.º 4.279 contemplou a criação das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (Brasil, 2010b). Posteriormente com o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 ocorreu a consolidação das normas sobre as redes do SUS, fortalecendo a estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Com a criação das RAS, a PSR foi incluída no eixo temático Rede de Atenção Psicossocial (Raps) tendo este como objetivos específicos: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) de acordo com a Portaria n.º 3088 de dezembro de 2011.

A Raps foi constituída pelos seguintes componentes: **I** - Atenção Básica em saúde, **II** - Atenção Psicossocial, **III** - Atenção de Urgência e Emergência; **IV** - Atenção Residencial de Caráter Transitório; **V** - Atenção Hospitalar e **VI** - Estratégias de Desinstitucionalização (Brasil, 2011).

Na Atenção básica formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde: 1. Equipes de Atenção Básica; 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas; 3.1. Equipe de Consultório na Rua; e 4.2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. 5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (Brasil, 2011).

São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (Brasil, 2011, art. 6.)

A rede de saúde vai além da preconizada na legislação RAS, com a inserção da necessidade de saúde da população em situação de rua apenas na temática da Raps. O cuidado da saúde na sua integralidade envolve uma multiplicidade de redes, de diferentes temáticas. De acordo com Martinez (2015) não existe apenas uma rede e mas várias redes, que a todo tempo se tecem, entre pessoas, casos, papéis, protocolos, materiais, equipamentos etc.

O Cnar e os demais serviços da atenção básica desenvolvem o seu trabalho tomando por base um território delimitado geograficamente, e que possibilita a criação de uma rede de cuidado articulada principalmente dentro da atenção primária. De acordo com Martinez (2015) as articulações são consideradas amarrações entre os mais diversos profissionais, que colocam em funcionamento estratégias e métodos que efetivam uma ação ampla, o suficiente para realizar o que se chama de “proteção integral” ao paciente.

Por outro lado, o trabalho desenvolvido dentro de uma base geográfica, de um território, muitas vezes limita o atendimento à população de uma área adscrita. Só quem reside na área, daquele território que tem acesso a determinada unidade. Essa limitação contribuiu para que pessoas fiquem “fora de área” instituindo uma lógica que utiliza esse termo em uma tentativa de invisibilizar e construir limites no acesso. A PSR sofre também com outro tipo de

limitação, pois é classificada como população “ficha extra”, “flutuante” e avulsa”, criando um estereótipo que reforçam a sua invisibilidade e passam a impressão equivocada de garantia do direito ao acesso, se constituindo em um grande desafio para a reorganização da rede (Lira *et al.*, 2019).

A fragilidade da atenção básica em identificar a PSR e reconhecê-la como usuária de todos os serviços que compõem a rede de atenção à saúde, independentemente de moradia e área adscrita, pode dificultar o acesso, contribuindo para que os serviços de urgência e emergência, historicamente tem se constituído na principal porta de entrada aos serviços de saúde no SUS (Lira *et al.*, 2019), atendem a demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento de outros serviços (Vale; Vecchia, 2020).

Apesar do direito à saúde não se restringir apenas ao atendimento em uma unidade de saúde, ou ao acesso a um tratamento, consideramos aqui o acesso aos serviços como uma dimensão relevante para a garantia do direito à saúde. A utilização dos serviços de saúde ainda é um desafio para a PSR, mesmo sendo um direito resguardado com a constituição e com a política de saúde baseada na igualdade do acesso e na garantia da equidade, ainda é possível observar traços de iniquidade em saúde.

A equidade em saúde é compreendida na perspectiva de aceitação da diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, com diretriz voltada para organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, para superar essas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações (Assis, 2012), que possibilitem o acesso e a utilização dos serviços na garantia da atenção integral e resolutiva.

3.4. A utilização dos serviços públicos de saúde

Apesar de o sistema de saúde brasileiro ter sido formulado para garantir acesso universal e igualitário para toda a população brasileira, ainda apresenta desigualdade no acesso e na utilização de serviços de saúde, principalmente a PSR que vivencia barreiras nos cuidados de saúde. Diversos estudos (Barata,

2008; Viacava, 2002; Travassos *et al.*, 2006) indicam que a utilização de serviços de saúde no Brasil reflete desigualdades sociais.

A partir da década de 90 os inquéritos domiciliares, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) passam a abordar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, morbidade referida, gastos com saúde e estilo de vida (Travassos; Martins, 2004). Neste trabalho não estamos tratando de uma pesquisa desse tipo, mas cabe trazer algumas informações que contribuam para a reflexão sobre a utilização dos serviços públicos de saúde.

Dada a complexidade do tema “utilização dos serviços de saúde” torna-se fundamental o debate e investigação acerca do uso de serviços de saúde e dos fatores relacionados. O uso de serviços de saúde está relacionado a uma grande variedade de fatores, e seus determinantes podem ser mais bem compreendidos por meio de modelos teóricos explicativos, aqui com ênfase no modelo comportamental apresentado por Andersen (1995), sendo referência em estudos. Através da evolução da discussão sobre o tema incorporou o conceito das crenças em saúde como um dos determinantes da utilização e foi ampliada a discussão acerca de novos determinantes, como a necessidade e o acesso, que foram incorporados pelos modelos subsequentes (Travassos; Martins, 2004; Pavão; Coeli, 2008).

Considerando o estudo de Andersen (1995) os determinantes do uso de serviços de saúde estão relacionados aos fatores de predisposição, de capacitação, de necessidade em saúde. O modelo indica a existência de uma relação entre esses três fatores, de forma que os fatores predisponentes influenciam os capacitantes. As necessidades representam o determinante mais próximo da utilização dos serviços de saúde. Em sua evolução, passa a explicar a utilização como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos fatores individuais, do sistema de saúde e do contexto social, da interação entre esses fatores e da experiência passada de utilização dos serviços (Travassos; Martins, 2004).

Os fatores predisponentes estão ligados ao fato de o indivíduo estar mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde. Encontram-se subdivididos em três categorias: os demográficos (idade e sexo, são aqueles que representam características biológicas predeterminadas), os da estrutura social (como

escolaridade, ocupação e raça, determinam o status do indivíduo na comunidade, sua habilidade em lidar com problemas) e as crenças em saúde (atitudes, valores e conhecimento sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, o uso de serviços) (Pavão; Coeli, 2008).

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. A necessidade em saúde inclui tanto o estado de saúde dos indivíduos, avaliado por profissionais, quanto a autopercepção de saúde dos pacientes. A necessidade percebida está relacionada à procura pelo cuidado e à adesão ao tratamento, e a necessidade avaliada relaciona-se mais ao tipo de tratamento que será realizado, após a consulta inicial (Pavão; Coeli, 2008).

Vários fatores influenciam o modo e a quantidade de consumo de serviços de saúde, no âmbito populacional, a determinação do consumo de ações e atividades de saúde passa por questão de idade, fator profundamente relacionado ao estado de saúde, enquanto entre os aspectos sociais podem ser citadas as questões de gênero, etnia, escolaridade, renda e classe social. (Barata, 2008).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à 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, ambulatórios), 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. A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e da

proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação) (Travassos; Martins, 2004, p190).

Travassos, Martins (2004) traz a ampliação da discussão do acesso, que em geral, está centrada na entrada inicial dos serviços de saúde (modelo de Andersen), no acesso dentro da dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Traz o deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos. Os autores defendem a importância de manterem-se as distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e acesso e efetividade dos cuidados prestados, processos correspondentes a um modelo explicativo distinto.

O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser associados a determinantes da oferta e determinantes da demanda (estado ou necessidade de saúde) (CESAR; GOLDBAUM, 2005, BARATA, 2008).

Freqüentemente os inquéritos de saúde incluem módulos referentes ao acesso e utilização de serviços de saúde, gerando informações fundamentais para a análise do acesso e utilização de serviços de saúde por áreas geográficas segundo características demográficas, sociais e de saúde. O estado de saúde ou o perfil de necessidades de saúde é um importante determinante da procura por serviços de saúde. A análise do perfil de uso dos serviços de saúde de diferentes grupos populacionais implica que as taxas de utilização sejam controladas pelo estado de saúde e padronizadas por idade e sexo. (VIACAVA, 2002, p. 614).

Dantas *et al.* (2021) destacam que entre os fatores que prejudicam o acesso à saúde estão o nível socioeconômico, a escolaridade, a cultura, as características geográficas dos usuários e dos serviços de saúde, e o pertencimento a determinado grupo. Esses fatores terão como consequência as desigualdades de acesso da população aos serviços.

O conceito de acesso aos serviços de saúde se relaciona às necessidades de saúde, à demanda, à oferta e ao uso desses serviços. Jesus e ASSIS (2010) apresentam um modelo de análise que considera o acesso universal aos serviços de saúde a partir de dimensões: Política, Econômico- social Organizacional, Técnica e Simbólica. A dimensão Política refere-se à Pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal), Participação social Acompanhamento do processo e Tomada de decisão. A econômico-social

refere-se aos investimentos na rede pública por esfera de poder e nível de complexidade. Barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas. Na dimensão organizacional considera-se a porta de entrada, o fluxo do atendimento, barreiras geográficas, regulação/referência/contrarreferência e avaliação. A dimensão Técnica a integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competência/habilidade autonomia e compromisso com o projeto terapêutico compartilhado (equipe e usuário) e qualidade da atenção. A dimensão simbólica considera o processo saúde-doença, cultura, crenças, valores Subjetividade (Jesus; Assis, 2010).

Para Travassos e Martins (2004) o acesso é um conceito complexo, nem sempre empregado de forma clara na sua relação com o uso de serviços de saúde, podendo ser considerado como ato de ingressar, entrada e indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Considerar o acesso aos serviços de saúde requer abordar a complexidade do tema de acordo Giovanella e Fleury (1995), Dantas *et al.*, (2021) e Starfield (2002). Para Starfield, o acesso aos serviços é compreendido como a capacidade de um grupo ou pessoa buscar e obter atenção ou não, o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde (Starfield, 2002, p225).

Para Travassos e Martins (2004) o acesso é entendido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento. O acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos. Considerando a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável.

Giovanella e Fleury (1995) compreendem que o acesso não se restringe apenas ao atendimento do indivíduo em um serviço de saúde, consideram quatro dimensões explicativas (política, econômica, técnica e simbólica). A dimensão política relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização

popular; o modelo economicista é referente à relação entre oferta e demanda; dimensão técnica é relativo à planificação e organização da rede de serviços; e a dimensão simbólica considera o modelo das representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde.

O acesso está relacionado a questões como a distância e o tempo da população em relação às unidades de saúde; a oportunidade; a funcionalidade, que se refere à capacidade que os serviços de saúde possuem de resolver os problemas trazidos pela população; os custos, que podem ser definidos como direitos (da atenção) indiretos (medicamento, salários, transporte); e aceitação do usuário ao modo da disponibilidade do serviço apresentado (Giovanella e Fleury, 1995).

A partir desses referenciais aqui problematizados sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, neste estudo para analisar como a PSR utiliza os serviços públicos de saúde ofertados no município de Niterói, as dimensões de análise contemplam fatores referentes às condições de vida na rua; as características demográficas e socioeconômicas; as necessidades de saúde, as crenças em saúde e a organização e características dos serviços, e os recursos disponíveis nas instituições de saúde.

3.5. A população em situação de rua e a utilização dos serviços

Para Cesar e Goldbaun (2005) estudos de utilização de serviços de saúde apontam que os fatores socioeconômicos determinam a utilização desses serviços, principalmente através das categorias necessidade em saúde e características dos serviços de saúde. Em uma sociedade marcada por desigualdades, as condições de vida são específicas de cada classe, seja em função dos rendimentos ou influenciadas por políticas públicas que assegurem acesso aos bens de consumo coletivo, entre eles, a escolaridade e os serviços de saúde. “Considere-se que os grupos mais pobres que têm maior carga de doença, tendem a utilizar menos os serviços de saúde se a acessibilidade do sistema não for favorável” (Cesar; Goldbaun, 2005, p. 188).

As condições de acesso e utilização dos serviços de saúde podem ser pensadas como parte dos aspectos que compõem a vulnerabilidade programática, ou seja, que possibilitam ou não, aos diferentes grupos sociais, o acesso aos recursos necessários para fazer frente a seus problemas de saúde. Entretanto, a vulnerabilidade no acesso e uso de

serviços de saúde relaciona-se também com as outras dimensões de vulnerabilidade, visto que as características demográficas e sociais são determinantes do uso de serviços, pelo lado da demanda (BARATA, 2008, p. 2)

O acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil refletem desigualdades entre grupos sociais distintos. Considerando a PSR, diversos estudos abordam as barreiras que dificultam o acesso da PSR aos serviços de saúde, com destaque para: Aguiar; Iriart (2012), Paiva *et al.* (2016), Lira *et al.*, (2018), Oliveira (2018), Hino; Santos; Rosa (2018), Hungaro (2019), Vale; Vecchia (2020), Melo (2020), Dantas *et al.* (2021); Paiva e Guimarães (2022) e Andrade *et al.* (2022).

Para Andrade *et al.* (2022), Jesus e Lisboa (2022) e Hino; Santos; Rosa (2018) a participação da PSR nos serviços de saúde é obstaculizada por barreiras referentes à necessidade da apresentação de documentos e comprovação de residência. Além disso, destaca-se o longo período de espera pelo atendimento e a fragilidade da escuta qualificada e do acolhimento das demandas e necessidades de saúde dessa população (Hino; Santos; Rosa, 2018).

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde e à educação em saúde, entrelaçados principalmente ao preconceito e à discriminação a qual a PSR está continuamente exposta (Hino; Santos; Rosa, 2018). Os fatores impeditivos relacionados ao acesso e à procura de serviços de saúde, aumentam os riscos de doenças, agravos e complicações de saúde nessa população (Vale; Vecchia, 2020).

O estudo de Jesus e Lisboa (2022) identificou que o despreparo dos profissionais de saúde e o estigma, preconceito, discriminação e atitudes higienistas com a sujeira, mau cheiro e o efeito de álcool e outras drogas, por parte dos profissionais da APS, UBS e SAMU, dificultou, inibiu ou, até mesmo, inviabilizou o acesso da PSR aos serviços de saúde, sem a companhia dos profissionais do Consultório na Rua.

Os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, frequentemente, não estão capacitados para o atendimento dessa população, já que desconhecem suas particularidades, homogeneizando-as sob estigmas e

rótulos. Persistem, ainda, problemas de acesso (referente à necessidade da apresentação de documentos, longo período de espera pelo atendimento, fragilidade da escuta qualificada e do acolhimento das demandas), ações de caráter paliativo e higienista, medicalizadoras, pautadas em um modelo unicausal e, no máximo, multicausal da doença (Paiva *et al.*, 2016).

O acesso aos serviços de saúde dessa população é dificultado pelo pouco conhecimento de alguns profissionais de saúde acerca da existência da Política Nacional para a PSR, regulamentada desde 2009 (Lira *et al.*, 2018). É desafiador capacitar profissionais que sejam aptos a atender as demandas para pessoas em circunstância de rua, pois se deve compreender a dinâmica do cuidado, considerando as necessidades postas pela vida na rua (Hino; Santos; Rosa, 2018).

Oliveira (2018), Hungaro (2019) e Paiva e Guimarães (2022) abordam que os serviços públicos ainda operam matizes de caridade, de dominação e subalternização, estigmas e rótulos que desqualificam a PSR enquanto sujeitos de direito. Além disso, a noção geográfica de território limita o atendimento a uma área adscrita e existem dificuldades no acolhimento dessa população. “A acessibilidade e universalidade às ações e serviços do SUS pelas pessoas em situação de rua, pode-se inferir que os princípios do SUS são colocados à deriva” (Paiva, *et al.*, 2022).

Um dos problemas que geram negligência no acesso à saúde pela PSR é o fato de os profissionais das unidades de saúde acreditarem que a PSR recebe todo cuidado de atenção à saúde nos Cnar, criando ideias equivocadas de que esse grupo não precisaria ir até as unidades de saúde (Granja e Lima, 2020). Mesmo que o cuidado à saúde da PSR no plano do SUS seja direcionado à atenção básica, existem burocracias no processo de acolhimento e dificuldades em criar vínculo com os locais de oferta de saúde devido ao caráter itinerante da PSR. (Silva *et al.*, 2019).

No estudo de Aguiar (2012) observou-se que existem muitas barreiras que dificultam o acesso desta população aos serviços de saúde, por isso a PSR tende a procurar esses serviços apenas em situações graves e urgentes. Torna-se necessário compreender suas peculiaridades, sua vida, seus problemas de

saúde e reconhecer que muitos desses problemas são frutos da desigualdade e da exclusão social. Essa população sofre a marginalização provocada pelo capital, tornando-se socialmente inútil e, portanto, socialmente excluída, mesmo de direitos humanos básicos e de garantia universal, como o acesso à Saúde (Melo, 2020).

Na reflexão sobre o direito à saúde da PSR, considerando o acesso aos serviços de saúde, cabe atentar para a dimensão organizacional, compreendendo a Porta de entrada do CnaR e o seu fluxo do atendimento, barreiras geográficas, e a dimensão a simbólica que configura o processo saúde-doença dessa população.

Em síntese, a partir das questões indicadas pela literatura que problematiza o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela PSR, foram destacadas no presente estudo as seguintes dimensões de análise: as condições de vida como habitação, acesso a água, higiene, alimentação; as características demográficas e socioeconômicas; as necessidades de saúde, as crenças em saúde e a organização dos serviços, os recursos disponíveis e as características da oferta.

CAPÍTULO IV: A População em Situação de Rua no município de Niterói e a garantia do direito à saúde.

Este capítulo apresenta o perfil sociodemográfico da PSR, os serviços públicos de saúde ofertados e as demandas e utilização dos serviços pela a PSR no município de Niterói e apresenta reflexões a partir da pesquisa de campo realizada, considerando as dimensões de análise anteriormente problematizadas. Aborda também os fatores que podem condicionar a utilização dos serviços públicos de saúde pela PSR de Niterói.

4.1. A População de Rua em Niterói: perfil e características

Como dito anteriormente, o perfil e as características gerais da PSR foram inicialmente identificados no Brasil com a pesquisa nacional em 2008 que contribuiu para evidenciar a complexidade da situação vivenciada por essa população no país e sinalizar a necessidade de formulação de estratégias de enfrentamento desse cenário por meio de políticas públicas. Posteriormente, outros estudos foram desenvolvidos e o mais recente foi realizado em 2023 (Brasil, 2023). As informações apresentadas a partir dos dados disponíveis nos cadastros dos sistemas de informação do Governo Federal possibilitam subsidiar o diagnóstico e as intervenções no âmbito das políticas públicas voltadas para essa população.

No contexto do município de Niterói, os dados sobre o perfil da PSR foram publicados em documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, divulgado em dezembro de 2021, intitulado “População em Situação de Rua de 2021”. O perfil socioeconômico da PSR em Niterói foi caracterizado a partir da base de dados do cadastro único nacional (CADÚNICO) tendo como referência o mês de setembro de 2021 (Niterói, 2021).

Esse documento apontou que no ano de 2021, 584 pessoas estavam em situação de rua em Niterói, conforme o CADÚnico, uma população majoritariamente do sexo masculino (86,9%,) e de adultos entre 18 e 59 anos. As mulheres eram minoria, correspondendo a 14,6% da amostra. A grande maioria das pessoas se referia como pretos ou pardos (75,5%) (Niterói, 2021).

Os principais motivos determinantes para estarem em situação de rua eram: desemprego (54%), problemas familiares/companheiro (a) (45%) e a perda de moradia (35%). O quarto motivo apontado foi o alcoolismo/drogas (18%), seguido por não especificado na ficha (14%), ameaça/violência (10%) e trabalho (6%). Outros motivos eram: tratamento de saúde (3%); preferência/opção própria (2%); 5% não respondeu e 1% não sabia/não se lembrava. Considerou-se que 38% (221 pessoas) dessa população não tinha contato com nenhum familiar que não estivesse também em situação de rua (Niterói, 2021).

O município de nascimento das PSR era, na maioria, o próprio município de Niterói (28,77%,) seguido do Rio de Janeiro (15,94%) e São Gonçalo (14,38%) (Niterói, 2021).

O relatório identificou, quanto ao domínio de leitura e escrita, que 89,7% sabiam ler e 10,3% não sabiam. Considerando a escolaridade, uma porcentagem expressiva cursou até o ensino fundamental, sendo 28,77% de 5ª a 8ª série, e 25,17% de 1ª a 4ª séries, seguido por aqueles que cursaram até o ensino médio (24,83%). (Niterói, 2021).

Ao analisar a variável de trabalho remunerado nos últimos 12 meses, o estudo ressaltou que 15% trabalharam, 83% não trabalharam e 2% não responderam, em branco. Em relação às ocupações ou atividades desempenhadas pela PSR para obtenção de renda, foram mais observadas as atividades de catador, seguido de outras atividades, a mendicância (ato de pedir esmolas) foi a quinta prática mais referida (Niterói, 2021).

Foram identificadas pessoas com deficiência, sendo que, dentre essas, 53,7% possuíam deficiência mental ou transtorno mental, 26,4% física, 15,7% visual e 4,1% auditiva (Niterói, 2021).

A pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável desenvolvida no período de 2020 a 2023, a partir das entrevistas realizadas nas ruas e nas unidades de acolhimento com a PSR adulta, possibilitou atualizar e ampliar o perfil dessa população em Niterói. O documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, com base nos dados do CADÚnico com referência ao mês de setembro de 2021, contemplou apenas a PSR que acessou algum serviço da

assistência social no município e teve seu cadastro inserido na base do governo federal.

De acordo com a pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e sustentável, a PSR tem prevalência do sexo masculino 77,71%, com a faixa etária entre 40 e 49 anos, 22,29%. Identificou que 50,32% das pessoas entrevistadas se declararam “pardas”, e 36,31% “pretas”, logo a grande maioria dos entrevistados eram de etnia negra, considerando a soma de pardos e pretos (Senna *et al.*, 2023).

A faixa etária predominante é a de 40 a 49 anos (28,1%), seguida pelas faixas de 30 a 39 anos (27,4%) e de 50 a 59 anos (18,5%). As faixas etárias mais jovens (de 20 a 29 anos) e os maiores de 60 anos representam 19,1% e 7%, dos entrevistados (Senna *et al.*, 2023).

Os principais motivos apontados para a situação de rua foram os problemas familiares (41,4%), seguido do desemprego (22,9%), uso abusivo de drogas e outras drogas (15,3%) e a violência urbana nos territórios de origem (12,1%) (Senna *et al.*, 2023).

O próprio município de Niterói se destaca como o local de nascimento mais comum, representando 19,8% dos respondentes; seguido pelo Rio de Janeiro, com 19,1%; e por São Gonçalo, com 14%, municípios esses que fazem divisa com Niterói (Senna *et al.*, 2023).

A maioria dos respondentes (82,2%) afirmou saber ler e escrever, contrastando com os demais 17,8% dos entrevistados que não sabem; possui apenas Ensino Fundamental incompleto 62,4% e 8,9% completaram o Ensino Fundamental. Em relação ao Ensino Médio, 7,6% têm esse nível de escolaridade incompleto, mesmo percentual dos que declararam ter concluído o Ensino Médio, e 1,9% das PSR informaram possuir Ensino Técnico completo (Senna *et al.*, 2023).

Dos entrevistados, 49,7% afirmaram que trabalhavam em empregos informais e atividades de reciclagem foi o tipo de trabalho mencionado pela maioria dos entrevistados 56,6%. Em seguida, 37,4% dos entrevistados indicaram que são vendedores ambulantes, comercializando diversos produtos

nas ruas. Outras atividades incluem trabalhar como flanelinhas ou tomar conta de carros, representando 9,6% da amostra (Senna *et al.*, 2023).

Referente à dificuldade física, 72,1% não possui dificuldade, os que possuem relatam dificuldade para enxergar (12,2%) e dificuldade para se locomover (10,9%). Uma parcela menor dos entrevistados mencionou ter dificuldades auditivas (2,7%) e 72,1% afirmaram não possuir nenhuma dificuldade física (Senna *et al.*, 2023).

A pesquisa também ampliou as informações da situação de saúde da PSR e os problemas de saúde relatados foram: dependência química (23,8%), alcoolismo (20,04 %); depressão (13,6%) Hipertensão (12,9%), problemas de saúde bucal (7,5%), doenças respiratórias (6,8%), diabetes (6,1%), problemas cardíacos (6,1%), doenças crônicas como artrite, artrose, reumatismo e dor na coluna (5,4%), HIV/aids (5,4%), colesterol alto (4,8%), tuberculose (4,8%), problemas de saúde mental (3,4%), problemas decorrentes de acidentes (3,4%), hérnia de disco (2,7%), doenças do aparelho digestivo/intestinal (1,4%), epilepsia (1,4%), hanseníase (1,4%), hepatite (1,4%), infecções de pele (1,4%) e sífilis (1,4%). Além disso, 27,2% dos entrevistados informaram não ter nenhum problema de saúde (Senna *et al.*, 2023, p.193).

Nos estudos realizados em Niterói, foi observado o mesmo perfil da PSR indicado na pesquisa nacional realizada em 2008 (Brasil, 2009) e, também, em 2022 (Brasil, 2023), ou seja, uma população majoritariamente composta por homens, adultos e negros. Sendo esse o perfil identificado ao longo dos anos não ocorreu uma mudança no perfil dessa população, mesmo que o país já dispondo de dados sobre quem está em situação de rua, o que possibilitaria a construção de políticas direcionada a essa realidade, cada dia mais cresce o número de PSR no Brasil (Brasil, 2023).

As duas pesquisas desenvolvidas no município de Niterói identificaram os mesmos três principais motivos que determinaram a situação de rua: problemas com a família; desemprego e problemas com drogas, também identificados na última pesquisa nacional (Brasil, 2023).

Na primeira pesquisa realizada com base no CADÚNICO ficam mais evidentes algumas características da PSR que estão relacionadas aos critérios

de inclusão nos programas sociais, tais como: ausência de trabalho nos últimos 12 meses, sendo que 83% não trabalhou, como também a maior proporção de pessoas com deficiência mental ou transtorno mental (53,7%), física (26,4%) e visual (15,7%).

Observou-se uma diferença entre os resultados das pesquisas, considerando o perfil da PSR em Niterói, referente ao local de nascimento dessa população. Na primeira pesquisa com base no CADÚNICO, a população nascida em Niterói representava 28,7%, seguida pelos nascidos no Rio Janeiro (15,94%). A última pesquisa identificou quase o mesmo quantitativo de pessoas que nasceram em Niterói 19,8% e Rio de Janeiro 19,1%. Em Niterói, houve um aumento da PSR nascida em outros municípios.

O perfil da PSR de Niterói é uma informação pública, que pode contribuir para pautar a criação de novas políticas públicas mais eficientes e direcionadas para as necessidades dessa população, que contribuam para reverter situações de exclusão social e de vulnerabilidade que colocam esses sujeitos à margem de uma sociedade que exclui e estigmatiza. A PSR precisa de fato acessar os direitos básicos a partir de políticas sociais que garantam especialmente a dignidade humana.

4.2. A Rede pública de saúde em Niterói e a oferta de serviços para a População em Situação de Rua

O atual Sistema público de Saúde no Brasil é fruto de um longo processo de construção política e institucional que ganhou maiores expressões na década de 70 com o movimento de reforma sanitária. Esse movimento teve forte influência na elaboração da CF de 1988 com a proposta de descentralização da gestão, buscando aprimorar de forma qualitativa os precários serviços de saúde prestados à população.

O texto constitucional, da Ordem Social, Capítulo II, Seção II – Da Saúde, ressalta os princípios da universalização do atendimento e a descentralização da gestão. Posteriormente objetivando tornar o dispositivo constitucional eficaz,

uma série de leis, normas e portarias foram publicadas, como Normas Operacionais Básicas (NOBs), Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 e Lei n. 8.142 e Instrução Normativa n. 98 foram criadas e até hoje vêm sendo ampliadas com outros dispositivos legais.

Essa legislação reconhece que o município é o principal responsável pela saúde da população, passando a ter responsabilidade sobre as ações e os serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, a partir de um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada. A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde inserem-se o conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica (CONASS, 2003).

O município de Niterói iniciou a organização da rede de saúde em 1979, sendo um dos primeiros municípios a estruturar uma rede de saúde hierarquizada com um conjunto de unidades de APS, com equipes multiprofissionais e agentes comunitários de saúde nos territórios. Em 1989 antecipando-se à implantação do SUS, foi promovido um processo de municipalização da gestão incorporando unidades dos níveis federal e estadual, reforçando a organização hierarquizada da rede (Junior *et al.*, 2020).

Em 1992, a Fundação Municipal de Saúde (FMS), implantou uma proposta de ampliação da APS como uma estratégia de equidade, com o Programa Médico de Família (PMF), nas áreas de maior risco social e ambiental do município, sendo desenvolvido a partir de colaboração técnica-científica entre Cuba e Niterói, estabelecendo forte territorialização, aprofundando a articulação comunitária (Niterói, 2018).

Seu pioneirismo serviu de inspiração para a criação, por parte do MS, do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e, posteriormente, da ESF, em 2006, bem como dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, a partir da sua experiência com as equipes de supervisão. As equipes do PMF, inicialmente compostas apenas por médico e técnico de enfermagem, receberam incrementos com a inserção dos enfermeiros e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também puderam contar com o apoio de cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal, além de ampliarem as

categorias que oferecem apoio técnico especializado, com a implantação dos NASF e do Cnar (Niterói b., 2021).

Esse modelo de atenção à saúde, implementado na década de 90, passa por modificações no Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021, com a proposta de ratificar o papel da APS como indutora do processo de organização da atenção à saúde. Reconhece que este é o primeiro nível da atenção, mas não o exclusivo. A proposta de implantação/implementação gradual das RAS, considerando que sua organização tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica e mais eficaz (NITERÓI, 2018).

A RAS tem como objetivo a oferta de cuidado integral à pessoa. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção à saúde com a Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que a APS é o primeiro nível de atenção, com funções resolutivas dos problemas mais comuns de saúde, sendo também responsável pela coordenação do cuidado da(a) usuária(o) em todos os pontos de atenção à saúde. É importante ressaltar que todos os pontos de atenção são igualmente importantes, diferenciando-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas ofertadas por cada um. (NITERÓI, PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022, p. 24).

A administração da RAS do município é composta pelo Secretário de Saúde e também pelo presidente da Fundação Municipal de Saúde (FMS), sendo este último descentraliza a gestão da RAS em duas Vice-Presidências, a Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar (VIPAHE), ainda existindo um sistema é composto pela Central de Regulação (CREG) e pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde) (Niterói, 2022).

De acordo com diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Brasil, 2010b.), os níveis de atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial, estruturados por meio de arranjos segundo as densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (Brasil, 2010 b.) A rede assistencial de Niterói está organizada, segundo

níveis de complexidade, em APS, Média e Alta Complexidade, composta por diversos equipamentos de saúde, de acordo com tabela a seguir:

Tabela 1: As unidades de saúde do município de Niterói, por nível de atenção.

(Continua)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
MÓDULOS MÉDICO DE FAMÍLIA
Unidade
MMF do Matapaca “Dr. Aberlado Ramirez”
MMF do Sapê
MMF da Ititioca “Dr. Wilson de Oliveira”
MMF do Maceió “João Sampaio”
MMF da Grota I “José Marti I”
MMF do Badu Dr. Barros Terra “Prof. Barros Terra”
MMF da Grota II “José Marti II”
MMF do Cantagalo “Haidée Santa Maria”
MMF do Atalai “Salvador Allende”
MMF do Engenho do Mato “Willian Soller”
MMF da Colônia
MMF do Maravista “Cte. Manoel Pinheiro Lozada”
MMF de Varzea das Moças “Dr. Tobias Tostes Machado”
MMF do Cafubá I “Ernesto Che Guevara I”
MMF do Cafubá II “Ernesto Che Guevara II”
MMF do Cafubá III “Alberto Ricardo Hatin”
MMF da Leopoldina Julio Dias Gonzales
MMF do Maritimos “Carlos Rafael Rodriguez”
MMF do Marui “Jorge Luiz Camacho Rodrigues”
MMF da Nova Brasília “Antonio Níco Lopez”
MMF Zilda Arns Baldeador “Deputado José Sally”
MMF da Vila Ipiranga “Vilma Espin”
MMF do Coronel Leoncio “Dr. Claudio do Amaral”
MMF do Viçoso Jardim “Tayssa Erminda Alves”
MMF da Teixeira de Freitas “Dr. Antonio Peçanha”
MMF do Caramujo “Dr. Aloisio Brazil”
MMF do Morro do Céu “Faustino Perez”
MMF do Jonathas Botelho “Jose Suares Blanco”
MMF do Bernadino Raul “Carlos Pareto Jr.”
MMF do Morro da Boa Vista “Italo Gomes”
MMF da Ilha da Conceição Dr. Ruy Carlos Decnop “Cé- lia Sánchez”
MMF da Ponta da Areia
MMF do Vital Brazil “Carlos Juan Finlay”
MMF do Viradouro “Camilo Cienfuegos”
MMF do Preventório I “Abel Santa Maria”
MMF do Souza Soares “Jose Antonio Echeverria Bianchi”
MMF do Preventório II “Calixto García”
MMF de Jurujuba “Mario Munhoz Monroe”

Tabela 1: As unidades de saúde do município de Niterói, por nível de atenção.

(Continuação)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
MÓDULOS MÉDICO DE FAMÍLIA
Unidade
MMF do Martins Torres “Dr. João Vasconcelos”
MMF do Cavalão “Frank Pais Garcia”
MMF do Alarico “Dr. Omar Marinho Vieira”
MMF do Palácio “Jesus Montañez”
MMF Enoc Joaquim de Oliveira “Jacaré”
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
Unidade
UBS Centro Dr. Eduardo Imbassay
UBS Engenhoca
UBS Morro do Estado Dr. Mario Pardal
UBS Santa Bárbara Adelino de Mendonça e Silva
POLICLÍNICAS REGIONAIS
Unidade
Policlínica Regional Dr. Carlos Antônio da Silva
Policlínica Regional Dr. Sérgio Arouca
Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March
Policlínica Regional do Largo da Batalha Dr. Francisco da Cruz Nunes
Policlínica Regional de Itaipu Assistente Social Maria Aparecida da Costa
Policlínica Regional De Piratininga – Dom Luiz Orione
Policlínica Regional do Barreto Dr. João da Silva Vizella
Policlínica Regional da Engenhoca Dr. Renato Silva
ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
POLICLÍNICAS DE ESPECIALIDADE
Unidade
Policlínica de Especialidades Dr. Sylvio Picanço (PESP)
Policlínica de Especialidades em Atenção à Saúde da Mu- Iher Malu Sampaio (PEMS)
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Unidade
CAPS II Casa do Largo
CAPS II Herbert de Souza
CAPS AD Alameda
CAPSi Monteiro Lobato
UNIDADE DE ACOLHIMENTO
Unidade
Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

Tabela 1: As unidades de saúde do município de Niterói, por nível de atenção.

(Continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
AMBULATÓRIOS AMPLIADOS DE SAÚDE MENTAL
Unidade
Ambulatório Ampliado de Saúde Mental – Policlínica Regional Sérgio Arouca
Ambulatório Ampliado de Saúde Mental – Policlínica Regional João Vizella (Ambulatório de S Mental do Barreto)
Ambulatório Ampliado de Saúde Mental – Policlínica Regional Carlos Antônio da Silva
Ambulatório Ampliado de Saúde Mental —Policlínica do Largo da Batalha
Ambulatório Ampliado de Saúde Mental – Hospital Psiquiátrico de Jurujuba
Ambulatório Ampliado de Saúde Mental da Região Oceânica – Policlínica de Piratininga
Ambulatório Ampliado de Saúde Mental do Fonseca – Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor M
CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA
Unidade
Centro de Convivência e Cultura de Niterói
SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS
Unidade
Serviço de Residência Terapêutica Centro
Serviço de Residência Terapêutica Pendotiba
Serviço de Residência Terapêutica Preventório
Serviço de Residência Terapêutica Charitas
Serviço de Residência Terapêutica São Francisco
Serviço de Residência Terapêutica Preventório
Serviço de Residência Terapêutica Preventório
Serviço de Residência Terapêutica Preventório
Serviço de Residência Terapêutica São Lourenço
UNIDADES/SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO
Unidade
SPA 1 – Serviço de Pronto Atendimento do Largo da Batalha
SPA 2 – Serviço de Pronto Atendimento da Engenhoca
Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mário Monteiro (UPA III)
MATERNIDADE DE BAIXO RISCO
Unidade
Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira
HOSPITAL CIRÚRGICO
Unidade
Hospital Orêncio de Freitas
HOSPITAL GERAL
Unidade
Hospital Carlos Tortelly
HOSPITAL PEDIÁTRICO
Unidade
Hospital Pediátrico Getúlio Vargas Filho (Getulinho)

Tabela 1: As unidades de saúde do município de Niterói, por nível de atenção.

(Conclusão)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	
Unidade	
Hospital Psiquiátrico de Jurujuba	
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)	
Unidade	
2 bases descentralizadas do SAMU	
REDE ESTADUAL EM NITERÓI	
Unidade	
Hospital Estadual Azevedo Lima (Hospital Geral)	
UPA 24h Niterói (UPA III)	
Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (Hospital Especializado)	
Polo SAMU Metropolitana II	
REDE FEDERAL EM NITERÓI	
Unidade	
Hospital Universitário Antônio Pedro (Hospital Universitario)	

Fonte: Carteira de serviços programa médico de família versão profissionais de saúde e gestores elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (Niterói, 2022).

Na APS, além dos Módulos Médico de Família (MMF), os serviços de primeiro contato são oferecidos por 4 UBS e 8 Policlínicas Regionais. O PMF é composto por 43 Módulos Médico de Família, assim chamadas as unidades de saúde do PMF, com 104 equipes de saúde da família e 28 equipes de saúde bucal, 2 equipes do CnR e 5 equipes NASF, responsáveis pelo atendimento de cerca de 223 mil pessoas em todo o município, considerando como base dados de abril de 2021 (Niterói.b, 2021).

Considerando a PSR, o serviço do CnaR com as equipes é responsável por articular e prestar atenção integral à saúde dessa população ou com características análogas em determinado território, nas unidades básicas de saúde e unidades móveis. No município de Niterói, a eCR é composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes sociais (Niterói.b, 2021).

São ações importantes para as equipes de Consultório na Rua, que atuam em territórios com concentração maior de população em situação de rua onde não há cobertura de eSF. A aproximação junto às pessoas em situação de rua por meio de visitas sistemáticas ao território visa a construção de acolhimento e vínculo, para cadastramento e oferta de cuidado na própria rua ou na unidade de saúde onde a eCR está localizada. Diferentemente das eSF, que trabalham com território adstrito e domicílios previamente delimitados, para as eCR a atuação territorial é mais imprecisa e dinâmica, variando de acordo com a intensa mobilidade e migração da população em situação de rua em toda a extensão do município (Niterói.b, 2021, p. 46).

São atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Consultório na Rua, além daquelas a todos os profissionais que atuam no PMF/APS: Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de UBS ou MMF do território onde está atuando, sempre articuladas e em parceria com as demais equipes que atuam na APS do território, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais equipamentos da RAS e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil (Niterói.b, 2021, p. 26).

O Cnar atua em todo o território da cidade de Niterói, mais intensamente nas áreas de maior concentração de PSR, está sediado no mesmo prédio da Policlínica de Especialidades em Atenção à Saúde da Mulher Malu Sampaio e da UBS do Centro, área marcada por movimento noturno relevante de bares, ambulantes, como também pontos de prostituição e fluxo de pessoas que buscam acesso à rede de transportes em todos os turnos do dia (NITERÓI, 2022).

Atualmente, o Cnar contempla duas equipes e segue o modelo da APS, atendendo às especificidades de demandas e necessidades da PSR. Ele não é a única porta de entrada da PSR no SUS. O município de Niterói apresenta uma rede de serviços de saúde ampla, mas que não necessariamente garante serviços acessados pela PSR, considerando princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da equidade no acesso às ações e serviços de saúde e da integralidade da assistência básica constituinte do SUS. Alguns serviços desempenham papéis importantes na facilitação do acesso da PSR aos serviços de saúde sendo a atuação da atenção primária, por meio das equipes

de consultório de rua e de equipes especializadas, como os CAPS e serviços de assistência social (Andrade *et al.*, 2022).

O documento “Carteira de serviços programa médico de família versão profissionais de saúde e gestores” elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (Niterói, 2022, p 96) contempla as ações de atenção à saúde da PSR na prática da APS, considerando a promoção de acolhimento na abordagem à PSR; inclusão da PSR na atenção integral à saúde e intersetorialidade na atuação para a PSR. Sendo as seguintes ações:

- Realizar ações de promoção, prevenção e cuidados básicos em saúde nos espaços da rua, na unidade móvel e também nas unidades de saúde;
- Acolhimento e construção de vínculos;
- Atuar na perspectiva de redução de danos;
- Realizar diagnóstico situacional dos territórios da cidade com nichos de concentração de população em situação de rua;
- Realizar ações de educação permanente e promoção da saúde no território;
- Possibilitar o acesso à rede de serviços de saúde que integram a rede SUS;
- Coordenar os cuidados voltados à pessoa em situação de rua;
- Realizar atenção integral aos agravos mais prevalentes junto às pessoas em situação de rua;
- Garantir acesso aos medicamentos de acordo com as diversas condições clínicas;
- Garantir assistência e cuidado em todos os ciclos de vida da população em situação de rua;
- Garantir cuidado e proteção social às crianças e adolescentes em situação de rua;
- Fortalecer ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua;
- Realizar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN);
- Realizar atenção à saúde da mulher e ao pré-natal das gestantes em situação de rua;
- Fortalecer ações de atenção à saúde bucal das pessoas em situação de rua;

- Realizar atenção integral a pessoas em situação de rua em caso de violências;
- Realizar parcerias para o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento;
- Potencializar a inclusão social, a cidadania e a garantia de direitos sociais;
- Possibilitar o acesso aos albergues e moradias presentes no território;
- Desenvolver ações intersetoriais que colaborem com o acesso à documentação civil;
- Realizar articulação intersetorial de acordo com a necessidade da população de rua.

Essas ações contemplam uma proposta de orientação para os profissionais de saúde, na perspectiva de garantir acolhimento, acesso, assistência integral na atenção primária, como também articulação intersetorial no cuidado da saúde da PSR. Podemos considerar uma cartilha que contempla orientação de ações no fortalecimento do cuidado da PSR tornando-as mais visíveis no sistema de saúde, contribuindo para de fato para a promoção, proteção e defesa dos direitos humanos dessa população, de acordo com a Política Nacional para PSR.

Niterói ainda não formulou uma política municipal para a PSR e o objetivo da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável foi sinalizar princípios e as diretrizes para orientar a política municipal. Considerando o direito à saúde da PSR foram apresentadas as seguintes recomendações:

1. Assegurar às pessoas em situação de rua o direito à cidade, garantindo seu direito de ir, vir e permanecer nos espaços públicos, sendo vedada a remoção desses espaços devido ao fato de estarem em situação de rua;
2. Proibir ações vexatórias e violadoras dos direitos das pessoas em situação de rua nas abordagens sociais;
3. Proibir a apreensão e/ou o recolhimento de quaisquer documentos e pertences das pessoas em situação de rua, seja por agentes públicos ou privados, haja vista se configurar violação aos direitos dessa população;
4. Garantir condições mínimas e adequadas para sobrevivência e dignidade da PSR, como o acesso gratuito a banheiros públicos, locais para higiene pessoal, água potável e segurança alimentar;
5. Assegurar a oferta de espaços adequados e seguros nos quais a PSR possa guardar seus pertences pessoais;

6. Fomentar ações de mobilidade territorial específicas para a PSR, garantindo gratuidade nos transportes públicos;

7. Realizar campanhas e ações educativas que combatam estigmas, preconceitos e discriminações contra as pessoas em situação de rua e reconheçam-nas como cidadãos de direitos (Senna *et al.*, 2023, p. 237).

Esses princípios e diretrizes foram construídos a partir dos resultados da pesquisa de campo e debatidos por pessoas em situação de rua, profissionais, gestores, pesquisadores, alunos, representantes de movimentos sociais e instâncias de controle social, grupos sociais, representantes do Legislativo municipal e do Ministério Público, entre outros, no encontro promovido pelo projeto em março de 2023 na realizado na UFF (Senna *et al.*, 2023).

Niterói é um município que dispõe de uma rede de serviço de saúde ampla, (Tabela 1), dentre elas 15 instituições de diferentes níveis de atenção à saúde participaram da pesquisa, sendo 08 da atenção básica, 02 secundários e 05 de atenção terciária. Importante entender as ofertas de serviços em diferentes níveis, as demandas são diversas quando pensamos no direito à saúde da PSR.

Considerando as entrevistas desenvolvidas com as instituições de saúde, apenas o Cnar, instituição da APS, atende exclusivamente a PSR, tendo como proposta de trabalho ofertar atenção integral à saúde dessa população, assunto já abordado neste trabalho.

As instituições de saúde, na sua maioria, 86,7% atendem todos os segmentos da PSR (Senna *et al.*, 2023). De acordo com o princípio do SUS que prevê a universalidade no atendimento, contemplando: Homens, Mulheres, Crianças e adolescentes, adultos (18 a 59 anos), Idosos (acima de 60 anos), Migrantes/refugiados, LGBTQIA+, Pessoas com deficiência (física, mental ou sensorial), Mulheres com crianças, Gestantes, Famílias, Pessoas na rua há menos 2 (dois) anos, Pessoas na rua entre 2 (dois) a 5 (cinco) anos, Pessoas na rua há mais de 5 (cinco) anos. Mas sabemos que algumas instituições de saúde são instituídas com diretrizes para atender um determinado segmento, como Maternidade, Equipe de Referência Infanto-Juvenil para ações de atenção ao uso de Álcool e outras Drogas e Ambulatório Trans.

Desse mesmo modo, podem ser analisados os recortes na Política de Saúde, que possui como princípio doutrinário a universalização do

acesso, que garante que todos os indivíduos têm direito a acessar os serviços públicos de saúde em todos os níveis de atenção. Possíveis recortes de perfil de público podem se dar em conformidade ao tipo de serviço de saúde prestado, como no caso dos Caps, que possuem um equipamento específico para atendimento a crianças e adolescentes, o Capsi. Do mesmo modo, a maternidade municipal tem como público-alvo mulheres cis ou homens trans em processo de pré-parto, parto e pós-parto imediato (Senna *et al.*, 2023, p. 98).

As instituições de saúde possuem cadastro da PSR tendo como principais informações: Nome, data de nascimento, naturalidade, documentos (100%), também contempla filiação e situação de saúde (93%) e escolaridade, profissão e cor/raça (87%). Atendem a PSR que acessa o serviço, na sua maioria por demanda espontânea (93%), seguindo por encaminhada por outra instituição pública (73%); por determinação judicial (53%) (Senna *et al.*, 2023). Os que chegam por busca ativa realizada pela instituição representam 40%, podemos considerar o trabalho de algumas instituições da atenção básica que realizam essa abordagem como ESF e CnaR.

Como problema para atender a PSR, as instituições de saúde informam a ausência ou baixo nível de apoio/articulação das políticas públicas (47%) e ausência de profissionais qualificados (47%). É uma realidade a falta de capacitação e treinamentos para os profissionais do setor de saúde, que não sabem lidar com as especificidades da PSR (Dantas, 2007) que também podem contribuir para ausência atendimento humanizado e de uma escuta qualificada, e até para posturas profissionais com estigmas e preconceitos com essa população.

Outros problemas também foram identificados por 40% das instituições, tais como ausência de insumos necessários ao trabalho (tecnológicos, material de escritório, de alimentação, jogos, material de leitura, material de limpeza e higiene etc.), ausência ou má qualidade de materiais permanentes, insuficiência de profissionais, problemas de relacionamento com equipes de outras instituições, problemas infra estruturais no imóvel, e salários e benefícios defasados e/ou atrasados. Cabe ressaltar também problemas de Ausência de cursos de capacitação; Ausência de veículo próprio a serviço do equipamento; Baixo financiamento; Preconceito da comunidade do entorno; Preconceito dos

profissionais; Problemas de relacionamento com outras equipes da instituição/organização/grupo social que atingiu uma proporção de 30%.

Gráfico 2 - Problemas identificados pelas instituições de saúde de Niterói para atender a PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável - ANO 2023.

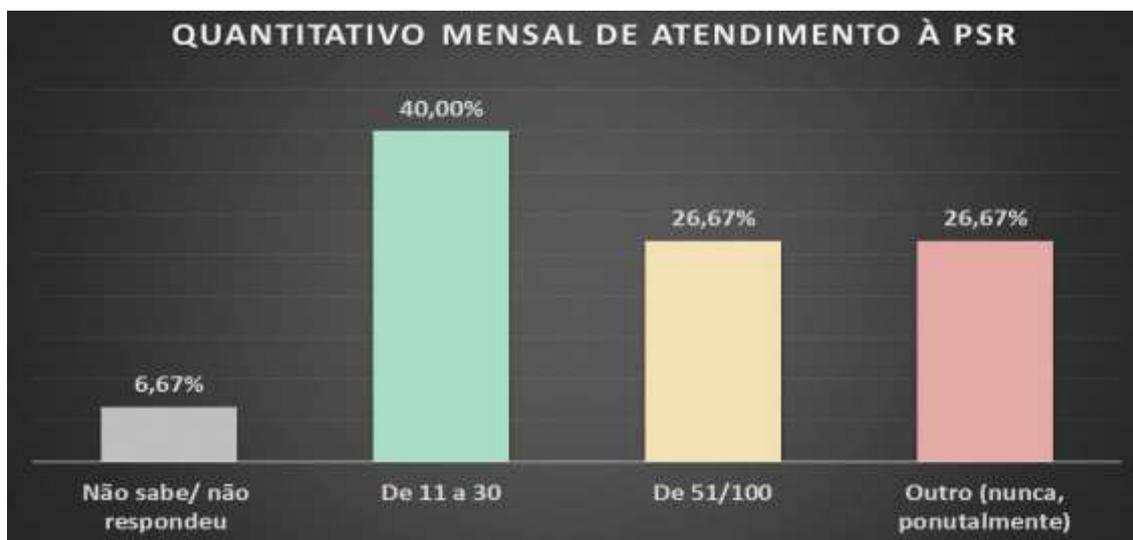


Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

Quando as instituições de saúde foram questionadas sobre critérios de elegibilidade no atendimento, 86,7% dizem que é irrestrito, somente sendo ressalva pessoas com animal de estimação 6,7% (Senna *et al.*, 2023). A média de atendimento mensal realizado à PSR por instituições de saúde, na maioria (40%) atendem entre 11 e 30 pessoas em situação de rua. Nem toda PSR tem problemas de saúde, uma vez que dos entrevistados 27,2% informaram não ter

nenhum problema de saúde e 33,3% não frequentam as unidades de saúde, considerando os que apresentam problemas de saúde.

Gráfico 3 - Quantitativo Mensal de Atendimento à PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

A maioria das instituições de saúde informou não possuir profissionais que atendem exclusivamente a PSR (80%), as que possuem profissionais correspondem a 13% e 7% não sabe/não responderam. A maioria dos profissionais não recebe qualificação para trabalhar com essa população (74%), os que recebem totalizam 13%, sendo igual a proporção dos que não sabem e não responderam. Temos que considerar que poucas instituições de saúde contemplam um trabalho com foco na PSR, até mesmo a legislação só contempla o Cnar e CAPS com uma proposta diferenciada.

Como já apresentado, um dos maiores problemas das instituições refere-se a falta de profissionais capacitados, mesmo existindo legislação que contemple a capacitação permanente desde a Resolução n. 2 de 2013, que definiu diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do Sus. A resolução já ressaltava estratégias de capacitação permanente das equipes da urgência e emergência para tratamento da PSR; capacitação e sensibilização

de profissionais de saúde para atendimento da PSR, e capacitação e sensibilização de profissionais de saúde das equipes da Atenção Básica e eCR, incluindo Agentes Sociais e Agentes Comunitários de Saúde, em relação ao atendimento da PSR, mas permanece a necessidade de enfatizar essa estratégia de capacitação, o Plano Nacional Ruas Invisíveis/2023 traz essa proposta também.

As principais ações oferecidas à PSR pelas instituições de Saúde estão relacionadas às orientações sobre benefícios e programas sociais, sendo 93% orientação sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), seguidas pela orientação sobre o Programa Bolsa Família (PBF). O atendimento social e consulta com o médico contemplam 87%. De acordo com Senna et al. (2023) essas ações ultrapassam a assistência médica e reconhecem as necessidades de cuidado integral da PSR a partir de uma abordagem da saúde enquanto processo social. Esse olhar da saúde da PSR, considerando a atenção integral, ainda precisa ser ampliado com cuidados interdisciplinares e multiprofissionais, permanece a herança que a necessidade da PSR passa por questões assistenciais, ocorrendo a valorização do atendimento social e a informação sobre benefícios.

Gráfico 4 - Ações ofertadas a PSR pelas Instituições de Saúde de Niterói, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

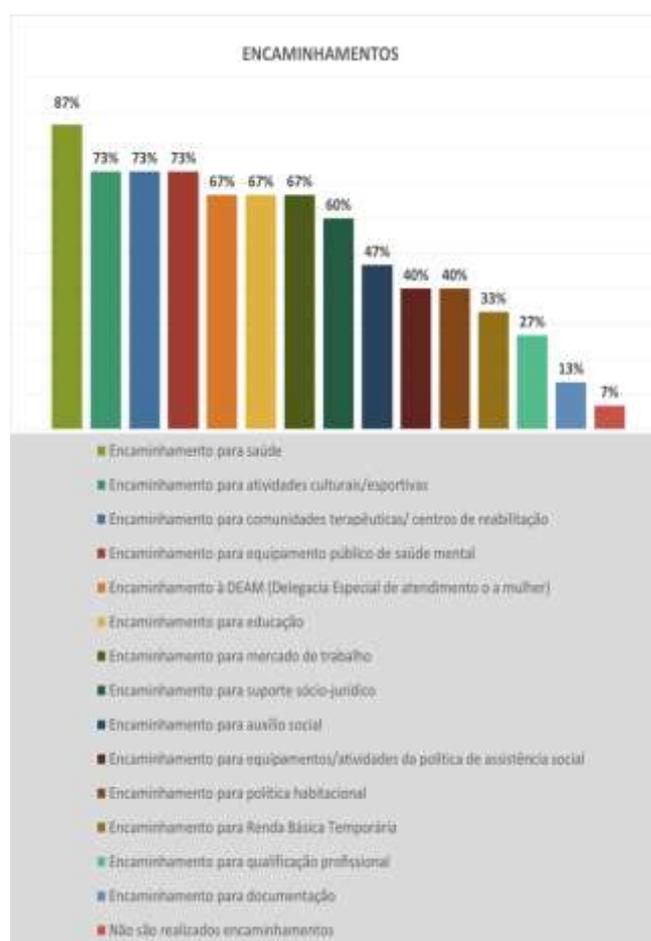


Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

As instituições de saúde realizam encaminhamentos da PSR principalmente para outros serviços dentro da própria área de saúde 87%, para atividades culturais/esportivas 73%, para comunidades terapêuticas/centro de reabilitação e para equipamento de saúde mental (gráfico 5). E quando realizam esses encaminhamentos indicam que 53% são acompanhados, 40% não acompanham, 7% não sabem. O acompanhamento, na maioria, se dá via contato telefônico com a instituição ou com o próprio paciente.

De acordo com Senna et al. (2023) as instituições de saúde realizam atividades conjuntas principalmente com outros setores da saúde (90%) e com a assistência social (70%), sendo mencionado também cultura (10%) e educação (10%). Quando realizam estudo de caso este geralmente ocorre na própria instituição (80%), com outras instituições 60% e não realizam 13%.

Gráfico 5 - Encaminhamentos realizados pelas instituições de saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

As instituições de saúde relatam as maiores dificuldades para a articulação em rede para o atendimento à PSR: ausência/escassez de serviços na área de abrangência do território (60%), desconhecimento de contatos nas organizações/instituições (53%), problemas de infraestrutura (ex. telefones, acesso à internet) (53%), ausência/escassez de serviços para inserção no mundo do trabalho (47%), restrições no atendimento à PSR por outros equipamentos/instituições (47%) e Desconhecimento das organizações/instituições existentes (47%) (Gráfico 6).

Quando consideramos as dificuldades de articulação em rede, principalmente a ausência/ escassez de instituições no território e desconhecimento de outras instituições, se faz necessária a existência da articulação intrasetorial nos diferentes serviços de saúde, principalmente com a APS por ter uma maior abrangência de atuação, e, também, intersetorialidade, com as demais políticas no trabalho junto a PSR. De acordo com Freitas (2016) na PNPSR a intersetorialidade se apresenta como um dos seus eixos fundamentais, para a sua concretização como política pública garantidora dos direitos, visando à ampliação do acesso da PSR ao atendimento integral das suas necessidades.

Gráfico 6 - Dificuldades das instituições de saúde para a articulação em rede, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

As instituições públicas de saúde do município de Niterói formalizam a implementação do SUS que são obrigações das municipalidades na construção de serviços que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde, sendo ressaltadas as possibilidades e limites no trabalho com a PSR.

4.3. A População em Situação de Rua demandas de saúde e utilização dos serviços públicos de saúde em Niterói

Abordar os problemas de saúde da PSR requer resgatar a compreensão do processo saúde-doença e pensar os determinantes, que são fruto condicional da estrutura político-econômica, das carências e da desigualdade social, dos fatores culturais, da percepção do indivíduo sobre saúde e doença e do imaginário coletivo (Aristides; Lima, 2009). Dormir ao relento, a exposição às variações climáticas, a falta de alimentação e nutrição adequadas, e a vivência do preconceito e da discriminação são fatores que podem determinar as condições de saúde (Aguiar; Iriart, 2012).

A pesquisa sobre PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável - identificou que a maioria da PSR de Niterói dorme nas ruas (64,3%), em abrigos (33,8%) e a minoria, em quartos ou vagas alugados (5,10%), na casa de terceiros (3,8%) e em barracos ou locais abandonados (1,3%). A maioria realiza alimentação diariamente com a frequência de mais de três vezes ao dia (51,7%), seguido de três vezes ao dia (20,4%), duas vezes ao dia (16,3%), uma vez ao dia (6,8%). Apenas uma minoria (4,1%) informou não conseguir se alimentar todos os dias. A alimentação é oriunda de Carreatas (55,8%), doação de pessoas (38,1%), unidades de Acolhimento (34,7%), compra da própria comida (27,9%), Centro POP (27,2%), restaurantes Populares (15,0%), Igrejas (13,6%), doação de restaurantes (12,2%), organizações Sociais/ONGs (8,2%) e 6,8% cozinham a própria alimentação na rua (Senna *et al.*, 2023).

A PSR de Niterói acessa à água potável de diversas formas, as mais identificadas foram: no Abrigo/Hotel (31,3%), por doação (21,1%) e no comércio (18,4%), ocorrendo também acesso através de carreata (10,2%), Centro POP

(10.2%), Compra a água (6.1%), na Igreja (4.8%), no posto de gasolina (4.1%), Barcas/Terminal rodoviário (3.4%), casa de amigos/familiares (2.7%), portaria de prédios (2.7%), Água da torneira (2.0%) Caps/Caps AD (2.0%) e Defesa Civil (0.7%) (Senna *et al.*, 2023).

Quanto aos locais de utilização de banheiros, a PSR de Niterói informa que majoritariamente utiliza nos serviços da assistência social (46.9%) seguido por Rua (18.4%), postos de gasolina (10.9%), supermercados/Shopping (10.2%). Também são utilizados pequenos comércios (9.5%), Rodoviária (6.8%), Praia (4.1%), igrejas (2.7%), casa de parentes/amigos (2.0%), serviços de saúde(2.0%) e Banheiro Público (1.4%) (Senna *et al.*, 2023).

O banheiro público é o recurso que tem como objetivo esse fim, mas é citado em último lugar. A sua baixa utilização pode estar associada a pouca existência desse recurso no município. Em contraponto considera a grande utilização de banheiros em comércio, pois existem de forma expressiva no município, principalmente na área central.

Os locais que a PSR de Niterói utiliza para banho são principalmente o abrigo/Hotel (29.3%) e o Centro POP (27.9%). Também aparecem o banho na rua (8.2%), na casa de familiares/amigos (7.5%), no posto de Gasolina (6.8%), n Igreja/centro religioso (6.1%), no Ferro Velho (4.1%), na praia (2.7%), na Rodoviária (2.7%), no banheiro Pago/Público (2.0%), no Caps/Caps-AD (2.0%), e no Bombeiro (0.7%). Aparece também o não possui acesso a banho (2.0%).

As dificuldades inerentes à vida na rua, considerando alimentação, água, abrigo e condições de higiene adequadas, contribuem para o favorecimento de doenças. O acesso à água deve respeitar requisitos de segurança e qualidade e não representar risco à saúde. Além do local de moradia ser pouco higiênico, essas pessoas não conseguem realizar tarefas simples, como lavar as mãos após urinar ou defecar, devido à ausência do acesso à água (Neves-silva *et al.*, 2018).

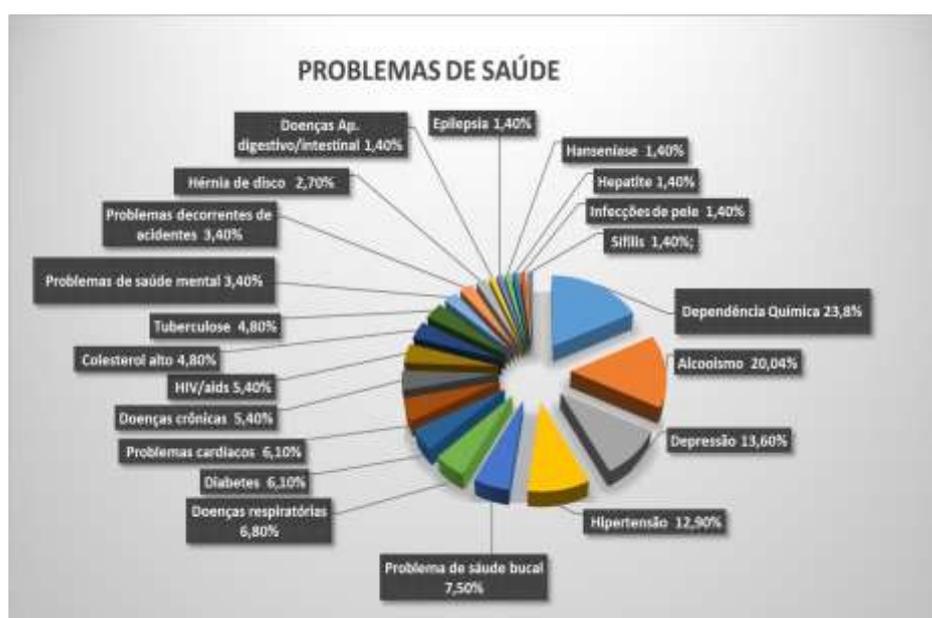
De acordo com a Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, 27,2% dos entrevistados informaram não ter nenhum problema de saúde (Senna *et al.*, 2023). Cabe refletir sobre o processo saúde-doença, considerando a habilidade que o indivíduo tem de superar incapacidades, utilizando o meio onde vive a seu favor, tendo a aptidão de responder satisfatoriamente a certas variações do mesmo (Canguilhem, 2009). Cabe também considerar a concepção

de saúde que PSR tem, associada à capacidade de estar vivo, de resistir no cotidiano às dificuldades nas ruas, e a doença associada ao estado de debilidade a ponto de não poder trabalhar e de realizar tarefas simples (Aguiar e Iriart, 2012).

O viver nas ruas também traz riscos e um contingente expressivo da PSR de Niterói informou nunca ter sofrido violência nas ruas (40%), mas a maioria (53,1%) já sofreu alguma espécie de violência, sendo do tipo física 39,5%, a violência verbal 27,9%, a violência institucional 22,5%, que ocorre por parte de representantes públicos, e a violência patrimonial 21,8%, que inclui a retirada de pertences da PSR (Senna *et al*, 2023).

Os três principais problemas de saúde identificados, foram: a dependência química, alcoolismo e Hipertensão (Senna *et al.*, 2023), este último também identificado a nível nacional (IPEA, 2020). Mas também cabe um olhar para os problemas de saúde dessa população, considerando outras doenças identificadas, quando agrupadas tem uma proporção de 62,2%, sendo na maioria doenças (saúde bucal, diabetes, problemas cardíacos, HIV/aids, colesterol alto, tuberculose, hanseníase, hepatite, infecções de pele, sífilis) que estão relacionadas ao tratamento na atenção primária de saúde.

Gráfico 7 - Problemas de saúde apresentados pela PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

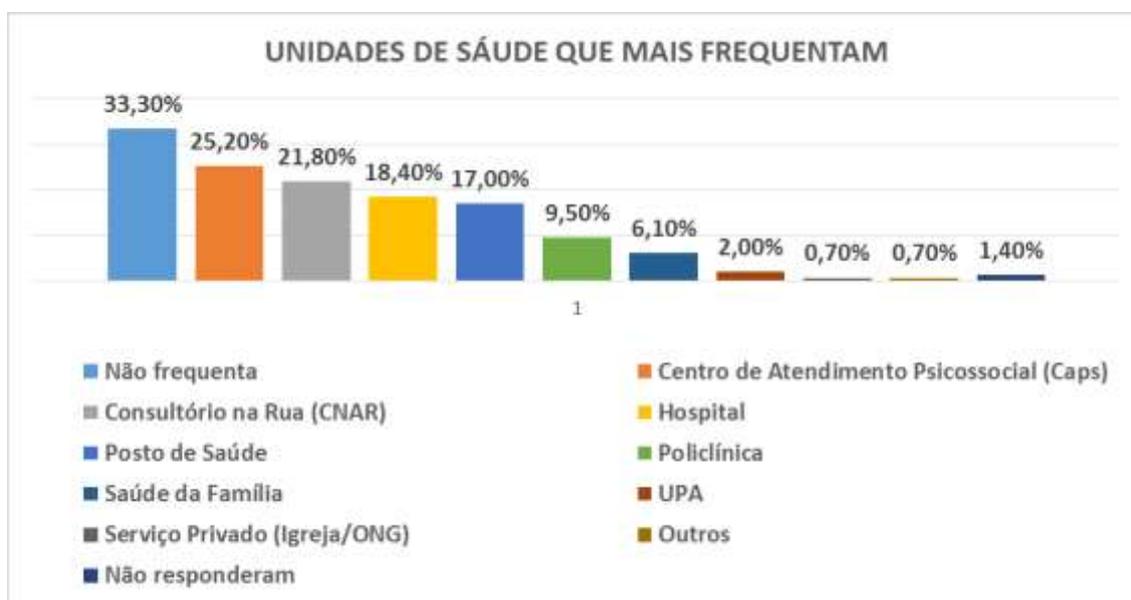
Considerando os problemas de saúde identificados, se torna relevante o trabalho APS no atendimento à PSR, cabendo resgatar as “atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de CnaR e a todos os profissionais que atuam no Programa Médico de Família (PMF) de “realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel” de acordo com Carteira de serviços do PMF de Niterói: versão profissionais de saúde e gestores (Niterói.b, 2021, p. 26).

A porta de entrada da PSR na rede de saúde deve ocorrer através do Cnar ou da UBS. A cobertura dos CnaR, nem sempre contempla o quantitativo de PSR no município, somente determinadas áreas, em área de maior concentração da população, reforçando a importância de as unidades básicas também estarem realizando suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua.

Mesmo existindo um número expressivo de doenças verbalizadas como problemas de saúde para a PSR em Niterói, essa população não relatou ser os postos de saúde como o serviço de saúde que mais frequenta. Entre os serviços de saúde que a PSR indica frequentar, destacam-se os: Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) 25,2%; o CnaR 21,8%; hospitais 18,4%, postos de saúde 17,%, Policlínica 9,5%, Saúde da Família, UPA 2,0%, Serviços Privados (Igreja e ONG) e não frequentam unidade de saúde 33,3% (Senna *et al.*, 2023).

Os principais problemas de saúde como dependência química, alcoolismo e depressão estão relacionados a demandas para os CAPS o que justifica ser o serviço que a PSR mais frequenta. Uma proporção expressiva (88,28%) da PSR fez uso de álcool ou outras drogas no último ano, sendo de álcool (65,52%), cigarro (62,07%), cocaína (37,93%), maconha (36,95%) e crack (10,34%) (Senna *et al.*, 2023).

Gráfico 8 – Unidades de saúde mais frequentadas pela PSR, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023. .



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

O CAPS é o serviço de saúde mais procurado pela PSR de Niterói, estando esse serviço relacionado aos problemas de saúde mais verbalizados, sendo a dependência química e o alcoolismo, dispondo o município de quatro CAPS, sendo três para adultos, CAPS Herbert de Souza localizado no Bairro do Centro, CAPS Casa do Largo localizado no bairro de São Francisco e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Alameda no bairro do Fonseca (Tabela 1).

O Cnar, que é responsável em promover o cuidado da PSR, com função prioritária de cuidados primários e a garantia de acesso às ações e serviços de saúde, é citado como o segundo mais frequentado.

Anterior a pesquisa de campo, a hipótese era o Cnar como o serviço mais procurado, pois tem como proposta um olhar e modo de cuidar em saúde mais próximo dessa dessa população, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, e a manutenção da saúde (Brasil, 2011). Ela contribui para diminuir a invisibilidade e ampliar os cuidados de saúde da PSR. Considerando os problemas de saúde a dependência química e alcoolismo, o Cnar tem como proposta a redução de danos e por estar mais próximo à PSR contribui para o

acolhimento e no cuidado à saúde, até mesmo na criação de vínculo e de referência no cuidado.

A proposta inicial do Cnar, no projeto piloto em 1999, o trabalho estava vinculado ao CETAD posteriormente ao CAPS, mas hoje está integrado à Atenção Básica mas foi incluído na RAS no eixo temático Rede de Atenção Psicossocial (Raps), sendo responsabilidade da equipe do Cnar ofertar cuidados em saúde mental, também sendo um serviço de saúde que pode atender às demandas de problema de saúde da PSR de Niterói. A proposta de equipe do Cnar contempla diversos profissionais habilitados para a temática de saúde mental, dentre eles, médico, assistente social, psicólogo, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais.

De acordo com a pesquisa realizada em Niterói por Oliveira (2022), considerando a correlação entre clínico e social de indivíduos em situação de rua e a prevalência de lesões tissulares revelou que no âmbito dos serviços de saúde, cerca de 81% PSR referiu procurar serviços de saúde, sendo que 80% desta população consegue atendimento, o de maior referência é o Cnar, seguido do Centro Pop, Hospital Municipal Carlos Tortelly, Hospital Estadual Azevedo Lima e Unidades Básicas de Saúde (Oliveira, 2022). O Cnar no desenvolvimento do seu trabalho realiza curativos, o que associamos a problemas de saúde relacionados com lesões.

Varanda e Adorno (2004) relatam em seu artigo algumas resistências da PSR em procurar o serviço de saúde, preferindo conviver com os agravos da doença até chegar ao ponto de não mais suportar a situação e ser obrigado a deslocar para as unidades de emergências, outros se submetem ao tratamento somente quando o serviço de abordagem ou resgate atua e os convencem a deslocar-se para as instituições assistenciais. O percentual de 33,3% da PSR não frequenta unidades de saúde, sendo importante ressaltar o que essa população entende por estar doente e se precisa ir à unidade de saúde.

Os estudos de Aguiar e Iriart (2012) e Paiva *et al.* (2016) ressaltam a concepção de saúde para essa população que passa por afetar a capacidade de trabalhar ou de se locomover para buscar alimentos, e para Valle *et al.* (2020) essa população possui outras prioridades que não a saúde, como a preocupação com o local para dormir e dificuldades para obter alimentação.

Os serviços mais procurados pela PSR em Niterói são a consulta médica, seguida de medicamentos e atendimento de psicologia, destaca-se aqui o atendimento de psicologia, o que conta com os CAPS entre os serviços mais frequentados (Senna *et al.*, 2023). Ainda existe um imaginário que os serviços de saúde estão centrados na figura do médico e da medicalização, pois durante longos anos foi esse o modelo de sistema de saúde desenvolvido no Brasil. A PSR de Niterói informou que ainda faz utilização de medicação (42,26%), quase a metade das pessoas em situação de rua usam medicação, sendo essa uma demanda nos serviços, e o fornecimento dessa medicação ocorria nos CAPS (77%), o que justifica também esse serviço ser o mais frequentando.

Gráfico 9 – Serviços mais procurados pela PSR segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

A PSR Niterói, ao avaliar os serviços de saúde, considera, na sua maioria, como bom, o Caps, Hospital, Policlínica, Posto de Saúde, Saúde da Família, mas o Consultório na Rua (CNAR) considerado ótimo, mas não é o serviço que mais frequentam, sendo o CAPS.

Os serviços públicos de saúde de Niterói são considerados bons na perspectiva da PSR que os frequenta. A maior demanda da PSR é por consulta médica (77.1%) e as instituições de saúde ofertam, A consulta com médico

(87%) está dentre os serviços mais ofertados nas unidades de saúde (ver gráfico 4).

A PSR de Niterói também busca nas unidades de saúde por medicação e atendimento de psicologia, e de acordo com os serviços ofertados nas instituições de saúde está fornecimento de medicação (60%) apesar de não ser em uma grande proporção a oferta, mas ocorre. O atendimento de psicologia é ofertado em maior proporção (80%), podendo ser até mesmo encontrado no CAPS, o que associamos a ser esse o motivo que contribui para ser o serviço mais frequentado.

O serviço de Atendimento do serviço social (10.4%) não é tão procurado, apesar de aparecer como bastante ofertado nas unidades de saúde, o atendimento social está na proporção de 87%. Considerando que esse é um serviço também oferecido pelas instituições de assistência social, não vem sendo muito buscado pela PSR de Niterói nas unidades de saúde, sendo priorizado a consulta médica, medicamentos, atendimento de psicologia e vacina.

Gráfico 10 - Serviços mais procurados pela PSR nas Unidades de Saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.

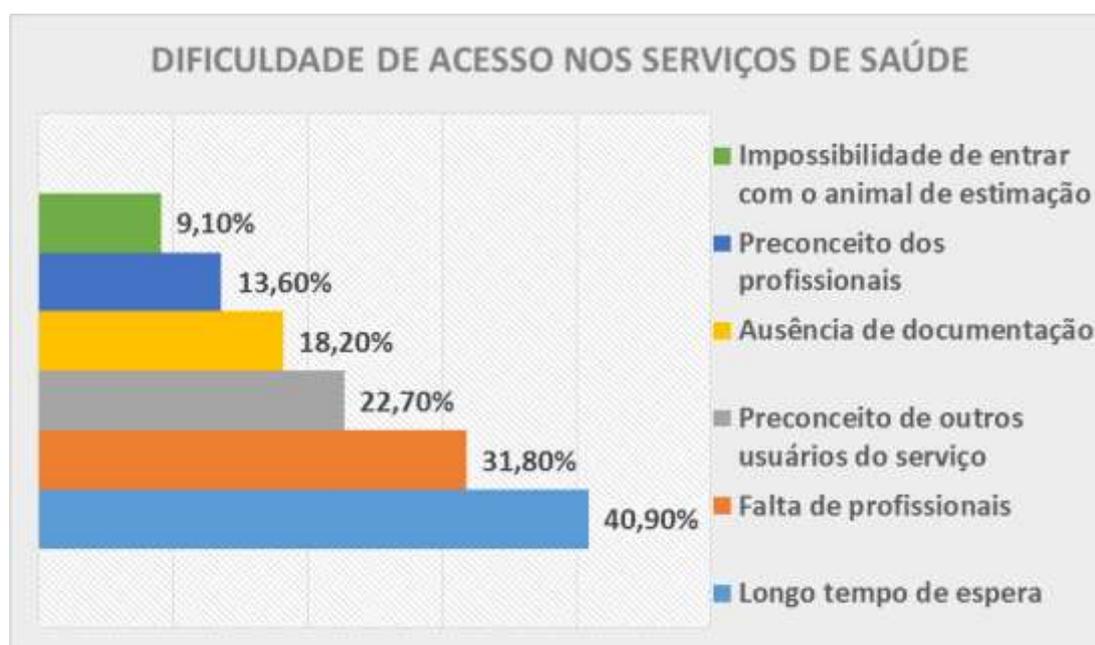


Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

A PSR se depara com barreiras para acessar os serviços de saúde, assunto já abordado neste trabalho. Em Niterói, o longo tempo de espera pelo atendimento (40,9%) é uma das principais dificuldades, como também a falta de profissionais (31,8%), preconceito de outros usuários do serviço (22,7%) e de profissionais (13,6%), ausência de documentação (18,2%) e impossibilidade de entrar com animais (9,1%) (Senna *et al.*, 2023).

Não são novidades os impeditivos relacionados ao acesso aos serviços de saúde pela PSR, a existência de barreiras como a necessidade da apresentação de documentos e comprovação de residência, longo período de espera pelo atendimento, preconceitos e estigmas relacionado a essa população, tanto por parte dos profissionais quanto dos próprios usuários, fatores que contribuem para dificultar o cuidado e aumentar os riscos de doenças, agravos e complicações de saúde. A PSR de Niterói informa os mesmos problemas de acesso à saúde identificados em outros estudos e locais, mas acrescenta a falta de profissionais para proporcionar o atendimento de forma expressiva (40,9%), o que podemos associar ao que essa população mais busca, atendimento médico.

Gráfico 11 - Dificuldades para o acesso ao serviço de saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, 2023.



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

A PSR de Niterói apresenta várias sugestões para melhorias nas unidades de saúde, dentre as diversas respostas, o que é sugerido são mais profissionais (24%) e medicação (24%) que estão relacionados aos serviços que mais buscam nas unidades de saúde. Seguidos por melhorias na infraestrutura (21%), acolhimento (21%) e rapidez no atendimento (7%) que estão relacionadas às dificuldades de acesso (Senna *et al.*, 2023).

Gráfico 12 – Sugestões de melhorias nas unidades de saúde, segundo dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável, ANO 2023.



Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa sobre a PSR - Niterói Inclusiva e Sustentável (2023).

A PSR de Niterói, quando relata a dificuldades para cuidar da saúde, destaca a falta de autocuidado (26.5%); o acesso à medicação (12.9%); a falta de insumos nas unidades de saúde (10.2%); o acesso ao serviço (9.5%), a infraestrutura ruim nas unidades de saúde (9.5%); a ausência/poucos de profissionais (8.8%); a localização da unidade de saúde (6.1%); o preconceito dos profissionais (4.1%); o preconceito dos outros pacientes (2.0%) (Senna *et al.*, 2023). A falta de estrutura também é um problema identificado pelas instituições.

A forma expressiva como a dificuldade de autocuidado é informada pela a PSR se relaciona com a frequência que essa população vai à unidade de saúde, que aparece em maior proporção de resposta só quando sente necessidade (38,95%), semanal (13,68%), mensalmente (12,63%), não há regularidade (10,53%), diariamente (7, 37%) e duas vezes na semana (2,11%).

4.4. Os fatores determinantes na utilização dos serviços públicos de saúde pela População em Situação de Rua de Niterói

Os principais fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde ofertados no município de Niterói. estão relacionados com:

- As condições de vida, habitação, acesso a água, higiene, alimentação: A PSR de Niterói dorme nas ruas, se alimenta diariamente com a frequência mais de três vezes ao dia, da alimentação que é oriunda de Carreatas. Acessa a água potável de diversas formas, principalmente no Abrigo/Hotel, utiliza os banheiros nos serviços da assistência social, mas para realização do banho utilizam o abrigo/Hotel e no Centro POP. A PSR já sofreu alguma espécie de violência, principalmente a violência física.
- As características demográficas e socioeconômicas: A PSR tem prevalência do sexo masculino, com a faixa etária entre 40 e 49 anos, declaradas etnia negra, considerando a soma de pardos e pretos. É solteira, não possui afiliação religiosa, quando tem filiação é evangélica. Sabe ler e escrever, possuindo apenas Ensino Fundamental incompleto, predomina a vinculação a empregos informais antes da situação de rua, relacionada com o setor da construção ou reformas, abrangendo atividades como serviços de pedreiros, serventes, vidraceiros, marceneiros, pintores, entre outros. (Senna *et al.*, 2023).
- As necessidades de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença: Os principais problemas de saúde são dependência química e alcoolismo, fez uso de álcool ou outras drogas no último ano, sendo de álcool e cigarro (Senna *et al.*, 2023). Quase metade da PSR faz uso de medicação.

- As crenças em saúde: A PSR informa a dificuldades para cuidar da saúde traz a falta de autocuidado, frequentam unidades de saúde só quando sentem necessidade geralmente para a consulta médica e medicamentos, utilizam mais o CAPS.
- A organização dos serviços, os recursos disponíveis e as características da oferta: Foi identificado no município de Niterói uma rede pública de saúde composta por 01 Maternidade 02 UPAS (Fonseca e Carlos Totelly), 04 hospitais Gerais (Hospital Oceânico, Mário Monteiro, Getulinho, Antônio Pedro), 02 hospitais de especialidades (Orêncio Jorge e Jurujuba), 01 SAMU, 04 CAPS, 43 Médico de Família, 09 residências terapêuticas, 07 ambulatórios de saúde mental, 4 unidades básicas de saúde, 8 Policlínicas regionais e 02 Policlínicas especializadas, 1 ambulatório Trans, 2 equipes do Cnar. As instituições de saúde atendem todos os segmentos da PSR na sua maioria por demanda espontânea, seguindo encaminhamento por outra instituição pública. As instituições de saúde apresentam como problema para atender a população em situação a ausência ou baixo nível de apoio/articulação das políticas públicas e ausência de profissionais qualificados. As principais ações oferecidas à PSR pelas instituições de saúde estão relacionadas às orientações sobre benefícios e programas sociais, sendo orientação sobre o BPC, seguidas pela orientação sobre PBF, e também atendimento social e consulta com o médico.

As instituições de saúde realizam encaminhamentos da PSR principalmente para outros serviços dentro da própria área de saúde, sendo acompanhados, na maioria, por contato telefônico com a instituição ou com próprio paciente. São realizadas atividades conjuntas principalmente com outros setores da saúde e com a assistência social. Realizam estudo de caso que geralmente ocorre na própria instituição. As instituições de saúde relatam que as maiores dificuldades para a articulação em rede para o atendimento à PSR: ausência/escassez de serviços na área de abrangência do e desconhecimento de contatos nas organizações/instituições.

Essas informações são fundamentais para analisarmos o acesso e utilização de serviços de saúde, considerando que a PSR apresenta determinantes desfavoráveis à saúde. Quando verificada a condição de vida,

habitação, acesso a água, higiene, alimentação, refletem as situações precárias que vivem no dia a dia que interfere no risco de adoecer. Esses bens considerados básicos, que influenciam de maneira direta no perfil de morbimortalidade e quando comparado a de outras populações estão em situação desigual e com maior probabilidade a fatores de risco à saúde. O direito à água, higiene, banho, alimentação, algumas vezes possibilitados nos serviços da política de assistência social e ainda estão sendo proporcionados pela filantropia e por ações de caridade da sociedade.

Se o uso de serviços de saúde está associado às necessidades, a PSR tem a própria compreensão sobre seus problemas de saúde, e traz a falta de autocuidado como uma dificuldade, fazendo com que esse grupo populacional tenha uma utilização diferenciada dos serviços somente quando sente necessidade, relacionado a suas crenças em saúde. A necessidade de saúde relacionada a problemas de dependência química e alcoolismo, fez uso de álcool ou outras drogas, são fatores ligados ao fato de a PSR estar mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde do CAPS.

As características demográficas e socioeconômicas da PSR de Niterói indicam que se trata de um grupo ainda não idoso, que sabe ler, mas com pouca escolaridade, que não tem trabalho formal, que está exposto a situações de violência em suas várias expressões e vivência de um processo de luta pela sobrevivência diária, não existindo atenção para a saúde, que irá influenciar na sua percepção de necessidade e na utilização dos serviços.

Considerando a utilização dos serviços dentro da dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, o que temos em Niterói é uma rede de saúde ampla, mais com ausência de profissionais qualificados para atender a PSR, o atendimento é universal sem, com um atendimento mensal entre 11 e 30 por demanda espontânea. Essa organização das unidades de saúde disponíveis e suas características da oferta de serviços, reforçam que a utilização dos serviços de saúde pela PSR é baixa, até mesmo porque a demanda é espontânea, se a PSR não se vê doente, não procura tratamento e por outro, poucos são os serviços, como Cnar e CAPS que tem um olhar diferenciado para a saúde dessa população, cabendo até mesmo o incentivo para o autocuidado.

Até mesmo o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde não tem como uma proposta de articulação com outras políticas, quando realizado o trabalho conjunto e encaminhamento geralmente dentro da própria área da saúde, existindo a dificuldade de ausência/escassez de serviços na área de abrangência do território. O direito à saúde perpassa pelas garantias de outros serviços, sendo de extrema importância principalmente a articulação com os serviços da assistência social.

O acesso da PSR nos serviços de saúde, a entrada inicial é via CAPS, pois é o serviço mais buscado, podendo ser considerado existência de um grau de facilidade com que essa população obtém cuidados de saúde neste serviço. Mas o que não impossibilita a existência de dificuldade de acessar os serviços de saúde, ocorrendo o longo tempo de espera, a necessidade de mais profissionais no atendimento e acolhimento.

Compreender a utilização dos serviços de saúde pela PSR através das características demográficas e socioeconômicas, valorizando as crenças em saúde e as necessidades que essa população considera, e as oferta dos serviços, apontam que é um grupo que pouco utilizam os serviços de saúde, existindo um processo de oportunidades diferenciadas que marcam desigualdade na obtenção do cuidado.

Quando pensamos da PSR dentro de uma abordagem baseada em direitos que favoreçam o acesso a direitos básicos, de moradia, alimentação, água, educação, trabalho, pode possibilitar ou facilitar o acesso a outros direitos, modificando os determinantes sociais, estimulando a inclusão social e a promoção da saúde, e reduzindo a situação de vulnerabilidade (Neves-silva *et al.*, 2018).

CONCLUSÕES

A cidade de Niterói é conhecida por apresentar um dos melhores índices de qualidade de vida no Brasil, além de estar associada à imagem de um município com belezas naturais, de ricos espaços culturais, e possuidora de população de classe média, também vive na cidade um contingente expressivo de PSR que é portadora de direitos, incluindo o direito à utilização dos serviços de saúde.

Como dito inicialmente, o estudo teve como **objetivo geral** analisar como a PSR utiliza os serviços públicos de saúde ofertados no município de Niterói, considerando os fatores que dificultam e potencializam essa utilização. O diferencial desta pesquisa em relação às outras já publicadas sobre o tema, foi a problematização da utilização dos serviços considerando os fatores que podem afetar essa utilização. O aprofundamento da discussão sobre a saúde da PSR de Niterói, a partir da utilização dos serviços, identificou como principais fatores determinantes da utilização: (1) as necessidades de saúde, considerando as doenças que mais acometem a PSR de Niterói, a dependência química e alcoolismo e o uso de álcool ou outras drogas, e a gravidade desse adoecimento de baixa complexidade com resolutividade na APS; 2) o perfil socioeconômico dos usuários (escolaridade e trabalho) e, no caso da PSR de Niterói, destaca-se a baixa escolaridade e trabalhos informais; 3) a organização dos serviços (recursos disponíveis e as características da oferta - disponibilidade dos médicos e hospitais) identificou-se em Niterói uma rede de saúde que contempla diferentes níveis de atenção, mas com reduzido número de atendimento à PSR; e 4) as crenças em saúde (atitudes, valores e conhecimento sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade), sendo que no caso da PSR em Niterói destaca-se a auto percepção da doença e a procura pelo cuidado associados a necessidade de sobrevivência diária, existindo a dificuldade de autocuidado e a baixa frequência nas unidades de saúde.

Alguns fatores determinantes acabam por constituírem-se em dificuldades ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, e, conseqüentemente, contribuem para aumentar os riscos de doenças, agravos e complicações de saúde da PSR de Niterói. A saúde da PSR, considerando a determinação social do processo saúde doença, é a resultante das condições de vida, as quais são determinadas pela forma de organização social da produção, estando a PSR está à margem do processo produtivo e encontra diferentes barreiras na satisfação de suas necessidades, o que se reflete em suas condições de saúde. O processo saúde-doença nas ruas é atravessado pela luta por garantia de condições materiais de existência, uma vez que não existe garantia de teto para dormir, nutrição adequada, higiene, água potável. Existe o risco de violência, entre outros, que contribuem para que a necessidade de sobrevivência se sobreponha a procura de cuidados. Nessas circunstâncias, autocuidado é extremamente desafiador e são várias as barreiras que essa população encontra para cuidar da saúde.

O **perfil socioeconômico** dessa população, divulgado nas pesquisas realizadas em Niterói, está bem próximo ao apontado pelos estudos nacionais. A baixa escolaridade e os trabalhos informais determinam a habilidade em lidar com problemas contribuem para a crença, ou seja, o conhecimento que a PSR tem sobre sua saúde, esteja associada a capacidade de trabalhar ou de se locomover para buscar alimentos e a necessidade de lutar por garantia de condições materiais de existência. O perfil da PSR em Niterói não é de uma população idosa, não prevalece o adoecimento por doenças crônicas e nem muitas incapacidades físicas que demandariam cuidados de saúde específicos.

Os **principais problemas de saúde** da PSR de Niterói são: a dependência química e alcoolismo; o uso de álcool ou outras drogas; e também foram identificados outros problemas de saúde relacionados com saúde bucal; diabetes; problemas cardíacos; HIV/aids; colesterol alto; tuberculose; hanseníase, hepatite; infecções de pele, sífilis. Esses são problemas de saúde de baixa complexidade e a maior parte deles tem sua resolutividade na APS. Outro facilitador está associado à oferta de serviços, uma vez que a rede de serviços de saúde do município de Niterói é ampla, está organizada, segundo níveis de complexidade, em APS, Média e Alta Complexidade. A rede é

composta por diversos equipamentos de saúde, sendo os serviços de saúde avaliados como bons e ótimos, principalmente o Cnar. Os problemas de saúde da PSR de Niterói demandam cuidados relacionados a proposta de serviços ofertados na APS, não sendo só de responsabilidade do Cnar, mas também dos demais serviços da APS.

O município de Niterói dispõe de um documento “carteira de serviços programa médico de família versão profissionais de saúde e gestores” elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2022 que contempla as ações de atenção à PSR na prática da APS em consonância com a PNPSR e com o Manual sobre o cuidado à saúde junto à PSR em consonância com as ações estabelecidas na legislação. No âmbito da **oferta de serviços públicos de saúde** à PSR, temos que considerar as políticas de saúde já estabelecidas e a responsabilidade do município em implementá-las. Nesse sentido, a atenção à saúde da PSR tem destaque para o trabalho desenvolvido na APS, sendo que o município de Niterói é pioneiro nessa proposta, contando 43 Médico de Família, 4 unidades básicas de saúde e 08 Policlínicas Regionais. Com o foco específico na saúde da PSR, o trabalho é desenvolvido pelo Cnar, composto por duas equipes no município, com objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde.

Dentre as **caraterísticas das instituições de saúde de Niterói** foram identificados os seguintes fatores: o reduzido número de atendimento mensal de PSR; a ausência de profissionais capacitados para lidar com as características e demandas específicas da PSR, além das instituições não terem um trabalho de rede e encaminhamento. A PSR identifica o longo tempo de espera pelo atendimento, o preconceito por parte de outros usuários do serviço e também por parte dos próprios profissionais.

Considerando a relação entre demanda e oferta de saúde, a partir das necessidades de saúde (serviços buscados) e da organização de serviços (ações ofertadas), como fatores determinantes da utilização, foram identificadas como principais **ações oferecidas à PSR** pelas instituições de saúde de Niterói: as orientações sobre benefícios, programas sociais e BPC, além do atendimento social e consulta médica. As ofertas de serviço estão atreladas as questões

assistenciais, ocorrendo uma valorização da informação sobre benefícios e programas sociais e atendimento social. Por outro lado, os serviços mais procurados pela PSR de Niterói são: consulta médica, seguida de medicamentos e atendimento de psicologia, que são serviços específicos da área da saúde. Observou-se a necessidade de uma adequação entre as ações ofertadas e as demandas por assistência em saúde, sendo que essa inadequação pode dificultar a utilização de serviços de saúde.

Anterior a pesquisa de campo, a hipótese construída considerava que o Cnar seria o serviço de referência mais frequentado pela PSR de Niterói, pois tem como proposta um olhar e modo de cuidar em saúde mais próximo dessa população, a porta de entrada no SUS. Esse serviço busca diminuir a invisibilidade e ampliar os cuidados de saúde, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011). Ainda que exista na Política de Saúde a proposta de trabalho direcionada ao cuidado de saúde da PSR, o Cnar não vem se construindo o serviço de principal referência para a PSR de Niterói.

O CAPS é o serviço de saúde mais frequentado por essa população, estando esse serviço relacionado à demanda de psicologia e aos problemas de saúde mais verbalizados, sendo a dependência química e o alcoolismo, além da disponibilidade para adquirir medicação. O Cnar vem em seguida como o segundo serviço mais frequentado, mas é avaliado como ótimo, os demais serviços são considerados bons. O município de Niterói dispõe de duas equipes de Cnar, para atender um quantitativo superior a 869 PSR (SAGICAD/Ref. 12/2023) considerando que a informação contempla apenas os cadastrados no CADÚnico. A base está localizada na área central, privilegiando a região de comércios e de maior circulação de pessoas. Mas ainda assim não é o serviço mais buscado pela PSR de Niterói, apesar de ser avaliado como ótimo pela PSR.

A referência do CAPS como serviço de saúde mais frequentado está associada aos fatores determinantes da utilização, cabendo aqui considerar a demanda (problemas de saúde e serviços procurados) e ofertas (ações e serviços ofertados) de serviços. A demanda por serviços da PSR de Niterói

contempla atendimento de psicologia e medicação, e os problemas de saúde mais verbalizados, são a dependência química e o alcoolismo. Os serviços do CAPS são mais ofertados que os do Cnar, sendo que essas duas equipes no município e o CAPS contemplam quatro unidades. A demanda e a maior oferta do serviço justificam o CAPS como referência para a PSR de Niterói.

Os **fatores determinantes da utilização dos serviços** também estão relacionados ao fato de o indivíduo estar mais ou menos susceptível ao uso deles. No entanto, existem vários fatores determinantes que dificultam o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela PSR em Niterói e que podem justificar a pouca utilização dos serviços de saúde. A PSR de Niterói passa por restrições de necessidades básicas; considera o processo saúde-doença associado a capacidade de trabalhar ou de se locomover; as instituições de saúde não dispõem de profissionais capacitados, o tempo de espera pelo atendimento é longo, além de ainda existir o preconceito por parte de outros usuários do serviço e dos profissionais.

Esses fatores que são dificuldades devem ser olhados com maior atenção considerando a possibilidade de construção de uma política municipal para a PSR em Niterói, podendo futuramente existir ações que irão contribuir para potencializar a maior utilização dos serviços de saúde de Niterói pela PSR. Entendo que a PSR constitui um dos grupos sociais que deveria acessar mais os serviços de saúde, algumas estratégias são importantes para alterar essa situação:

- 1) O estímulo e sensibilização do autocuidado a partir do trabalho da atenção primária, em especial do consultório na rua, além da concretização de ações preconizadas nos manuais de atuação;
- 2) Desenvolvimento de mais ofertas de serviços a partir das demandas da PSR;
- 3) Fortalecimento da rede, concretizando a proposta da Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial; possibilitando a articulação, entre o consultório na rua, CAPS, instituições públicas de saúde de diferentes níveis de complexidade.
- 4) Capacitação permanente sobre a temática PSR para profissionais de saúde das diferentes complexidades dos serviços;

- 5) Desenvolvimento de ações de outras políticas pensando a saúde de forma ampliada;
- 6) Concretização de ações do Comitê Intersetorial de Planejamento, Execução, Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Públicas que pode estimular as estratégias anteriores consideradas de grande relevância; e
- 7) A construção da política municipal para a PSR de Niterói.

A saúde da PSR é um tema muito amplo, pensar na utilização dos serviços não se esgota nas discussões traçadas aqui, e nem era essa a proposta do trabalho. Considera-se que futuros debates, novas pesquisas irão contribuir para outras reflexões pois compreender como a PSR utiliza os serviços de saúde possibilita também sinalizar possíveis ações para melhorar a saúde da PSR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, p. 115-124, 2012.

ALMEIDA, N. L. T. de. Educação e Infância na Cidade: Dimensões Instituintes da Experiência de Intersetorialidade em Niterói. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, CES – Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação. Niterói, 2010.

ALMEIDA, Magali da Silva. Diversidade humana e racismo: notas para um debate radical no serviço social. *Revista Argumentum*, volume 9, n.1, p.32-45; jan/2017.

ALMEIDA, Magali da Silva. “Desumanização da população negra – genocídio como princípio tático do capitalismo”, *Revista Em Pauta*, n. 34, 2014.

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: 06 de jan 2024.

ANDRADE, Rebeca de et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>. Acesso em: 21 jun. 2023.

ARISTIDES JL, LIMA JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua na cidade de Londrina: aspecto do viver e do adoecer. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009. Disponível: file:///C:/Users/Christyan/Downloads/PROCESSO%20SA%C3%9ADE-DOEN%C3%87A%20DA%20POPULA%C3%87%C3%83O%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20DE%20RUA%20DA%20CIDADE%20DE%20LONDRI%20NA_%20ASPECTOS%20DO%20VIVER%20E%20DO%20ADOECER.pdf. Acesso em 27 de out de 2023.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate, v. 3, n. 1, p. 29-49, 1998. Disponível em: <<https://www.revistaterceiromilenio.uenf.br/index.php/rtm/article/download/64/113>>. Acesso em: 25 jun. 2023.

ASSIS M M A, JESUS, WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência coletiva [Internet]*. 2012 Nov;17(11):2865–75. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 21 jun. 2023.

AZEVEDO, Marlice Nazareth Soares de. “Niterói urbano: a construção do espaço da cidade”. In: MARTINS, Ismênia de Lima e KNAUSS, Paulo (orgs). *Cidade Múltipla. Temas de história de Niterói*. Niterói, RJ: Niterói Livros, 1997. p. 19-71.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. B. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: Congresso Nacional de Educação, 10, 2011. Anais. Curitiba: PUCPR, 2011.

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: 20 dez. 2023.

BARBOSA, José. Carlos. Gomes. Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados. [Dissertação Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento]. Brasília. (IPEA), 2018. Disponível: https://www.ipea.gov.br/sites/images/mestrado/turma2/jose_carlos_gomes_barbosa.pdf. Acesso em: 24 de out de 2023.

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=S010412902016000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2024.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata, de 12 de setembro de 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 04 de out de 2023.

_____. Ministério da Saúde. (1986). Conferência Nacional de Saúde, 8, Relatório final. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 04 de out de 2023.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 jul 2023.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 nov. 2023.

_____. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11258.htm. Acesso em 05 ago 2023.

_____. Lei n.º 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em 04 ago 2023.

_____. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/SUAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, setembro de 2004.

_____. LEI n.º 11.258, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2005. Altera a Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11258.htm. Acesso em: 24 de set 2023.

_____. DECRETO N.º 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm> Acesso em: 25 junho de 2023.

_____b. Ministério da Saúde. PORTARIA N.º 3.305, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2009; Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html. Acesso em: 10 ago 2023.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p. Disponível: https://www5.pucsp.br/ecopolitica/downloads/pesquisas/1_B_2010_Consultorio_rua_SUS_conselho_saude_mental.pdf. Acesso em 22 set 2023.

_____b. PORTARIA N.º 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 28 de dez de 2014.

_____. Ministério Da Saúde. PORTARIA N.º 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em 10 de out 2023.

_____, Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 02 dez de 2023.

em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em 20 de set de 2023.

CAETANO, Cristina Salles. FERNANDES Simone Maria, COSTA, Zilá Raquel Pereira. Diagnóstico da população de Governador Valadares em situação de rua. Nota técnica, Minas Gerais, dezembro de 2016.

CAMPOS, D. A., & MORETTI-PIRES, R. O. (2018). Trajetórias sociais de gays e lésbicas moradores de rua de Florianópolis (SC), 2016. Revista Estudos Feministas, 26(2), e45995. Disponível: doi:10.1590/1806-9584-2018v26n245995 . Acesso em 20 de ago 2023.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/GeorgesCanguilhem-ONormaleoPatologico.pdf>. Acesso em 15 de dez 2023.

CAPELLA, A. C. N.. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. BIB - Revista Brasileira De Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais, (61), 25–52, 2006. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/291>. Acesso em 20 de dez de 2023.

CENTRO DE DIREITOS HUMANOS LONDRINA (CDH LONDRINA). Breve histórico do processo de organização do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e análise da atual conjuntura no Município de Londrina. Londrina: CDH Londrina, 2011. Disponível em: <<http://cdhlondrina.blogspot.com/2011/04/breve-historico-do-processode.html>> Acesso em: 16 out. 2023.

CESAR, Chester Luiz Galvão e GOLDBAUM, Moisés. Uso de serviços de saúde. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo; ISA-SP. Tradução . [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2005. p. 212 .

CHALHOUB, Sidney. Medo branco de alma negra: escravos, libertos e republicanos na cidade do Rio de Janeiro. In Revista Brasileira de História, ANPUH, São Paulo, v. 8 n.º 16, março-agosto de 1988.

CICONELLO, Alexandre. A Participação Social como processo de consolidação da democracia no Brasil. In: GREEN, Duncan (Org.) From Poverty to Power: How Active Citizens and Effective States Can Change the World. Rugby, UK: Practical Action Publishing and Oxford: Oxfam International, 2008. Disponível em: https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/191946/mod_forum/attachment/300193/Bibliografia.pdf Acesso em 13 de out de 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Legislação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. L. P. Política municipal de atendimento à população em situação de rua de Fortaleza: desafios para uma proposta de inclusão. 2013. 166 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em:

https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=99473. Acesso em: 29 de dez 2023.

COUTO, Joaquim Gabriel de Andrade et al. Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 2 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220531>>pt <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220531>. Acesso em 5 de out de 2023.

CRENSHAW, Kimberlé. “Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”, *Revista Estudos Feministas*, ano 10, Florianópolis, 2002.

CUNDA, Mateus Freitas e SILVA, Rosane Neves. *Me chamaram Rua, População, uma situação: os nomes da rua e as políticas da cidade*. *Psicologia e Sociedade*.vol.32, Belo Horizonte, 2020.

CUNHA, Bruno Ornelas da. A Niterói que não conseguimos ver: a busca pelos lugares de memória de Niterói. In: *Anais do XXVII Simpósio Nacional de História: Lugares dos historiadores: velhos e novos desafios*. Florianópolis- SC, 2015.

DA MATTA, Roberto. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*, 5 ed, 1997.

DANTAS, M. L. G. et al. Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2007. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5015>. acesso em 20 de out 2023.

DANTAS, Marianny Nayara Paiva; SOUZA, Dyego Leandro Bezerra de; SOUZA, Ana Mayara Gomes de; AIQUOC, Kezauyn Miranda; SOUZA, Talita Araujo de; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 24, p.1-13, 2021.

ENGSTROM, E. M., Lacerda, A., Belmonte, P., & Teixeira, M. B.. (2020). A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde Em Debate*, 43(spe7), 50–61. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>. Acesso em: 24 de ago de 2023.

SCOREL S. *Vidas ao léu: uma etnografia da exclusão social*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

FANON, Frantz. *Pele Negra, Máscara Branca*. Salvador: EDUFBA, 2008.

FERRO, Maria Carolina Tiraboschi. Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados. In.: *Revista Direitos Humanos*. Brasília. n. 8. 2012. Disponível em: (PDF) Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados / National Policy for the Street Population: the protagonism of the invisibilized | Carolina Ferro - Academia.edu. Acesso em 13 de out de 2023.

FLEURY, Sonia; OUVREY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro. Desafios da gestão em rede Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, vol. 11, núm. 2-3, julho, 2012, pp. 74-83. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3885/388539133007.pdf>. Acesso em 22 de out de 2023.

FREITAS, R. M. População em situação de rua: Decreto 7053/09, políticas sociais e intersetorialidade. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL,4., 2016, Vitória, ES; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11., 2016, Vitória, ES. Anais eletrônicos [...]. Vitória, ES: UFES, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/12855>. Acesso em: 26 nov. 2023.

GIL, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA L, FELURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-1998.

GIOVANELLA Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro vol.23 no.6, 2018.

GIOVANNI, Di Geraldo. As Estruturas Elementares das Políticas Públicas. Caderno de Pesquisas n. 82. NEEP/UNICAMP: 2009.

GONZALES, Lélia, Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira, In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 2018, p. 223-244.

GRANJA MCLM, LIMA, FLT. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em Situação de Rua. Rev Bras. Cancerologia. 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100244/barreiras-a-prevencao-do-cancer-e-tratamento-oncologico-para-a_t0o3pcO.pdf. Acesso em 05 de jan 2024.

HESPANHOL BASSINELLO, G. A. A saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais: considerações a partir dos manuais de higiene. ETD - Educação Temática Digital, Campinas, SP, v. 6, n. 1, p. 34–47, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/1000>. Acesso em: 1 nov. 2023.

HINO, Paula; SANTOS, Jaqueline de Oliveira; ROSA, Anderson da Silva. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Rev. Bras Enferm, Brasília, DF, p. 732-740, (Supl 1), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/?format=pdf&lang=pt201>. Acesso em: 3 jun. 2023.

HUNGARO A.A, Gavioli A, Christóphoro R, Marangoni SR, Altrão RF, Rodrigues AL, et al.. Homeless population: characterization and contextualization by census research. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(5):e20190236. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0236>. Acesso em: 24 de ago de 2023

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados; Niterói. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/niteroi.html>>. Acesso em: 21 de junho de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Cidades e Estados; Niterói. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/niteroi.html>>. Acesso em: 21 de jun. de 2023.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2020). Publicação Preliminar. IPEA: Brasília, 2023. Disponível em NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf (ipea.gov.br). Acesso 25 de Junho de 2023.

JESUS WAL e ASSIS MMA (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):161-170. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 28 de out 2023.

JESUS, A. A. S., & LISBOA, M. S. (2022). Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, e3939. Disponível: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.2022.e3939> Acesso em 27 de out de 2023.

JUNIOR, A. G. S.; Latgé, P. K.; Oliveira, R. A. T.; Franco, C. M.; Vasconcelos, M. C. V.. A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde.. *APS em Revista* Vol. 2, n. 2, p. 128-136 | Junho – 2020 ISSN 2596-3317 – DOI 10.14295/aps.v2i2.126.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LIBERATO, K. B. L. Política pública e cidadania: avaliação da política nacional para população em situação de rua a partir do Centro POP do município de Fortaleza-CE. 2020. 120 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/49687>. Acesso em: 25 nov. 2023.

LIRA, C. D. G. et al. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 23, e1157, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1157.pdf>. Acesso em: 16 dez de 2023.

LOBATO, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 721-730, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kbngJ8pQNvCs7ThF9Krr9Qs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2023.

LONDERO, M. F. P., CECCIM, R. B., & BILIBIO, L. F. S.. (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 251–260. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>. Acesso em 21 set 2023.

LOUZADA, Laila Oliveira Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais. / Laila Oliveira Louzada. -- 2015. Disponível https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14046/ve_Laila_Oliveira_ENS_P_2015?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 23 set 2023.

MACHADO, R. W. G. A Construção da Política Nacional para População em Situação de Rua. *Temporalis*, Brasília, DF, v. 20, n. 39, p. 102-118, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/28084>. Acesso em: 5 dez. 2023.

MAGNI, C. T. Nomadismo Urbano: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.

MARANHÃO, C. H. Acumulação, trabalho e superpopulação: crítica ao conceito de exclusão social. In: MOTA, A. E. (org.). *O mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MARK, karl. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Boitempo, 2013. cap. I, XXIII e XXIV.

MARTINEZ, M. M. Redes do cuidado : etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas . São Carlos : UFSCar, 2016. 292 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8309/TeseMMM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 12 de dez de 2023.

MELO, Lauro José Franco, et al. Saúde da população em situação de rua e suas vulnerabilidades em saúde: reflexões sobre o processo saúde-doença. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 2020, 32.1: 197-206. Disponível: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/9080/7589>. Acesso em 12 out de 2020.

MINAYO, M. C. S (Org.). *Pesquisa Social- teoria, método e criatividade*. São Paulo: Ed Vozes, 2012.

MOTTA, Daniele. Do universal ao específico: entrelaçando gênero, raça e classe. *Cadernos CEMARX*, Campinas, n. 11, p. 71-88, 2018.

MOURA, Clovis. Escravismo, colonialismo, imperialismo e racismo. *Afro-Ásia*, 14 – 1983. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/afroasia/article/view/20824>. Acesso em: 20 de ago de 2023.

NEVES-SILVA P, Martins GI, Heller L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e

ao esgotamento sanitário. Cad Saúde Pública, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ftLhKBVWqMHwrCrkN6qg7gH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de dez 2023.

NITERÓI. Fundação Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021. Niterói, 2018.

_____. Prefeitura de Niterói. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório População em Situação de Rua. SMS, 2021.

_____. b. Fundação Estatal de Saúde. Carteira de serviços do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói: versão profissionais de saúde e gestores / Fundação Estatal de Saúde de Niterói. – Niterói: Eduff Institucional, 2021.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Participativo 2022 - 2025. Niterói, 2022.

OLIVEIRA, Bianca Campos. Correlação entre o perfil epidemiológico, clínico e social de indivíduos em situação de rua e a prevalência de lesões tissulares. 2022. 160 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.

OLIVEIRA, M.G.P.N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, Bahia. 2009. 151p. Disponível: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10405/1/2222222222.pdf>. Acesso em 21 set 2023.

OLIVEIRA, Márcio Piñon de. MIZUBUTI, Satie. Niterói: o jogo político e sua repercussão na paisagem, cultura e representação. Revista Espaço e Cultura, UERJ, RJ, N. 25, p. 69-83, Jan/Jun, 2009.

OLIVERIA. RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170915>. Acesso em: 20 jun. 2023.

OLIVEIRA, Ana Cristina Oliveira de, et al. Desenvolvimento desigual no espaço urbano: construindo a luta pelo direito à cidade. Anais da X Jornada de Políticas Públicas, ambiente virtual, 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS) - 1946. Disponível em : https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em 3 dez 2023.

Organização Mundial da Saúde. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde; 18-22 de maio de 2009; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2009. Disponível em:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf. Acesso em 29 de jan de 2024.

PAIVA, I. K. S. de, & GUIMARÃES, J.. (2022). População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 32(4), e320408. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202232040>

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfP7fKXpsW84f6gxM8r/abstract/?lang=pt> Acesso em 08 out 2023.

PASTORINI, A. O espetáculo da pobreza: máscara dos antagonismos das sociedades capitalistas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., São Luís (MA), p. 01-08, ago. 2007. Disponível: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/95443662ae06c1937869Alejandra%20Pastorini.pdf> Acesso em 02 de nov de 2023.

PAULA, H. C., Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. A., Brandão, P. S., & Scoralick, G. B. F. (2018). A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2843-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>. Acesso em 10 jul 2023.

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/porta1/resource/pt/lil-621298>. Acesso em 05 Jan. 2024.

PEREIRA, B. de P. De escravas a empregadas domésticas - A dimensão social e o "lugar" das mulheres negras no pós- abolição. Anais eletrônicos do XXVI Simpósio Nacional de História, São Paulo, Julho 2011. Disponível em: <<www.snh2011.anpuh.org>. Acesso em: 30 ago 2023.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, Elaine Rossetti et al. (Orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008. p.87-108. Disponível em: <http://www.ser.puc-rio.br/3_PEREIRA.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

PINTO, Régia Maria Prado e GONDIM, Antônio B. Carneiro. Trabalho e população em situação de rua: uma análise à luz da questão social. Anais VIII Jornada de Políticas Públicas, Maranhão, 2017. Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/trabalhoepopulacaoemsituacaoderuaumaanalisealuzdaquestaosocial.pdf>. Acesso em 20 dez de 2023.

PRATES, J. C., Prates, F. C., & Machado, S. (2012). Populações em situação de rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*, 191–216, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387/1585>. Acessado em 09 de rosaset de 2023.

RAGO, Margareth. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista - Brasil 1890-1930: Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985 Capítulo II "A colonização da mulher".

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed., 14, São Paulo: Atlas, 2012.

ROCHA ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. 128 p. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/04/e11-vulneraveis_vol-I-cap2.pdf. Acesso em: 28 de dez 2023.

ROSA A.S., CAVICCHIOLI MGS, BRÉTAS ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):576-82. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gPHtMqvByFBzdRdrFphs6xJ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 27 de out de 2023.

SANTOS, Gevanilda. Relações Raciais e desigualdade no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Selo Negro, 2009.

SCHWARCZ Lilian e STARLING, Heloisa, M. Brasil, uma biografia Companhia das Letras, SP, 2017.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Physis: Revista De Saúde Coletiva. 17(1): 29-41, jan.-abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 nov de 2023.

SENNA, Mônica de Castro Maia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, CINACCHI, Giovanna Bueno. População em Situação de Rua em Niterói: Subsídios para a Construção de uma Política Municipal. Niterói: Edição das autoras, 2023.

SILVA, Bruno Moreira da; SILVA, Vivian Naylla da; ANDRADE, Erci Gaspar da Silva. Dificuldades encontradas pelos moradores de rua no acesso a saúde pública. Revista de Iniciação Científica e Extensão, Valparaíso de Goiás, v. 2, n. esp. 2, p. 280-286, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Christyan/Downloads/admin,+BJHR+038+corrigido%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Christyan/Downloads/admin,+BJHR+038+corrigido%20(1).pdf). Acesso em 05 de jan de 2024.

SILVA, M. L .L.. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005. 2006.

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

SILVA, R. B.; COSTA, A. P. Direitos humanos da população em situação de rua?: paradoxos e aproximações a uma vida digna. Revista Direitos Humanos e Democracia, [s. l.], v. 3, n. 6, p. 117-135, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/download/4000/4807>. Acesso em: 05 de jan. 2024.

SINGER, Paul. A Formação da classe operária. 14. ed. São Paulo: Atual, 2009.

SISAPS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE, Brasília, 2021. Disponível <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>. Acesso em 25 de ago de 2023.

SOUZA, A. P., & MACEDO, J. P.. (2019). População em situação de rua: Expressão (im)pertinente da “questão social” Disponível: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/64zCsnkcy3kVgkhDmvj7QgH/#>. Acesso em 26 de out de 2023.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Pode%2Dse%2C%20ent%C3%A3o%2C%20resumir,dessas%20a%C3%A7%C3%B5es%20\(vari%C3%A1vel%20dependente\)](https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Pode%2Dse%2C%20ent%C3%A3o%2C%20resumir,dessas%20a%C3%A7%C3%B5es%20(vari%C3%A1vel%20dependente)). Acesso em 23 de out de 2023.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: Acesso em: 07 ago 2018.

TEIXEIRA, A.; SALLA, F. A.; MARINHO, M. G. S. M. C. Vadiagem e prisões correccionais em São Paulo: Mecanismos de controle no firmamento da República. Estudos Históricos Rio de Janeiro, vol. 29, no 58, p. 381-400, maio-agosto 2016.

TEIXEIRA, V. L. A formação continuada de professores na rede municipal de educação de Niterói: desafios para a construção de uma política pública. 2009. 249f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

TIENE, I. Mulher moradora de rua – entre violências e políticas sociais. Campinas: Alínea, 2004. v. 1.

TRAVASSOS, C., & MARTINS, M.. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos De Saúde Pública, 2004, S190–S198. Disponível <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014> . Acessa em 28 de out de 2023.

TRAVASSOS, C., Oliveira, E. X. G. de ., & Viacava, F.. (2006). Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 975–986. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>. Acesso em: 28 de dez 2023.

TRIBUNAL DE CONTAS DO RIO DE JANEIRO (TCE-RJ). Estudos Socioeconômicos municípios do Estado do Rio de Janeiro: Niterói. 2021. Disponível em: https://www.tcerj.tc.br/portalnovo/publicadordearquivo/estudos_socioeconomicos. Acesso em 05 de jan de 2024.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo Dalla. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. *Psicol. Estud.*, Maringá, 25: e45235, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Y8qyJYbj4nLTD-4Qz8yNHxXM/?lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2022.

VALLE, F. A. A. L., FARAH, B. F., & CARNEIRO Junior, N.. (2020). As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde Em Debate*, 44(124), 182–192. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>.

VALLE, Fabiana Ap. ALMEIDA Lawall; FARAH, Beatriz Francisco. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único. *Physis*, Rio de Janeiro, 30(2): e300226, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W5xmkgkcjN7PNBLJTMFMMfP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 ago. 2023.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e sociedade*, v. 13, p. 56-69, 2004. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CPFwkZBjHZXSS6YX4djjQ4B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 de jan 2024.

VARGAS Everson Rach e MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Out 2018* • <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170> Acesso em: 9 ago. 2023.

VIACAVAL F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência saúde coletiva* [Internet]. 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/j8mV4fvjSk7K9brzbdCj77J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de dez 2023.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 10 de dez 2023.

WERNECK, J. Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 535-549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998.

**PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS
INTERSETORIAIS PARA APOPLAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

QUESTIONÁRIO - INSTITUIÇÕES/ORGANIZAÇÕES/GRUPOS SOCIAIS

Roteiro para caracterização de instituições/organizações públicas e privadas e grupos sociais que atuam junto à população em situação de rua no município de Niterói

*** 1. Data do preenchimento do questionário**

Data

DD/MM/AAAA

*** 2. Pesquisadora/Entrevistadora**

Respostas múltiplas

- Giovanna Cinacchi
- Ida Motta
- Lenaura Lobato
- Marcelli Matoso
- Meimei Oliveira
- Miriam Reis
- Monica Senna
- Tamires Marinho
- Outro (especifique)

*** 3. Meio de coleta**

Resposta única

- Presencial
- Remoto/online
- Contato telefônico

4. Observações

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

* **5. Nome da instituição/organização/grupo social**

***6. Nome do Respondente**

***7. Gênero**

Resposta única

- Feminino
 - Masculino
 - Não respondeu
 - Outro (especifique)
-

* **8. Faixa Etária**

Resposta única

- 18 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 a 49 anos
- 50 a 54 anos
- 55 a 60 anos
- 60 a 65 anos
- Acima de 65 anos
- Não sabe/Não respondeu

*** 9. Nível de escolaridade completo**

Resposta única

- Ensino Elementar
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior
- Ensino Superior com pós-graduação
- Não sabe/ não respondeu

*** 10. Função na instituição/organização/grupo social.**

Resposta única

- Coordenador
 - Diretor
 - Assessor
 - Supervisor
 - Profissional técnico
 - Voluntário
 - Não sabe/ não respondeu
 - Outro. Qual?
-

*** 11. Profissão exercida na instituição/organização/grupo social:**

Resposta única

- Advogado
 - Agente de saúde
 - Agente Social
 - Antropólogo
 - Assistente social
 - Auxiliar administrativo
 - Auxiliar de cuidador
 - Auxiliar de educador
 - Cuidador
 - Dentista
 - Educador
 - Educador físico
 - Enfermeiro
 - Fonoaudiólogo
 - Médico
 - Musicoterapeuta
 - Nutricionista
 - Pedagogo
 - Profissional da área de Segurança
 - Profissional da área Jurídica
 - Psicólogo
 - Sociólogo
 - Técnico de Enfermagem
 - Técnico em saúde bucal
 - Terapeuta Ocupacional
 - Não sabe/ não respondeu
 - Outro. Qual?
-

*** 12. Há quanto tempo atua na instituição/organização/grupo social?**

Resposta única

- Menos de 1 ano
- De 1 ano a 3 anos
- De 3 anos a 5 anos
- De 5 anos a 10 anos
- Mais de 10 anos
- Não sabe/ não respondeu

*** 13. Vínculo com a instituição/organização/grupo social**

Respostas múltiplas

- Profissional estatutário
- Profissional celetista
- Cargo comissionado
- Contratado por tempo determinado
- Contratado por Organização Social/Empresa privada
- Voluntário
- Não sabe/ não respondeu
- Outro. Qual?

*** 14. Há quanto tempo atua junto à população em situação de rua?**

Resposta única

- Menos de 1 ano
- De 1 ano a 3 anos
- De 3 anos a 5 anos
- De 5 anos a 10 anos
- Mais de 10 anos
- Não sabe/ não respondeu

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA APOPUÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
BLOCO II: CARACTERIZAÇÃO
DA INSTITUIÇÃO/ORGANIZAÇÃO/GRUPO SOCIAL

*** 15. Vínculo da instituição/organização/grupo social**

Respostas múltiplas

- Instituição/organização pública
 - Instituição/organização privada com vínculo com a prefeitura
 - Instituição/organização privada com vínculo com outro nível governamental
 - Instituição/organização sem vínculo governamental
 - Grupo Social
 - Coletivo
 - Não sabe/ Não respondeu
 - Outro. Qual?
-

*** 16. Tipo de serviço**

Respostas múltiplas

- Abordagem Social
- Caps/ Capsi/CapsAD
- Caridade/ Filantropia
- Centro de cidadania
- Centro municipal de saúde
- Centro Pop
- Consultório na rua
- CREAS
- Defensoria
- Grupo de apoio/ autoajuda
- Guarda Municipal
- Hospital
- Movimento social
- Organização social
- Posto de saúde
- Saúde da Família
- Unidade de acolhimento/abrigo/hotel
- Não sabe / Não respondeu
- Outro. Qual?

*** 17. Atende exclusivamente população em situação de rua?**

Resposta única

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não respondeu

*** 18. Sua instituição/organização/grupo social professa alguma confissão religiosa?**

Resposta única

- Não
- Sim, católica
- Sim, evangélica
- Sim, espírita
- Sim, judaica
- Sim, umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras
- Não sabe / Não respondeu
- Outro. Qual?

* **19. Tempo de existência da instituição/organização/grupo social:**

Resposta única

- Menos de 1 ano
- De 1 ano a 3 anos
- De 3 anos a 5 anos
- De 5 anos a 10 anos
- De 10 anos a 20 anos
- Mais de 20 anos
- Não sabe/ Não respondeu

* **20. A qual órgão público/secretaria municipal de Niterói sua instituição/organização/grupo social está vinculada?**

Respostas múltiplas

- Coordenadoria de Políticas e Direitos das Mulheres
- Coordenadoria de Trabalho, Emprego e Renda
- Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária
- Secretaria Municipal de Cultura
- Secretaria Municipal de Direitos Humanos
- Secretaria Municipal de Educação
- Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
- Secretaria Municipal de Habitação e Regularização Fundiária
- Secretaria Municipal de Ordem Pública
- Secretaria Municipal de Participação Social
- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Urbanismo e Mobilidade
- Não sabe/ Não respondeu
- Não está vinculada a nenhum órgão/ secretaria
- Outro. Qual?

* **21. A instituição/organização/grupo social está inscrita em algum conselho domunicípio de Niterói?**

Respostas múltiplas

- Conselho Municipal da Juventude
 - Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência
 - Conselho Municipal de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
 - Conselho Municipal de Alimentação Escolar
 - Conselho Municipal de Assistência Social
 - Conselho Municipal de Ciência e Tecnologia
 - Conselho Municipal de Defesa do Consumidor
 - Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
 - Conselho Municipal de Economia Solidária
 - Conselho Municipal de Meio Ambiente
 - Conselho Municipal de Política Cultural
 - Conselho Municipal de Política e Atenção às Drogas
 - Conselho Municipal de Política Urbana
 - Conselho Municipal de Políticas para Mulheres
 - Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial
 - Conselho Municipal de Proteção do Patrimônio Cultural
 - Conselho Municipal de Saúde
 - Conselho Municipal de Segurança Alimentar
 - Conselho Municipal de Transparência e Controle Social
 - Conselho Municipal de Turismo
 - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
 - Conselho Municipal dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
 - Não sabe/ não respondeu
 - Não está inscrita em nenhum conselho
 - Outro.Qual?
-

* **22. Possui sede/ estrutura física?**

Resposta única* Questão com lógica

- Sim → 23. O espaço é compartilhado com outro equipamento?
 - Não → 25. Quais os critérios de elegibilidade....
 - Não sabe/ Não respondeu → 25. Quais os critérios de elegibilidade....
 - Outro. Qual? → 23. O espaço é compartilhado com outro equipamento?
-

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

* **23. O espaço é compartilhado com outro equipamento?**

Resposta única

- Não
- Sim
- Não sabe/Não respondeu

* 24. Qual estrutura da instituição/organização/grupo social é destinada ao atendimento à população em situação de rua?

	Compartilhado com outro equipamento/serviço?	Quantos?
	RESPOSTAS: Não Sim Não sabe/Não respondeu	RESPOSTAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais de 10 Não sabe/Não respondeu
Sala de atendimento psicossocial		
Sala de espera		
Sanitário/Banheiro		
Espaço para banho		
Refeitório		
Dormitório		
Espaço para guarda de pertences		
Sala para atendimento médico		
Vestiário		
Espaço de convivência		
Outro (especifique)		

* **25. Quais critérios de elegibilidade de pessoas em situação de rua são aplicados para atendimento na instituição/organização/grupo social?**

Respostas múltiplas

- Homens
 - Mulheres
 - Crianças e adolescentes (0 a 18 anos incompletos)
 - Adultos (18 a 59 anos)
 - Idosos (acima de 60 anos)
 - Migrantes/ refugiados
 - LGBTQIA+
 - Pessoas com deficiência (física, mental ou sensorial)
 - Mulheres com crianças
 - Gestantes
 - Famílias
 - Pessoas na rua há menos 2 (dois) anos
 - Pessoas na rua entre 2 (dois) a 5 (cinco) anos
 - Pessoas na rua há mais de 5 (cinco) anos
 - Todas as anteriores**
 - Não sabe/ Não respondeu
 - Outros. Quais?
-
-

* **26. Como se dá o acesso da população em situação de rua ao serviço da instituição/organização/grupo social?**

Respostas múltiplas

- Busca ativa ou Abordagem social
 - Demanda espontânea
 - Determinação judicial
 - Encaminhamento de outra instituição privada
 - Encaminhamento de outra instituição pública
 - Solicitação de demanda por terceiros
 - Não sabe/ Não respondeu
 - Outros. Quais?
-
-

* **27. Quantas pessoas em situação de rua, em média, a instituição/organização/ grupo social atende por mês?**

Resposta única

- 1 a 10
- 11 a 30
- 31 a 50
- 51 a 100
- Mais de 100
- Não sabe/ não respondeu
- Outro (especifique)

* **28. A capacidade de atendimento a pessoas em situação de rua na instituição/organização/grupo social hoje está:**

Resposta única

- Abaixo da capacidade total.
- Acima da capacidade total.
- De acordo com a capacidade total
- Não se aplica
- Não sabe/ Não respondeu

Se estiver acima ou abaixo da capacidade, indique o porquê.

* **29. A instituição/organização/grupo social NÃO atende população de rua em algumas dessas situações?**

Respostas múltiplas

- Pessoa sob efeito de álcool e outras drogas
- Pessoa com sofrimento psíquico e transtorno mental
- Pessoa apresentando "surto"
- Pessoa com deficiência intelectual
- Pessoa com deficiência física
- Pessoa com deficiência sensorial
- Pessoa com animal de estimação
- Pessoa com grandes volumes ou quantidade de pertences
- Não sabe / Não respondeu
- O atendimento é irrestrito.
- Outros. Quais?

* **30. Atende pessoas que vivem em ocupações?**

Resposta única

- Não
- Sim
- Não sabe/ Não respondeu

* **31. Quais as fontes de financiamento da instituição/organização/grupo social?**

Respostas múltiplas

- Repasse de verba pública
 - Doação de pessoas físicas
 - Doação de empresas
 - Doação de entidades religiosas
 - Doação não financeira (alimentos, roupas etc.)
 - Editais de fomento
 - Emenda parlamentar
 - Captação própria (bazares, eventos, campanhas etc.)
 - Não sabe/Não respondeu
 - Outras. Quais?
-
-

* **32. Em sua percepção, os recursos financeiros são suficientes para a execução dos serviços?**

Resposta única

- Não
- Sim
- Não sabe/ Não respondeu

*** 33. Quais são os problemas mais comuns na sua instituição/organização/grupo social no atendimento à população em situação de rua?**

Respostas múltiplas

- Ausência de cursos de capacitação
- Ausência de insumos necessários ao trabalho (tecnológicos, material de escritório, de alimentação, jogos, material de leitura, material de limpeza e higiene etc.)
- Ausência de profissionais qualificados
- Ausência de veículo próprio a serviço do equipamento
- Ausência ou baixo nível de apoio/articulação das políticas públicas
- Ausência ou má qualidade de materiais permanentes
- Baixo financiamento
- Determinação judicial
- Falta de apoio da gestão/nível central
- Insuficiência de profissionais
- Preconceito da comunidade do entorno
- Preconceito dos profissionais
- Problemas de relacionamento com outras equipes da instituição/organização/grupo social.
- Problemas de relacionamento com equipes de outras instituições.
- Problemas de relacionamento na equipe
- Problemas infraestruturais no imóvel
- Quadro profissional com diferentes vínculos trabalhistas
- Salários e benefícios defasados e/ou atrasados
- Não sabe/ Não respondeu
- Não há problemas
- Outros. Quais?

* **34. A instituição/ organização/ grupo social possui profissionais que atendam predominantemente a população em situação de rua?**

Resposta única. Questão com lógica

- Sim → 35. Aponte o quantitativo desses profissionais por nível educacional
- Não → 36. Os profissionais receberam alguma qualificação para o trabalho com a população em situação de rua?
- Não sabe/ não respondeu → 36. Os profissionais receberam alguma qualificação para o trabalho com a população em situação de rua?

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

35. Aponte o quantitativo desses profissionais por nível educacional.

	Quantidade
	RESPOSTAS: Nenhum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais de 10 Não sabe/ não respondeu
Nível superior	
Nível técnico	
Nível médio	
Nível fundamental	

*** 36. Os profissionais receberam alguma qualificação para o trabalho com a população em situação de rua?**

Resposta única

- Sim
 Não
 Não sabe/ não respondeu

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

*** 37. Foi realizada alguma capacitação nos últimos 12 meses?**

Resposta única* Questão com lógica

- Sim → 38. *Em relação ao trabalho desenvolvido junto à população em situação de rua, você considera que a capacitação dos profissionais foi adequada*
- Não → 40. *Quais atividades são desenvolvidas com a população em situação de rua pela instituição/organização/grupo social?*
- Não sabe/ não respondeu → 40. *Quais atividades são desenvolvidas com a população em situação de rua pela instituição/organização/grupo social?*

*** 38. Em relação ao trabalho desenvolvido junto à população em situação de rua, você considera que a capacitação dos profissionais foi adequada?**

Resposta única. Questão com lógica

- Sim → 39. *Por quê?*
- Não → 39. *Por quê?*
- Não sabe/ não respondeu. → 40. *Quais atividades são desenvolvidas com a população em situação de rua pela instituição/organização/grupo social?*

*** 39. Por quê?**

Respostas múltiplas

- Temática relevante
- Temática irrelevante
- Baixa oferta de atividades de capacitação
- Oferta adequada de atividades de capacitação
- Excesso de oferta de atividades de capacitação
- Não liberação para capacitação no horário do trabalho
- Liberação para capacitação no horário do trabalho
- Falta de incentivo da gestão
- Incentivo da gestão
- Conteúdo apropriado
- Conteúdo inapropriado
- Professores/ facilitadores capacitados
- Professores/ facilitadores não capacitados
- Didática adequada
- Didática inadequada
- Carga horária suficiente
- Carga horária insuficiente
- Não sabe/ Não respondeu
- Outros/ Comentários

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA APOPLAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
BLOCO III - AÇÕES DIRIGIDAS À PSR

*** 40. Quais atividades são desenvolvidas com a população em situação de rua pela instituição/organização/grupo social?**

Respostas múltiplas

- Abordagem social na rua
- Apoio para acesso a benefícios sociais do município de Niterói
- Orientação sobre BPC
- Apoio ao acesso do PBF
- Orientação sobre PBF
- Acolhimento
- Acolhimento sigiloso medida protetiva
- Acompanhamento de usuários
- Aconselhamento
- Alimentação
- Aluguel social
- Atendimento psicológico
- Atendimento social
- Atendimento sociojurídico
- Atividades de capacitação profissional /Preparação para o mundo do trabalho
- Atividades esportivas
- Atividades recreativas
- Consulta com médico
- Consulta com outros profissionais de saúde
- Curativos
- Desenvolvimento de atividades vida diária/ autocuidado
- Educação em Saúde
- Escuta/conforto espiritual
- Fornecimento de material de higiene
- Fornecimento de medicação
- Fornecimento de vestuário/ cobertores/ colchonetes
- Informações sobre direitos sociais
- Inscrição no CadÚnico
- Local para higiene pessoal
- Organização e participação social
- Orientações previdenciárias
- Reabilitação
- Realização de exames
- Vacinas
- Não sabe/ Não respondeu
- Outras. Quais?

***41. São realizados encaminhamentos aos seguintes serviços?**

Respostas múltiplas

- Encaminhamento à DEAM (Delegacia Especial de atendimento o a mulher)
- Encaminhamento para aposentadoria/ BPC/ INSS
- Encaminhamento para atividades culturais/esportivas
- Encaminhamento para auxílio social
- Encaminhamento para comunidades terapêuticas/ centros de reabilitação
- Encaminhamento para documentação
- Encaminhamento para educação
- Encaminhamento para equipamentos/atividades da política de assistência social
- Encaminhamento para mercado de trabalho
- Encaminhamento para política habitacional
- Encaminhamento para qualificação profissional
- Encaminhamento para Renda Básica Temporária
- Encaminhamento para saúde
- Encaminhamento para equipamento público de saúde mental
- Encaminhamento para suporte sócio-jurídico
- Não sabe/ Não respondeu
- Não são realizados encaminhamentos
- Outros. Quais?

*** 42. Há acompanhamento dos encaminhamentos realizados (Ex. Buscar saber se o usuário acessou o serviço para onde foi encaminhado)?**

Resposta única. Questão com lógica

- Sim → 43. Como a instituição/organização/grupo social realiza esse acompanhamento?
- Não sabe/ Não respondeu → 44. Em quais áreas da cidade a instituição/organização/grupo social atua?
- Não realiza acompanhamento. Por quê? → 44. Em quais áreas da cidade a instituição/organização/grupo social atua?

*** 43. Como a instituição/organização/grupo social realiza esse acompanhamento?**

*** 44. Em quais áreas da cidade a instituição/organização/grupo social atua?**

Respostas múltiplas

- Praias da Baía (Bairro de Fátima, Boa Viagem, Cachoeiras, Centro, Charitas, Gragoatá, Icaraí, Ingá, Jurujuba, Morro do Estado, Pé Pequeno, Ponta d'Areia, Santa Rosa, São Domingos, São Francisco, Viradouro, Vital Brazil)
- Região Norte (Baldeador, Barreto, Caramujo, Cubango, Engenhoca, Fonseca, Ilha da Conceição, Santa Bárbara, Santana, São Lourenço, Tenente Jardim, Viçoso Jardim)
- Região Oceânica (Cafubá, Camboinhas, Engenho do Mato, Itacoatiara, Itaipu, Jacaré, Jardim Imbuí, Maravista, Piratininga, Santo Antônio, Serra Grande)
- Pendotiba (Badu, Cantagalo, Ititioca, Largo da Batalha, Maceió, Maria Paula, Matapaca, Sapê, Vila Progresso)
- Região Leste (Muriqui, Rio do Ouro, Várzea das Moças)
- Não sabe/ Não respondeu
- Outras. Quais?

*** 45. Fazem atendimento em área de favela/comunidade?**

Resposta única

- Sim. Quais?

- Não. Por quê?

- Não sabe/ Não respondeu

* **46. Sua instituição/organização/grupo social possui articulação com associações ou grupos comunitários?**

Resposta única

Sim. Quais? _____

Não

Não sabe/Não respondeu

* **47. A instituição/organização/grupo social realiza cadastro próprio da população atendida?**

Resposta única. Questão com lógica

Sim → 48. *Quais informações constam nesse cadastro?*

Não → 49. Qual a periodicidade do planejamento das ações?

Não sabe/Não respondeu → 49. Qual a periodicidade do planejamento das ações?

* **48. Quais informações constam nesse cadastro?**

Respostas múltiplas

- Nome
- Data de nascimento
- Filiação
- Naturalidade
- Último local de moradia (antes de ir para a rua)
- Local de permanência na rua
- Documentos
- Escolaridade
- Cor/ raça
- Situação de saúde
- Profissão
- Benefícios
- História de vida
- Referência Familiar
- Maior demanda
- Forma de acesso à instituição
- Não sabe / Não respondeu
- Outras. Quais?

* 49. Qual a periodicidade do planejamento das ações?

Resposta única

- Diária
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Quadrimestral
- Semestral
- Anual
- Não sabe/ Não respondeu
- Outra. Qual?
- Não há planejamento**

* 50. Qual a frequência das reuniões de equipe?

Resposta única

- 2 ou mais vezes por semana
 - Semanalmente
 - Quinzenalmente
 - Mensalmente
 - Não sabe/ Não respondeu
 - Não são realizadas reuniões de equipe**
 - Outra. Qual?
-
-

51. Faz estudo de caso de pessoas em situação de rua?

Respostas múltiplas

- Sim. Na própria instituição
- Sim. Com outras instituições
- Não**
- Não sabe/Não respondeu

* **52. São executadas atividades para a população em situação de rua em conjunto com outras áreas/setores?**

Respostas múltiplas. Questão com lógica

- Sim. Com área/setor de Assistência Social → 53. Dentre essas áreas...
- Sim. Com área/setor de Cultura, Esporte e Lazer → 53. Dentre essas áreas...
- Sim. Com área/setor de Direitos Humanos → 53. Dentre essas áreas...
- Sim. Com área/setor de Educação → 53. Dentre essas áreas...
- Sim. Com área/setor de Habitação → 53. Dentre essas áreas...
- Sim. Com área/setor de Justiça → 53. Dentre essas áreas...
- Sim. Com área/setor de Saúde → 53. Dentre essas áreas...
- Sim. Com área/setor de Segurança → 53. Dentre essas áreas...
- Não são realizadas atividades conjuntas** → 57. Quais as maiores dificuldades..
- Não sabe/ Não respondeu** 57. Quais as maiores dificuldades..
- Sim. Com outras áreas/Setores. Quais? → 53. Dentre essas áreas...

* **53. Dentre essas áreas/setores, com quem realizam parceria com maior frequência? Marque apenas duas opções.**

Respostas múltiplas (apenas duas)

- Área/setor de Assistência
- Área/setor de Cultura
- Área/setor de Educação
- Área/setor de Habitação
- Área/setor de Justiça
- Área/setor de Saúde
- Área/setor de Segurança
- Não sabe/ Não respondeu**
- Outras áreas/Setores. Quais?

* **54. Nomeie as duas instituições com as quais possui parceria mais frequente e descreva as atividades realizadas em conjunto.**

Instituição 1 (nome e atividades conjuntas)

Instituição 2 (nome e atividades conjuntas)

Não sabe/Não quis responder

* **55. Com relação às atividades para a população em situação de rua em conjunto com outras áreas/organizações/instituições, você considera que os resultados são:**

Resposta única

- Muito satisfatórios
- Satisfatórios
- Pouco satisfatórios
- Insatisfatórios
- Não sabe/ Não respondeu

* **56. Com relação às atividades para a população em situação de rua em conjunto com outras áreas/organizações/instituições, você considera que a frequência das atividades é:**

Resposta única

- Suficiente
- Insuficiente
- Excessiva
- Não sabe/ Não respondeu

***57. Quais as maiores dificuldades para a articulação em rede para o atendimento à população em situação de rua?**

Respostas múltiplas

- Ausência de profissional exclusivo à articulação (articulador)
- Ausência/escassez de serviços na área de abrangência do território
- Ausência/escassez de serviços para inserção no mundo do trabalho
- Restrições no atendimento à população em situação de rua por outros equipamentos/instituições
- Desconhecimento das organizações/instituições existentes
- Desconhecimento de contatos nas organizações/instituições
- Falta de uniformidade nas formas de trabalho das instituições (abrangência, critérios de elegibilidade, horários)
- Falta de incentivo da gestão para o trabalho em rede
- Falta de interesse das outras organizações/instituições para a realização do trabalho em rede
- Insuficiência no quantitativo de profissionais/recursos humanos
- Problemas de infraestrutura (Ex. telefones, acesso à internet)
- Não sabe/ Não respondeu
- Não há dificuldades
- Outras. Quais?

58. Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar os resultados das ações conjuntas junto à população em situação de rua? (Cite três sugestões principais).

Sugestão

1

Sugestão 2

Sugestão 3

* **59. Sua instituição/organização/grupo social participa de alguma organização colegiada (fóruns, comitês, grupos de trabalho, conselhos) que abarque os direitos da população em situação de rua?**

Sim. Quais?

Não

Não sabe/Não respondeu

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
BLOCO 04 - AVALIAÇÃO

* **60. Sua instituição/organização/grupo social realiza avaliação sobre o trabalho realizado junto às pessoas em situação de rua?**

Resposta única. Questão com lógica

Sim. → 61. Qual a finalidade da avaliação?

Não → 67. Você acredita que a avaliação é importante?

Não sabe/ Não respondeu. 67. Você acredita que a avaliação é importante?

* **61. Qual a finalidade da avaliação?**

Respostas múltiplas

- Melhorar a qualidade dos serviços
 - Aumentar o quantitativo de atendimento
 - Reduzir quantitativo de atendimento
 - Otimizar os recursos financeiros/orçamentários
 - Prestar contas
 - Medir a satisfação dos usuários dos serviços
 - Medir o alcance de metas/objetivos
 - Apoiar o planejamento
 - Não sabe/Não respondeu
 - Outras. Quais?
-
-
-

***62. Qual a regularidade da avaliação?**

Resposta única

- Semanal
- Mensal
- Bimestral
- Trimestral
- Quadrimestral
- Semestral
- Anual
- Bianual
- Não há regularidade
- Não sabe/ Não respondeu

* **63. Quem participa do processo de avaliação?**

Respostas múltiplas

- Gestores da organização/instituição/grupo social
 - Gestores do nível central da instituição
 - Área de monitoramento e avaliação
 - Profissionais que atuam na ponta
 - Profissionais de outras organizações/instituições
 - Profissionais/empresas contratados para avaliação
 - Profissional responsável pela avaliação dentro da organização.
 - Usuários
 - Sociedade civil organizada (movimentos sociais, conselhos, fóruns, coletivos, etc)
 - Não sabe/ Não respondeu
 - Outros. Quais?
-

* **64. Os resultados da avaliação são usados para o planejamento de ações futuras?**

Resposta única

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não respondeu

* **65. Em sua opinião, a avaliação realizada cumpre seus objetivos?**

Resposta única

- Sim, totalmente
- Sim, parcialmente
- Não
- Não sabe /Não respondeu

* **66. Quais as principais dificuldades para a realização da avaliação?**

Respostas múltiplas

- Ausência da cultura de avaliação na instituição/organização
- Ausência de espaços participativos para uma avaliação democrática
- Falta de autonomia
- Falta de incentivo à avaliação
- Falta de tempo para executar a avaliação
- Questões político-partidárias
- Não sabe/ Não respondeu
- Não há dificuldades
- Outras. Quais?

* **67. Você acredita que a avaliação é importante?**

Resposta única

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não respondeu

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA APOPUAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
BLOCO V - ATENDIMENTO À PSR NA PANDEMIA DA COVID-19

* **68. A instituição/organização/grupo social identificou mudanças na população em situação de rua atendida em consequência da pandemia da COVID-19?**

Respostas múltiplas

- Aumento de pessoas em situação de rua
- Maior quantitativo de famílias nas ruas
- Maior quantitativo de mulheres nas ruas
- Maior quantitativo de crianças/adolescentes nas ruas
- Maior quantitativo de idosos
- Maior quantitativo de gestantes
- Maior quantitativo de pessoas com deficiência
- Maior quantitativo de pessoas com sofrimento psíquico
- Maior quantitativo de pessoas LGBTQIA+
- Pessoas que apontaram nunca terem estado em situação de rua
- Pessoas que anteriormente só trabalhavam pelas ruas, mas perderam suas moradias e passaram a permanecer nas ruas
- Pessoas que perderam a possibilidade de desenvolver serviços informais
- Não sabe/ Não respondeu
- Não foram observadas alterações
- Outras. Quais?

* **69. Durante a pandemia da COVID-19 a instituição/organização/grupo social alterou o seu atendimento voltado para PSR?**

Respostas múltiplas

- Sim, ampliou o horário de atendimento
- Sim, reduziu o horário de atendimento
- Sim, com o desenvolvimento de atividades exclusivamente individuais
- Sim, com o encerramento do atendimento à população em situação de rua
- Sim, pelo não atendimento de novos usuários
- Sim, reduziu o número de atendimento por dia
- Sim, deixou de oferecer atividades
- Sim, aumentou o número de atendimentos por dia
- Sim, aumentou a oferta de atividades
- Não houve alterações
- Não sabe /Não respondeu
- Outro (especifique)

* **70. A instituição/organização/grupo social teve alteração no financiamento de suas ações/atividades por conta da pandemia da COVID-19?**

Respostas múltiplas

- Sim, houve diminuição de financiamento publico
- Sim, houve diminuição de financiamento privado
- Sim, houve aumento do financiamento público
- Sim, houve aumento do financiamento privado
- Sim, houve interrupção no financiamento público
- Sim, houve interrupção no financiamento privado
- Sim, houve diminuição das doações
- Sim, houve aumento das doações
- Não sabe /Não respondeu
- Não houve alterações
- Outras. Quais?

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL: CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA APOPLAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

71. Gostaria de fazer algum outro comentário, observação ou sugestão?

MUITO OBRIGADA POR RESPONDER NOSSO QUESTIONÁRIO!!!

PESQUISA NITERÓI INCLUSIVA E SUSTENTÁVEL:
CONSTRUINDO POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

INSTRUMENTO DE COLETA – POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

1. Qual sua idade?

Se menor de 18 anos, encerrar a entrevista.

Resposta: _____

2. Está em situação de rua?

Marcar apenas uma opção.

Se não estiver em situação de rua, encerrar a entrevista.

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

3. Dia e horário da entrevista

Data: ____ / ____ / ____

Hora: ____ : ____

4. Entrevistador/a:

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

Preferencialmente em duplas.

5. Local da entrevista.

Marcar apenas uma opção.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Av. 22 de Novembro (Fonseca) | <input type="checkbox"/> Praça Juscelino Kubitscheck |
| <input type="checkbox"/> Av. Amaral Peixoto (Centro) | <input type="checkbox"/> Praça São João |
| <input type="checkbox"/> Barcas (Centro) | <input type="checkbox"/> Rua Ator Paulo Gustavo |
| <input type="checkbox"/> Bateria São Lourenço | <input type="checkbox"/> Rua Gavião Peixoto (Icaraí) |
| <input type="checkbox"/> Caminho Niemeyer | <input type="checkbox"/> Rua Joaquim Távora (Icaraí) |
| <input type="checkbox"/> Campo de São Bento | <input type="checkbox"/> Rua Rui Barbosa (São Francisco) |
| <input type="checkbox"/> Centro Pop | <input type="checkbox"/> Rua Santa Rosa (Santa Rosa) |
| <input type="checkbox"/> Charitas | <input type="checkbox"/> RSão Lourenço |
| <input type="checkbox"/> Complexo Esportivo Caio Martins | <input type="checkbox"/> Terminal Rodoviário |
| <input type="checkbox"/> Consultório na Rua | <input type="checkbox"/> Transversais da Av. Amaral Peixoto (Centro) |
| <input type="checkbox"/> Coronel Gomes Machado | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Coreto (Gragoatá) | Unidade de Acolhimento Arthur Bispo Do Rosário |
| <input type="checkbox"/> CREAS | <input type="checkbox"/> Unidade de Acolhimento Florestan Fernandes |
| <input type="checkbox"/> Favela do Sabão (em frente ao | <input type="checkbox"/> Viaduto da Alameda. |
| Extra) | |
| <input type="checkbox"/> Hotel Social/ Emergencial | <input type="checkbox"/> Viaduto da Igreja São Lourenço |
| <input type="checkbox"/> Ingá | <input type="checkbox"/> Outro local. Especifique: |
| <input type="checkbox"/> Lateral da Prefeitura | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Lateral do Plaza Shopping | |
| <input type="checkbox"/> Praça da Cantareira | |

DADOS DO/A ENTREVISTADO/A

6. Qual seu nome? Possui apelido (nome pelo qual é conhecido na rua)? Qual o nome de sua mãe? Possui animal de estimação com você na rua? Quantos? Qual o nome e espécie do animal?

Nome completo (contempla também nome social):

Apelido: _____

Nome da mãe: _____

Possui animal de estimação? Quantos? _____

Nome e espécie do animal: _____

7. Qual sua data de nascimento?

Inserir (01/01/1901) para quem não sabe/ não respondeu)

Resposta: _____/_____/_____

8. Onde costuma dormir?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Rua (calçada, viaduto, praça, rodoviária, cemitério, barcos, praias etc.)
- Abrigo (pernoite gratuito, albergue, unidade de acolhimento, casa de passagem, asilo, hotel, etc.)
- Barracos, locais abandonados, carros
- Quartos ou vagas alugados
- Outro (especifique): _____
- Não sabe/ Não quis responder

9. Com que frequência dorme na rua?

Marcar apenas uma opção.

- todos os dias
- 4 a 5 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 1 vez por semana
- apenas finais de semana
- Nunca
- Outro (especifique): _____
- Não sabe/Não quis responder

10. Qual seu sexo?

Marcar apenas uma opção.

- Feminino
- Masculino
- Outro (especifique): _____
- Não sabe/Não quis responder

11. Com qual gênero você se identifica?

Explicar de forma simplificada.

Marcar apenas uma opção.

- Cisgênero
- Transgênero
- Travesti
- Não binário
- Outro (especifique): _____
- Não sabe/Não quis responder

12. Qual sua orientação sexual?

Explicar de forma simplificada.

Marcar apenas uma opção.

- Heterossexual
- Homossexual
- Assexual
- Bissexual
- Pansexual
- Outro (especifique): _____
- Não sabe/ Não quis responder

13. Qual sua cor ou raça?

Ler as opções apenas se o entrevistado apresentar dificuldades em responder.

Marcar apenas uma opção.

- Parda
- Preta
- Branca
- Amarela
- Indígena
- Não sabe/ Não quis responder

14. Qual seu estado civil?

Marcar apenas uma opção.

- Solteiro/a
- Casado/a
- União estável
- Divorciado/a
- Separado/a
- Viúvo/a
- Solteiro/a
- Não sabe/Não quis responder

15. Qual a sua religião?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- Não possuo
- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Judaica
- Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras
- Outro (especifique) _____
- Não sabe/ Não quis responder

16. Onde você nasceu?*Questão aberta (caixa de texto com legenda).*

Município: _____

Estado: _____

Outro país: _____

17. Em que cidade você vivia antes de ir para a rua?*Questão aberta (caixa de texto com legenda).*

Município: _____

Estado: _____

Outro país: _____

18. Há quanto tempo está em situação de rua?*Inserir o número correspondente em apenas uma opção: dias, meses **OU** anos.*

Número no local	Marcar se dia, mês OU ano
	<input type="radio"/> Dias
	<input type="radio"/> Meses
	<input type="radio"/> Anos
	<input type="radio"/> Não sabe/Não quis responder

19. Onde você costuma passar o dia?

(Exemplos: na praia, no Centro Pop, no abrigo, em tal rua, em tal praça, circulando pelo centro da cidade).

Questão aberta (caixa de texto).

20. Onde você costuma passar a noite?

(Exemplos: na praia, no abrigo, em tal rua, em tal praça, circulando pelo centro da cidade).

Questão aberta (caixa de texto).

21. Por que você está em situação de rua?

(Deixar o entrevistado falar e adequar às opções, quando possível. Marcar mais de uma opção quando for o caso)

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conflitos familiares (dificuldades de conviver com a família, desavenças com parentes, separações) | <input type="checkbox"/> Para trabalhar/acessar renda na rua |
| <input type="checkbox"/> Expulsão de casa | <input type="checkbox"/> Perda da casa por causas naturais ou acidentes (deslizamentos, alagamentos, incêndios etc.) |
| <input type="checkbox"/> Deficiência | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desalento | <input type="checkbox"/> Preconceito pela orientação de gênero/sexualidade |
| <input type="checkbox"/> Desemprego | <input type="checkbox"/> Problemas de saúde |
| <input type="checkbox"/> Despejo/ não conseguiu pagar aluguel | <input type="checkbox"/> Sempre viveu em situação de rua (está na rua desde que nasceu) |
| <input type="checkbox"/> Diminuição da renda | <input type="checkbox"/> Uso abusivo ou nocivo de álcool e outras drogas |
| <input type="checkbox"/> Egresso do sistema de acolhimento infantojuvenil (abrigos) | <input type="checkbox"/> Violência doméstica |
| <input type="checkbox"/> Egresso do sistema socioeducativo | <input type="checkbox"/> Violência no território de origem (Inclui ameaças no lugar que morava) |
| <input type="checkbox"/> Egresso do sistema prisional de privação de liberdade (cadeia, casa de detenção, presídios, sistema socioeducativo) | <input type="checkbox"/> Expulsão pelo tráfico/ milícia |
| <input type="checkbox"/> Opção própria/Prefere ficar na rua | <input type="checkbox"/> Violência sexual |
| <input type="checkbox"/> Pandemia da Covid-19 | <input type="checkbox"/> Outros (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Para ficar perto do trabalho (não consegue pagar a passagem de volta para casa) | <hr/> <hr/> |
| | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder |

22. Você tem algum dos seguintes documentos?

Insira a letra correspondente ao status de cada documento.

Inserir a letra correspondente (colunas 2) ao status de cada documento (coluna 3)	Coluna 2	STATUS DO DOCUMENTO Coluna 3
Certidão de nascimento/ Certidão de casamento _____	A	Nunca tirou
RG _____	B	Não se aplica
CPF _____	C	Já tirou e está em posse.
Título de eleitor _____	D	Já tirou, mas perdeu/não sabe onde está.
Certificado de reservista _____	E	Já tirou, mas está sob a guarda de outra pessoa (terceiros).
Carteira de trabalho _____	F	Já tirou, mas está guardada/o em instituição.
Cartão do SUS _____	G	Já tirou, mas está inacessível devido a violência doméstica.
	H	Já tirou, mas perdeu
	I	Já tirou, mas foi recolhido pela Abordagem ou Segurança Pública
	J	Não sabe/ Não quis responder

Outro(especifique): _____

23. Sabe ler e escrever?

Marcar apenas uma opção.

- Não (mesmo se souber escrever apenas o nome)
- Sim
- Não sabe/ Não quis responder

24. Qual sua escolaridade?

Marcar apenas uma opção.

- Nunca frequentou a escola
- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino técnico completo
- Ensino técnico incompleto
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Não sabe/ Não quis responder

25. Qual sua profissão?

Caixa de texto única

Se não possuir, escrever por extenso "Não possui".

26. Você trabalha?

Marcar apenas uma opção.

- Sim, na rua
- Sim, fora da rua
- Sim, dentro e fora da rua
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

27. Em que você trabalha ou qual atividade você faz na rua para conseguir dinheiro?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Não trabalha
- Carga e descarga em caminhões
- Construção civil/pedreiro/ pintor
- Distribui panfletos
- Faz programas/ Prostituição
- Jardinagem
- Lava/guarda carros/flanelinha
- Limpeza/faxina
- Pede dinheiro (mendicância)
- Reciclagem
- Tomador de conta
- Vendedor (vende coisas na rua)
- Outro (especifique): _____
- Não sabe/ Não quis responder

QUESTIONÁRIO ESTENDIDO

28. Assinale "sim" para continuar o questionário (versão estendida) e "não" para encerrar (versão reduzida).

Marcar apenas uma opção.

- Sim
- Não

29. Trabalhava antes de ir para a rua?

Marcar apenas uma opção

Questão com lógica de ramificação: se responder sim, vai para a questão 30. Se responder não ou não sabe, vai para a questão 31.

- Sim, trabalhava em emprego formal com carteira assinada
- Sim, trabalhava em emprego informal sem carteira assinada
- Sim, trabalhava, mas ficou desempregado
- Não, nunca trabalhou. PULE PARA Q.31
- Nunca trabalhou. PULE PARA Q.31
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.31

30. Em qual ocupação?

Caixa de texto única.

31. Antes de ir para a rua, em que tipo de local você residia?

Referente à diferenciação socioespacial.

Marcar apenas uma opção.

- Em comunidade/ favela
- Em bairro periférico, na área urbana
- Na zona rural
- Em região central
- Em área ocupada por classes altas
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro (especifique) _____

32. Em qual tipo de residência você vivia antes de ir para a rua?

Marcar apenas uma opção.

- Imóvel próprio
- Imóvel alugado
- Imóvel cedido
- Imóvel de posse
- Ocupação
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro (especifique) _____

33. Qual o tipo de construção da residência que você vivia antes de ir para a rua?

Marcar apenas uma opção.

- Alvenaria
- Adobe
- Madeira
- Papelão
- Metal
- Palafita
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro (especifique) _____

34. Quantos cômodos havia e quantas pessoas viviam no imóvel?

Inserir o valor correspondente nas duas colunas

Número de cômodos da residência	Número de pessoas na residência

35. Quais serviços estavam disponíveis (na residência ou próximo à residência)?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abastecimento de água encanada | <input type="checkbox"/> Área de esporte/lazer |
| <input type="checkbox"/> Esgotamento sanitário | <input type="checkbox"/> Posto de policiamento |
| <input type="checkbox"/> Coleta de lixo | <input type="checkbox"/> Supermercado/ comércio |
| <input type="checkbox"/> Energia elétrica | <input type="checkbox"/> Transporte público |
| <input type="checkbox"/> Rua asfaltada/ calçamento | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Escola | <input type="checkbox"/> Outra. Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Posto de saúde | _____ |

36. Já viveu em situação de rua em outro município antes de estar em Niterói?

Questão com lógica de ramificação. Se sim, vai para questão 37. Se não ou não sabe/ Não quis responder, vai para 38.

Marcar apenas uma opção.

- Sim
- Não. PULE PARA Q.38
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.38

37. Em qual município?

Caixa de texto única.

38. Possui filhos?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação: se sim, ir para a questão 39.

Se não, ou não sabe/ não quis responder, ir para a questão 41.

- Sim
- Não. PULE PARA Q.41
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.41

39. Possui filhos menores de idade?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação: se sim, ir para a questão 40.

Se não, ou não sabe/ não quis responder, ir para a questão 41.

- Sim
- Não. PULE PARA Q.41
- Não sabe/Não quis responder. PULE PARA Q.41

40. Se sim, onde estão esses filhos?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso (considerando que pode ser mais de uma situação, por ter mais de um filho).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estão comigo na rua ou no abrigo | <input type="checkbox"/> Foram adotados |
| <input type="checkbox"/> Estão com familiares | <input type="checkbox"/> Não sei onde estão |
| <input type="checkbox"/> Estão com conhecidos | <input type="checkbox"/> Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Estão com desconhecidos | <input type="checkbox"/> Outro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> | _____ |

Estão em situação de acolhimento
(vivem em abrigos)

41. Possui contato com alguém da família que não está na rua?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação: se responder sim, vai para a questão 42. Se responder não, vai para a questão 43. Se não sabe/Não quis responder, vá para questão 44.

- Sim
- Não. PULE PARA Q.43
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.44

42. Se sim, com quem?

Caixa de texto única

43. Se não, por quê?

Caixa de texto única

44. Com que frequência consegue se alimentar?

Marcar apenas uma opção.

- Não consegue se alimentar todos os dias
- 1 vez ao dia
- 2 vezes ao dia
- 3 vezes ao dia
- Mais de 3 vezes ao dia
- Não sabe/ Não quis responder

45. Qual a origem da sua alimentação?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Carreatas
- Centro Pop
- Compra a própria comida
- Cozinha a própria alimentação na rua
- Doação de pessoas
- Doação de restaurantes
- Hotéis/ Abrigos/ Unidades de Acolhimento
- Igrejas
- Organizações Sociais/ ONGs
- Restaurantes Populares
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro. Qual? _____

46. Onde costuma fazer suas necessidades fisiológicas (usar o banheiro)?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Casa de parentes/amigos
- Escolas/universidades
- Pequenos comércios (lojas, restaurantes, bares etc.)
- Postos de gasolina
- Praia
- Rodoviária
- Rua
- Serviços da assistência (hotel, abrigo centro pop, creas etc.)
- Serviços de saúde (Consultório na rua, clínicas da família, hospitais etc.)
- Supermercados/ Shopping
- Não sabe/ Não quis responder
- Outros. Especifique _____

47. Possui acesso a água potável?

Marcar apenas uma opção

Questão com lógica de ramificação: se responder sim, vai para a questão 48. Se responder não ou não sabe, vai para questão 49.

- Sim
- Não. PULE PARA Q.49
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.49

48. Onde você consegue a água?

Caixa de texto única

49. Possui acesso a banho?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação: se responder sim, vai para a questão 50. Se responder não ou não sabe, vai para questão 51.

- Não. PULE PARA Q.51
- Sim, todos os dias
- Sim, apenas alguns dias na semana
- Não sabe/ Não quis responder PULE PARA Q.51

50. Onde costuma tomar banho?

Caixa de texto única

51. Possui algum problema de saúde?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> HIV/Aids |
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Infecções de pele |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Não possui problemas de saúde |
| <input type="checkbox"/> Dependência química/uso abusivo ou nocivo de drogas | <input type="checkbox"/> Outras ISTs |
| <input type="checkbox"/> Depressão/doença dos nervos | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de saúde bucal (dor de dente, inflamação nas gengivas etc.) |
| <input type="checkbox"/> Doença autoimune | <input type="checkbox"/> Problemas decorrentes de acidentes |
| <input type="checkbox"/> Doença de chagas | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Doenças crônicas (artrite/artrose, reumatismo, dor na coluna) | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho digestivo/intestinal | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias | <input type="checkbox"/> Outro (especifique)? |
| <input type="checkbox"/> Hanseníase (lepra) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatite | _____ |

52. Possui alguma dificuldade física?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- Não possui nenhuma dificuldade
- Dificuldade para enxergar
- Dificuldade para falar
- Dificuldade para ouvir
- Dificuldade para se locomover
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro (especifique) _____

53. Fez uso de cigarro, álcool e/ou outras drogas no último ano?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Não
- Sim, álcool
- Sim, anfetaminas
- Sim, cigarro
- Sim, cocaína
- Sim, cola
- Sim, crack
- Sim, loló
- Sim, maconha
- Sim, tinner
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro (especifique): _____

54. Que tipo de unidade de saúde você vai em Niterói?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

Questão com lógica de ramificação: se responder não ou não sabe, vai para a questão 62. Se responder alguma unidade, vai para 55.

- Não frequenta. PULE PARA Q.62
- Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)
- Centro de convivência
- Consultório na Rua (CNAR)
- Hospital
- Policlínica
- Posto de Saúde
- Saúde da Família
- Serviço Privado (IGREJA /ONG)
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.62
- Outro. (especifique): _____

55. Qual desses serviços de saúde você mais frequenta?

Mesmos serviços listados na questão anterior

Marcar apenas uma opção

- Centro de Atendimento Psico social (CAPS)
- Centro de convivência
- Consultório na Rua (CNAR)
- Hospital
- Policlínica
- Posto de Saúde
- Saúde da Família
- Serviço Privado (IGREJA /ONG)
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro. (especifique): _____

56. Que tipo de serviço você busca na unidade de saúde que você mais frequenta?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Atendimento da psicologia
- Atendimento do serviço social
- Consulta de enfermagem
- Consulta médica
- Consulta odontológica
- Curativo
- Medicamento
- Nebulização
- Vacina
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro. Especificar: _____

57. Com que frequência vai a essa unidade?

Marcar apenas uma opção.

- Diariamente
- Mensalmente
- Não há regularidade
- Semanalmente
- Só quando sente necessidade
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro. Especificar: _____

58. Como você avalia os serviços prestados pela unidade de saúde?

Marcar apenas uma opção.

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sabe/ Não quis responder

59. Teve dificuldades de acesso a essa unidade de saúde?

Marcar apenas uma opção

Questão com lógica de ramificação: se responder sim, vai para a questão 60. Se responder não ou não sabe, vai para a questão 61.

- Sim
- Não PULE PARA Q61
- Não sabe/ Não quis responder PULE PARA Q61

60. Quais dificuldades encontrou para acessar a unidade de saúde?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> Preconceito de outros usuários do serviço |
| <input type="checkbox"/> Falta de profissionais | <input type="checkbox"/> Preconceito dos profissionais |
| <input type="checkbox"/> Impossibilidade de entrar com o animal de estimação | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Longo tempo de espera | <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: |
-

61. O que você sugere para melhorar o serviço prestado pela unidade de saúde?*Caixa de texto única*

62. Faz uso de algum medicamento de uso contínuo?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- Não
- Sim, busca na farmácia popular
- Sim, busca no consultório na rua
- Sim, busca no dispensário
- Sim, busca no hospital
- Sim, busca no posto de saúde
- Sim, compra os próprios medicamentos
- Sim, recebe de doações (igrejas, pessoas, grupos sociais etc)
- Sim, recebe na rua de profissionais da saúde na rua
- Não sabe/ Não quis responder
- Outro (especifique) _____

63. Que dificuldades você tem para cuidar da sua saúde?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- Acessar medicação
- Acessar o serviço
- Ausência/ poucos profissionais
- Falta de insumos nas unidades de saúde
- Infraestrutura ruim nas unidades de saúde
- Localização da unidade de saúde
- Preconceito dos outros pacientes
- Falta de autocuidado
- Preconceito dos profissionais
- Não sabe Não quis responder
- Outros. Especifique: _____

64. Já foi atendido por algum desses serviços de assistência social em Niterói?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

Questão com lógica de ramificação: se responder não ou não sabe, vai para a questão 69.
Se responder alguma unidade, vai para 65.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca foi atendido. PULE PARA Q.69 | <input type="radio"/> Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) |
| <input type="radio"/> Acolhimento institucional (Abrigo) | <input type="radio"/> Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) |
| <input type="radio"/> Hotel Emergencial | <input type="radio"/> Não sabe/Não quis responder PULE PARA Q.69 |
| <input type="radio"/> Centro Pop | <input type="radio"/> Outro(especifique): _____ |
| <input type="radio"/> Abordagem Social | _____ |
| <input type="radio"/> Restaurante Popular | |
| <input type="radio"/> Equipe de Referência para Álcool e outras Drogas (ERAD) | |

65. Qual desses serviços você mais frequenta?*(Serviços listados na questão anterior).**Marcar apenas uma opção.*

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Acolhimento institucional (Abrigo) | <input type="radio"/> Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) |
| <input type="radio"/> Hotel Emergencial | |
| <input type="radio"/> Centro Pop | <input type="radio"/> Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) |
| <input type="radio"/> Abordagem Social | <input type="radio"/> Não sabe/Não quis responder |
| <input type="radio"/> Restaurante Popular | <input type="radio"/> Outro(especifique): _____ |
| <input type="radio"/> Equipe de Referência para Álcool e outras Drogas (ERAD) | _____ |

66. Como você avalia os serviços prestados nesse equipamento?*Marcar apenas uma opção.*

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sabe/ Não quis responder

67. Teve dificuldades de acesso a esse serviço/ equipamento da assistência social?*Marcar apenas uma opção**Questão com lógica de ramificação: se responder sim, vai para a questão 68. Se responder não ou não sabe, vai para a questão 69.*

- Sim
- Não. PULE PARA Q.69
- Não sabe/ Não quis responder.PULE PARA Q.69

68. Quais dificuldades encontrou para acessar o equipamento da assistência social?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> Preconceito de outros usuários do serviço |
| <input type="checkbox"/> Falta de profissionais | <input type="checkbox"/> Preconceito dos profissionais |
| <input type="checkbox"/> Impossibilidade de entrar com o animal de estimação | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Longo tempo de espera | <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: |
-

Assinale se o questionário é realizado em abrigo (unidades de acolhimento e hotel social ou se é na rua)

- Abrigo
- Rua

**ATENÇÃO – QUESTÕES 69 A 72 APENAS PARA PESSOAS ACOLHIDAS
SE NÃO ESTIVER ACOLHIDA, PULAR PARA A Q.73**

69. Há quanto tempo está no abrigo ou hotel?

APENAS PARA PESSOAS ACOLHIDAS

Inserir o número correspondente em apenas uma opção: dias, meses OU anos.

Número	Marcar se dia, mês OU ano
	<input type="radio"/> Dias
	<input type="radio"/> Meses
	<input type="radio"/> Anos
	<input type="radio"/> Não sabe/Não quis responder

70. Como avalia o atendimento prestado neste abrigo/ hotel?

Marcar apenas uma opção.

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sabe/ não quis responder

71. O que pode ser feito para melhorar o atendimento no abrigo/ hotel?

Caixa de texto única

72. Já esteve em outra instituição de acolhimento?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, em outro município do interior do estado |
| <input type="checkbox"/> Sim, em Niterói | <input type="checkbox"/> Sim, em outro estado |
| <input type="checkbox"/> Sim, em outro município da região metropolitana do Rio | <input type="checkbox"/> Sim, em outro país |
| | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder |

**ATENÇÃO – QUESTÕES 73 A 77 APENAS PARA PESSOAS NA RUA
SE NÃO ESTIVER NA RUA, PULAR PARA A Q.78**

73. Já esteve em alguma instituição de acolhimento?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação. Se respondeu Não ou não sabe vai para 76. Se respondeu Sim, vai para 74.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não. PULE PARA Q.78 | <input type="checkbox"/> Sim, em outro estado |
| <input type="checkbox"/> Sim, em Niterói | <input type="checkbox"/> Sim, em outro país |
| <input type="checkbox"/> Sim, em outro município da região metropolitana do Rio | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder
PULE PARA Q.78 |
| <input type="checkbox"/> Sim, em outro município do interior do estado | |

74. Por quanto tempo?

Considere a última instituição

Marcar apenas uma opção.

- Menos de 1 semana
- De 1 semana até 1 mês
- De 1 mês a seis meses
- De seis meses a 1 ano
- De 1 a 3 anos
- Mais de 3 anos
- Não sabe/ Não quis responder

75. Como avalia o atendimento prestado nessa instituição/ abrigo?

Marcar apenas uma opção.

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sabe/ não quis responder

76. Gostaria de ir para um abrigo?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação: se responder sim ou não sabe, vai para a questão 78.

Se responder não, vai para a questão 77.

- Não
- Sim, tentou, mas não conseguiu vaga. PULE PARA Q.78
- Sim, está aguardando vaga. PULE PARA Q.78
- Sim, mas não sabe como. PULE PARA Q.78
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.78

77. Por que não quer ir para um abrigo?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Violência no entorno do abrigo
 - Violência no interior do abrigo
 - Regras restritivas do abrigo em relação ao horário
 - Regras restritivas em relação a entrada de animais
 - Regras restritivas em relação a entrada de grandes volumes
 - Distância do abrigo em relação aos territórios que ocupa
 - Condições de higiene dos abrigos
 - Condições de infraestrutura dos abrigos
 - Impossibilidade de permanência junto com parceiros
 - Impossibilidade de permanência junto com filhos
 - Experiência anterior em abrigo muito negativa
 - Quer ser livre
 - Não sabe/ Não quis responder
 - Outros (Especifique) _____
-
-

78. O que poderia ser feito para melhorar os abrigos? O que um abrigo deveria ter para atender suas necessidades?

Caixa de texto única.

79. Você recebe algum Benefício Social?

Marcar todas as linhas.

Preencher todas as linhas

Inserir a letra correspondente (coluna 2)	Coluna 1	Coluna 2
	Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)	A) Recebe atualmente
	Aposentadoria/ pensão	B) Recebeu, mas deixou de receber (suspenso ou cancelado)
	BPC/LOAS	C) Tentou, mas não conseguiu receber
	Auxílio emergencial	D) Nunca tentou receber
	Moeda Araribóia (auxílio de Niterói)	E) Não se aplica ao caso F) Não sabe/ Não quis responder
	Vale Social	
	Riocard (BILHETE ÚNICO GRATUIDADE)	

Outro (especifique): _____

80. Durante o período em que está na rua, acessou algum serviço ou projeto de arte, cultura, lazer ou esporte?

Marcar apenas uma opção.

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

81. Qual tipo de atividade você gostaria de participar nessa área?

Caixa de texto única

Se o respondente não souber ou não quiser responder, escreva no espaço.

82. Já participou de algum projeto/programa ou fez algum curso de qualificação profissional?

Marcar apenas uma opção.

- Não
- Sim
- Não sabe/ Não quis responder

83. Que cursos você gostaria de fazer?

Caixa de texto única

Se o respondente não souber ou não quiser responder, escrever no espaço.

84. Gostaria de voltar a estudar (Educação Formal)?

Marcar apenas uma opção.

- Não
- Sim
- Não sabe/ Não quis responder

85. Já foi abordado por agentes de segurança?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Não
- Sim, pela Guarda Municipal
- Sim, pela Polícia Militar
- Sim, por agentes de Segurança Privada
- Não sabe/ Não quis responder

86. Já sofreu alguma violência na rua?*Enquanto estava/está em situação de rua.*

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Nunca sofreu violência
- Lgbtfobia (violência em função da orientação sexual ou identidade de gênero)
- Racismo
- Violência contra a mulher
- Violência Física
- Violência Institucional (por parte de representantes públicos)
- Violência Patrimonial (inclui retirada de pertences)
- Violência Psicológica
- Violência Sexual
- Violência Verbal
- Não sabe/ Não quis responder
- Outros (especifique):
-
-

87. Já foi impedido de frequentar algum espaço por estar em situação de rua? (Percepção do entrevistado)*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca foi impedido de entrar em nenhum lugar | <input type="checkbox"/> Sim. Serviços de assistência |
| <input type="checkbox"/> Sim. Bancos, Igrejas | <input type="checkbox"/> Sim. Serviços de saúde |
| <input type="checkbox"/> Sim. Espaços públicos (praças, praias, canteiros, viadutos etc.) | <input type="checkbox"/> Sim. Transporte coletivo |
| <input type="checkbox"/> Sim. Estabelecimentos comerciais (lojas, mercados, shopping, bares etc.)
Outros órgãos públicos | <input type="checkbox"/> Sim. Universidades/ escolas |
| <input type="checkbox"/> Sim. Estabelecimentos de cultura/lazer (museus, cinemas etc.) | <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não quis responder |
| | <input type="checkbox"/> Outro (especifique): |
-

88. Você teve Covid-19?

Marcar apenas uma opção.

- Sim. Fez exame e deu positivo
- Não. Fez exame e deu negativo
- Não sabe. Teve sintomas, mas não fez exame
- Não sabe. Não teve sintomas e não fez exames
- Não quis responder

89. A pandemia da Covid 19 trouxe alguma dificuldade para sua sobrevivência na rua?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Não
- Sim, dificuldade de conseguir renda
- Sim, dificuldade para conseguir trabalho formal
- Sim, dificuldade em conseguir alimento
- Sim, dificuldade de atendimento na assistência social
- Sim, dificuldade de atendimento na saúde
- Sim, dificuldade de acesso a máscara e álcool
- Sim, dificuldade de acesso a vacina
- Sim, dificuldade de atendimento de emergência
- Não sabe/ Não quis responder
- Outros. (especifique) _____

90. Conhece movimentos sociais voltados para os direitos da população em situação de rua?

- Não
- Não, mas gostaria de participar
- Sim, é integrante
- Sim, já ouviu falar
- Sim, gostaria de participar
- Não sabe/ Não quis responder

91. Você votou na última eleição?

Marcar apenas uma opção.

Considere a última eleição.

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

92. Quais os medos que você tem em viver na rua?

93. O que poderia te proteger na rua?

94. Você gostaria de sair da rua?

Marcar apenas uma opção.

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

95. O que faria você sair da rua?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Benefício social financeiro (aposentadoria, BPC-Loas, Auxílio Brasil, transferência de renda, etc)
- Emprego
- Moradia
- Tratamento para uso abusivo de álcool/drogas
- Resgate dos vínculos familiares
- Nada (prefere ficar na rua)
- Não sabe/ não quis responder
- Outro (especifique): _____

96. O que melhoraria sua vida?

97. O que você acha que as pessoas que estão em situação de rua precisam?

98. Como você vê sua vida nos próximos cinco anos?

ATENÇÃO – QUESTÕES 99 A 117
APENAS PARA PESSOAS DO SEXO FEMININO
Destinado apenas a mulheres cis e homens trans
SE NÃO FOR O CASO, PULAR PARA A Q.118

99. Você faz uso de algum método contraceptivo?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Não faz uso
- Contraceptivo oral
- Contraceptivo injetável
- Camisinha masculina
- Camisinha feminina
- Diafragma
- DIU
- Coito interrompido
- Laqueadura
- Não sabe/ Não quis responder
- Outros. Especifique: _____

100. Você tem acesso a absorventes?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Não se aplica
- Não
- Sim, por distribuição da prefeitura
- Sim, por doação
- Sim, eu mesma (o) compro
- Não sabe/ Não quis responder

101. Que estratégias você utiliza para sua higiene durante o período menstrual?

Se não menstrua, escrever no espaço.

102. Você já fez o exame preventivo (Papanicolau)?*Marcar apenas uma opção*

- Não
- Sim
- Não sabe/ Não quis responder

103. Há quanto tempo você fez seu último exame preventivo?*Marcar apenas uma opção*

- Nos últimos 2 anos
- Nos últimos 5 anos
- Há mais de 5 anos
- Nunca fez
- Não sabe/ Não quis responder

104. Você já fez mamografia?*Marcar apenas uma opção*

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

105. Há quanto tempo você fez a última mamografia?*Marcar apenas uma opção*

- Nos últimos 2 anos
- Nos últimos 5 anos
- Há mais de 5 anos
- Nunca fez
- Não sabe/ Não quis responder

106. Você está grávida?

Questão com lógica de ramificação. Se respondeu sim, vai para 107, se respondeu não ou não sabe, vai para 109.

Marcar apenas uma opção

- Sim
- Não. PULE PARA Q.108
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.108

107. Está fazendo pré-natal?

Marcar apenas uma opção

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim, em outro Serviço Público de Saúde |
| <input type="radio"/> Sim, no Consultório na Rua | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Sim, na Clínica da Família | <input type="radio"/> Sim, em um Serviço Privado de Saúde |
| | <input type="radio"/> Não sabe/ Não quis responder |

108. Você já teve alguma gestação enquanto estava em situação de rua? Se sim, quantas?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação: se responder que nunca teve gestação na rua ou não sabe, vai para a questão 116. Se responder qualquer outra alternativa, vai para a questão 109.

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Nunca teve uma gestação na rua. PULE PARA Q.116 | <input type="radio"/> 6 |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 7 |
| <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 8 |
| <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 9 |
| <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 10 |
| <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> Mais de 10 |
| <input type="radio"/> Não sabe/ Não quis responder PULE PARA Q.116 | |

109. Foi realizado o pré-natal da última gestação em situação de rua?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- Não
- Sim, no Consultório na Rua
- Sim, na Clínica da Família
- Sim, em outro Serviço Público de Saúde
- Sim, em um Serviço Privado de Saúde
- Não sabe/ Não quis responder

110. Você recebeu algum tipo de ajuda durante as suas gestações na rua?*Marcar as linhas com a letra correspondente**Preencher todas as linhas*

Inserir a letra correspondente (coluna 2).	Coluna 1 Tipo de apoio/suporte	Coluna 2 Quem prestou apoio
	Apoio emocional	A) Não recebeu apoio B) Igreja/ONGs C) Serviços públicos D) Amigos que também estão na rua E) Amigos ou família domiciliados F) Desconhecidos G) Não sabe/ Não quis responder
	Apoio financeiro	
	Apoio material	
	Alimentação	
	Medicação	
	Outro. Especificar:	

111. Onde o(s) bebês nasceu/nasceram?*Marcar mais de uma opção, quando for o caso.*

- Hospital
- Outro Serviço de Saúde
- Rua
- Casa
- Ambulância/ SAMU
- Transporte
- Viatura policial
- Outro. Especifique: _____
- Não sabe/ Não quis responder

112. Após o(s) parto(s) da(s) sua (s) gestação (ões) na rua, o que aconteceu com a(s) criança(s)?

Marcar mais de uma opção, quando for o caso.

- Está/estão com conhecidos
- Está/estão com familiares
- Está/estão em abrigos
- Está/estão Estão na rua
- Está/estão Foram adotadas
- Está/estão Estão com desconhecidos
- Está/estão
- Não sabe onde as crianças estão
- Não quis responder
- Outro (especifique): _____

113. Foi oferecido algum tipo de alternativa para você ficar com a (s) criança (s)?

Questão com lógica de ramificação. Se responder sim, vai para 114. Se responder não ou não sabe, vai para 115.

Marcar apenas uma opção

- Sim
- Não. PULE PARA Q.115
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.115

114. Se sim, quais foram as alternativas dadas? Quem ofereceu as alternativas?

Caixa de texto única

115. Você mantém contato com a(s) criança(s)? Que tipo de contato?

Caixa de texto única

116. Você já sofreu algum aborto?*Marcar apenas uma opção*

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

117. Quais as principais dificuldades que você, enquanto pessoa do sexo feminino, enfrenta vivendo em situação de rua?*Caixa de texto única*

ATENÇÃO – QUESTÕES 118 A 123
APENAS PARA PESSOAS TRANS, TRAVESTI, NÃO BINÁRIOS
SE NÃO FOR O CASO, ENCERRAR A ENTREVISTA

118. Você faz uso de hormônio?

Marcar apenas uma opção.

Questão com lógica de ramificação: se responder que não ou não sabe, vai para a questão 123. Se responder sim, vai para a questão 125.

- Sim
- Não
- Não sabe/ Não quis responder

119. Onde você adquire o hormônio?

Marcar apenas uma opção

- Compra com recursos próprios
- Doação
- Na unidade de saúde
- Não sabe/ Não quis responder
- Outros. Especifique _____

120. Recebe acompanhamento para o tratamento hormonal?

Marcar apenas uma opção

- Sim, na unidade de saúde
- Não, auto aplicado/ terceiros
- Não sabe/ Não quis responder
- Outros. Especifique _____

121. Você faz uso de silicone?

Marcar apenas uma opção

Questão com lógica de ramificação: se responder que não ou não sabe, vai para a questão 123. Se responder sim, vai para a questão 122.

- Sim
- Não. PULE PARA Q.123
- Não sabe/ Não quis responder. PULE PARA Q.123

