

ARTIGO ORIGINAL

Perfil Epidemiológico da População em Situação de Rua em Município do Estado de São Paulo – Brasil

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz¹; Hanna Oliveira Ramos²
Vanessa Nascimento Monteiro da Silva³; Daniela Lerback Jacobsen⁴
Marília Jesus Batista⁵

Destaques:

1. Dados epidemiológicos de um grupo populacional de difícil acesso.
2. Uso intenso de substâncias psicoativas, sendo o crack com maior prevalência.
3. Condições de vida e saúde que evidenciam a necessidade da integralidade do cuidado.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil epidemiológico da população em situação de rua atendida pelo consultório na rua de um município no Estado de São Paulo, com foco no uso abusivo de álcool e drogas. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com uso de dados secundários sobre a população em situação de rua de Jundiaí obtidos por meio dos registros de atendimentos no ano de 2020 pela equipe do consultório na rua. Utilizou-se a estatística descritiva com o auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para análise das variáveis sexo, idade, cor/raça, orientação sexual, utilização dos serviços de saúde, comorbidades, uso de substâncias e padrão de consumo. Adotou-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram registrados 836 atendimentos. A amostra foi majoritariamente masculina (68,7%), heterossexual (33,3%), da cor/raça autodeclarada parda (30,2%), com idade média de 41 anos. Identificou-se que apenas 4,8% da amostra utilizam serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Observou-se comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (3,1%), diabetes mellitus (1,2%), sífilis (1,1%) e HIV (1%). Foi declarado por 52,9% dos indivíduos a utilização de substâncias, sendo usuários de uma droga (18,9%) ou de duas (18,6%). A substância mais utilizada foi o crack (36,8%), seguido do álcool (34,0%) e tabaco (21,7%). **Conclusão:** É possível perceber a necessidade de políticas e serviços que contemplem a longitudinalidade e integralidade do cuidado das pessoas em situação de rua, considerando as vulnerabilidades e especificidades, como as afecções mais prevalentes e o contexto da drogadição no viver nas ruas.

Palavras-chave: população em situação de rua; perfil de saúde; saúde pública; drogadição.

¹ Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ. Jundiaí/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5567-397X>

² Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ. Jundiaí/SP, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4445015891268603>

³ Consultório na Rua de Jundiaí. Jundiaí/SP, Brasil <https://orcid.org/0009-0004-0302-1517>

⁴ Consultório na Rua de Jundiaí. Jundiaí/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4828-2954>

⁵ Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ. Jundiaí/SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0379-3742>

INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) representa um grupo populacional que carrega particularidades resultantes da influência dos fatores produzidos por uma estrutura social promotora de desigualdades nos aspectos individuais¹. Estima-se na atualidade que o território brasileiro possui cerca de 281.472 cidadãos em situação de rua². O único censo construído no Brasil sobre a PSR foi realizado no período de agosto de 2007 a março de 2008, quando identificou-se por meio de análise em 71 cidades o quantitativo de 31.922 viventes de rua³. Cabe salientar que algumas capitais não foram incluídas no censo nacional por realizarem seus próprios censos, como é o exemplo da cidade de São Paulo que tinha, em 2009, uma PSR de 13.666 indivíduos. Segundo o censo municipal de 2019, essa cidade já lida agora com 24.344 Pessoas em Situação de Rua⁴. Estima-se que após a pandemia da Covid-19 estes números tenham aumentado significativamente, tornando clara a necessidade de estudar o perfil epidemiológico desse grupo, muitas vezes invisível pela população e pelos tomadores de decisão pública.

A expressão “situação de rua” demonstra claramente a condição de imprecisão, transitoriedade, precariedade e vulnerabilidade que vivenciam esses indivíduos. Em confronto com esses aspectos, existe o processo de produção social e a determinação do lugar de cada pessoa no ambiente social por meio da afirmação de identidade⁵. As PSRs são enquadradas em uma identidade subversiva, carregada de depreciação, frustrando as expectativas da sociedade normal. As incessantes humilhações provocadas pelo estigma geram sentimentos de desprezo e fortalecem a exclusão social, inclusive criando barreiras de acesso aos serviços públicos, como os de saúde, e também gerando dificuldades na realização de pesquisas tendo esta população como foco de estudo⁶.

Após mobilizações sociais, no ano de 2009 foi instituída a partir do decreto nº 7.053 a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que visa a assegurar o acesso amplo deste grupo aos diversos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas no âmbito da saúde, educação, assistência social, direitos humanos, entre outros⁷. Esse respaldo político foi um grande avanço na garantia de direitos deste grupo extremamente vulnerável, entretanto não garantiu isoladamente a quebra de barreiras que impossibilitam o acesso aos serviços públicos, como ao sistema de saúde e delimitam a sua exclusão social. Dados levantados pela pesquisa nacional indicam que cerca de 18% dos entrevistados já foram impedidos de atendimento na rede de saúde³.

O processo de “rualização” pode não ser desencadeado por um fator pontual, mas sim pela interação de fatores individuais, coletivos, sociais e contextuais. Pode-se notar que o alcoolismo ou uso abusivo de drogas, o desemprego e desentendimentos com familiares constituem-se os fatores predisponentes de maior prevalência⁸. Não obstante o uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas apareça de forma expressiva – sendo citado por 35,5% das pessoas entrevistadas no censo nacional supramencionado – há, em muitos casos, uma certa dificuldade em se estabelecer uma relação de causalidade entre esse hábito e a situação de rua tendo em vista que o uso de substâncias possa ter sido agravado pela condição como e de forma a anestesiá-la³. A utilização de substâncias psicoativas não deve ser considerada unicamente pelo efeito orgânico, de prazer ou dependência. Torna-se pertinente observar a gama de aspectos que envolvem esses sujeitos, como o contexto social, a cultura e as histórias de vida⁹.

Na década de 80, em Salvador, foi criado a projeto Banco de Rua com a finalidade de quebrar as barreiras de acesso à saúde pública para jovens usuários de substâncias psicoativas que moravam em praças no centro da cidade¹⁰. Em 1999 surgiu também em Salvador, Bahia, o primeiro Consultório de Rua (CR), visando à atenção à saúde de crianças e adolescentes com problemas de drogadição. No mesmo local, em 2004, o CR foi instalado no Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e drogas (Caps-ad) referenciado pela Política Nacional de Saúde Mental. Ainda em 2004, na rede

de atenção básica, surgem os Programas Saúde da Família sem domicílio que atualmente funcionam como “Consultório na Rua”, posto que, em 2012, este equipamento tornou-se responsabilidade da Política Nacional de Atenção Básica, alterando a nomenclatura Consultório “de” para Consultório “na” Rua¹⁰.

Nesse ínterim, este grupo populacional passou a ser assistido integralmente, reconhecendo-se que as necessidades em saúde não são apenas em relação ao consumo de álcool e drogas. As equipes de Consultório na Rua atuam nos primeiros cuidados às urgências/emergências, assim como na promoção e prevenção da saúde¹¹. Segundo Aguiar e Iriart¹², outros problemas de saúde referidos pelas pessoas, além do abuso de substâncias psicoativas, são HIV/Aids, transtornos mentais/psiquiátricos, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais, esses dois últimos sendo mais frequentemente associados a condições diárias de cuidado, alojamento e alimentação mais precarizadas.

Para nortear as tomadas de decisão na gestão pública em saúde, principalmente no que respeita às linhas de cuidados e os serviços voltados para esta população, torna-se importante conhecer o perfil epidemiológico da população em situação de rua. Este estudo contribui com a visibilidade desse segmento da população, desconstruindo preconceitos e possibilitando conhecer sua condição de saúde para a elaboração de estratégias específicas a este grupo populacional. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi conhecer o perfil epidemiológico da PSR atendida pelo Consultório na Rua de um município no Estado de São Paulo, com foco no uso abusivo de álcool e drogas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, que se utilizou de dados secundários das condições de saúde da população em situação de rua, adquiridos dos registros da população atendida pelo Consultório na Rua em Jundiaí, São Paulo (SP), Brasil.

O município de Jundiaí, no qual o estudo foi realizado, encontra-se a 57 km de São Paulo, capital do Estado, tem área territorial de 431.207 km² e população estimada de 423.006 habitantes (município de médio porte), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,822 em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³.

O Consultório na Rua (CnaR) tem como finalidade a prestação de serviços de atenção básica à PSR de forma exclusiva e oferecer atenção integral a essa população¹⁴. A equipe multiprofissional que compõe o CnaR é formada por um médico, um auxiliar de enfermagem, dois profissionais redutores de danos, sendo um deles o motorista. Em Jundiaí o CnaR possui 835 pessoas cadastradas e realizou, junto ao Centro POP, 2.774 atendimentos no ano de 2020.

Visando a traçar o perfil epidemiológico da população supramencionada, foram analisados todos os dados das condições de saúde provenientes dos atendimentos realizados pelo CnaR de Jundiaí durante o ano de 2020. Foram excluídos os dados dos indivíduos com informações de saúde ausentes no banco de dados.

O banco de dados foi alimentado pela equipe do CnaR e disponibilizado em formato Excel, no qual realizou-se a codificação das informações disponíveis para possibilitar as análises estatísticas. Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, como: idade, sexo, cor/raça, orientação sexual, geração de renda, vínculo com a rede de apoio e tempo em situação de rua, bem como as variáveis acesso aos serviços de saúde, uso e padrão do consumo de substâncias psicoativas, além das comorbidades evidenciadas para traçar o perfil de saúde.

Realizou-se, inicialmente, uma análise descritiva com média, desvio padrão e percentual, dos dados coletados na população, identificando o perfil epidemiológico e, sobretudo, as condições de

saúde da população estudada, com o auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Jundiaí e aprovado sob protocolo 4.915.622. A autorização para realização de coleta fora requisitada à Secretaria Municipal de Saúde, Consultório na Rua e Vigilância Epidemiológica do município.

RESULTADOS

Após análise dos dados obtidos a partir de 836 cadastros disponibilizados pelo CnaR de Jundiaí, observa-se que a amostra tem como característica a média 41 anos de idade e sua maior parcela é composta por pessoas do sexo masculino correspondendo a 68,7% da amostra (N = 574), observando-se que a maioria se autodeclarou parda (30,2%, N = 252). Assim, 42,9% da População em Situação de Rua atendida pelo Consultório na Rua em Jundiaí no ano de 2020 é negra, dada a soma de pretos e pardos como consta no IBGE (N= 358). Em relação à orientação sexual, a maior parte (33,3%, N = 278) declarou-se heterossexual. Cabe ressaltar que nessa variável houve 5 pessoas descritas como transexuais, apesar de este não ser um termo referente à orientação sexual, e sim ao gênero (Tabela 1).

Entre as atividades listadas pelos usuários para a geração de renda foram apontadas atividade como “mangueia” – jargão utilizado para descrever o ato de receber esmolas (N = 6), prostituição (N = 4) e reciclagem (N = 2). Já em relação ao vínculo, apenas 12,8% (N = 107) apresentam algum tipo de vínculo que seja descrito como uma possibilidade de rede de apoio e 14,7% (N = 123) encontram-se em situação de rua a um período de 5 a 10 anos. Apenas 1,4% (N = 12) declararam ser domiciliadas, ou seja, fazer estadia em abrigos ou pensão. Na amostra, apenas 1 pessoa declarou passagem por comunidade terapêutica. Um total de 78,4% da amostra (N = 655) declararam ter acesso a algum tipo de serviço de saúde, considerando inclusive o CnaR (Tabela 1).

Considerando o uso de substâncias, nota-se que este é um hábito de grande frequência, posto que foi declarado por 52,9% (N = 442); sendo usuários de uma única droga (18,9%) ou de duas (18,6%). Entre as substâncias mais usadas temos o de crack (36,8%), seguido por álcool (34,0%) e tabaco (21,7%). Já o padrão específico para o crack, droga mais utilizada, corresponde em média ao uso de até 10 pedras por dia (Tabela 2).

Observou-se entre as PSRs de Jundiaí a presença de outras patologias, além do uso abusivo de substâncias, como hipertensão arterial sistêmica (3,1%), diabetes mellitus (1,2%), pessoas com sífilis (1,1%, somando aqueles com a infecção ativa e em tratamento) e HIV (1%). Ainda notamos que essas comorbidades não aparecem de forma isolada em cada indivíduo, uma vez que 18,3% deles lidam com dois agravos concomitantemente (Tabela 3).

O próprio CnaR ganha destaque como principal maneira de cuidado continuado para 74,9% das pessoas que já foram atendidas ao menos uma vez no CnaR; ao passo que apenas 4,8% daqueles que responderam relataram utilizar o serviço de Unidades Básicas de Saúde. Outros serviços utilizados foram Centro POP por 16,3% (N = 136) da PSR e o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) por 4,6% (N = 38), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) (16,3%). Apenas 1,3% (N = 11) teve acesso a serviços de atenção especializada, como serviços de diagnóstico por imagem, e 1,7% (N = 14) relatou utilizar serviços de atenção e assistência vinculados a instituições religiosas, como Vinha da Luz (Lar Espírita), Missão Belém, Casa Santa Marta e Centro Terapêutico Educacional Cristão (CTEC) (Tabela 4).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra, Jundiaí, SP, 2020

| Variável | N | Média | Mediana |
|----------------------------------|-----|---------|---------|
| Idade | 711 | 41 anos | 47 anos |
| Variáveis | N | % | |
| Sexo | | | |
| Transsexual | 4 | 0,5 | |
| Feminino | 219 | 26,2 | |
| Masculino | 574 | 68,7 | |
| Não declarados | 38 | 4,6 | |
| Cor | | | |
| Preto | 106 | 12,7 | |
| Pardo | 252 | 30,2 | |
| Branco | 217 | 26 | |
| Amarelo | 2 | 0,2 | |
| Não declarados | 258 | 30,9 | |
| Orientação Sexual | | | |
| Heterossexual | 278 | 33,3 | |
| Homossexual | 14 | 1,7 | |
| Transsexual* | 5 | 0,6 | |
| Outros | 2 | 0,2 | |
| Não declarados | 536 | 64,2 | |
| Geração de Renda | | | |
| Reciclagem | 2 | 0,2 | |
| “Mangueia” | 6 | 0,7 | |
| Doação | 1 | 0,1 | |
| Prostituição | 4 | 0,5 | |
| Não declarados | 822 | 98,4 | |
| Vínculo com rede de apoio | | | |
| Sim, família | 106 | 12,7 | |
| Sim, amigo | 1 | 0,1 | |
| Não | 177 | 21,2 | |
| Não declarados | 551 | 66 | |
| Tempo em situação de rua | | | |
| < 1 mês | 10 | 1,2 | |
| 1 a 6 meses | 75 | 9 | |
| 6 a 12 meses | 37 | 4,4 | |
| 1 a 5 anos | 57 | 6,8 | |
| 5 a 10 anos | 123 | 14,7 | |
| 10 a 15 anos | 3 | 0,4 | |
| > 15 anos | 4 | 0,5 | |
| Domiciliado | 12 | 1,4 | |
| Não declarados | 514 | 61,6 | |

Passagem em Comunidade Terapêutica

| | | |
|----------------|-----|------|
| Sim | 1 | 0,1 |
| Não declarados | 834 | 99,9 |

Acesso aos serviços de saúde

| | | |
|----------------|-----|------|
| Sim | 655 | 78,4 |
| Não | 10 | 1,2 |
| Não declarados | 170 | 20,4 |

*opção referida nos dados fornecidos, apesar da incoerência com a variável

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2 – Descrição do uso de substâncias relatadas pela PSR, Jundiaí, SP, 2020

| Variáveis | N | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Faz uso? | | |
| Sim | 442 | 52,9 |
| Não | 11 | 1,3 |
| Não declarados | 382 | 45,7 |
| Tabaco | | |
| Sim | 181 | 21,7 |
| Não | 257 | 30,8 |
| Não declarados | 397 | 47,5 |
| Álcool | | |
| Sim | 284 | 34 |
| Não | 154 | 18,4 |
| Não declarados | 397 | 47,5 |
| Maconha | | |
| Sim | 72 | 8,6 |
| Não | 366 | 43,8 |
| Não declarados | 397 | 47,5 |
| Cocaína | | |
| Sim | 34 | 4,1 |
| Não | 404 | 48,4 |
| Não declarados | 397 | 47,5 |
| Crack | | |
| Sim | 302 | 36,2 |
| Não | 136 | 16,3 |
| Não declarados | 397 | 47,5 |
| Frequência do uso de crack | | |
| Até 5 pedras/dia | 32 | 3,8 |
| Até 10 pedras/dia | 72 | 8,6 |
| Até 20 pedras/dia | 33 | 4 |
| Até 30 pedras/dia | 7 | 0,8 |

| | | |
|-----------------------------|-----|------|
| Mais de 30 pedras/dia | 4 | 0,5 |
| Parou | 1 | 0,1 |
| Faz uso há 3 anos | 1 | 0,1 |
| Não declarados | 685 | 82 |
| Quantidade de subst. usadas | | |
| Uma | 158 | 18,9 |
| Duas | 155 | 18,6 |
| Três | 94 | 11,3 |
| Quatro | 32 | 3,8 |
| Múltiplas (>4) | 3 | 0,4 |
| Não declarados | 393 | 47,1 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3 – Análise das comorbidades e patologias informadas pela PSR, Jundiaí, SP, 2020.

| Variáveis | N | % |
|-------------------------|----|-----|
| Doenças cardíacas | | |
| HAS | 26 | 3,1 |
| Arritmia | 1 | 0,1 |
| Insuficiência cardíaca | 1 | 0,1 |
| DM | 10 | 1,2 |
| Obesidade | 1 | 0,1 |
| Doenças geniturinárias | | |
| Bartolinite | 1 | 0,1 |
| Cistos ovarianos | 1 | 0,1 |
| Insuficiência Renal | 1 | 0,1 |
| Litíase | 1 | 0,1 |
| Tuberculose | | |
| Em tratamento | 2 | 0,2 |
| Tratamento interrompido | 1 | 0,1 |
| Teve no passado | 1 | 0,1 |
| Hanseníase | 1 | 0,1 |
| Sífilis | | |
| Em tratamento | 3 | 0,4 |
| Sífilis ativa | 6 | 0,7 |
| Teve no passado | 1 | 0,1 |
| HIV | 8 | 1 |
| Hepatite | 2 | 0,2 |
| Ácido úrico | 1 | 0,1 |

| | | |
|---------------------------------------|-----|------|
| Trauma | 1 | 0,1 |
| Manifestações cutâneas | | |
| Lesão de pele | 5 | 0,6 |
| Micose | 3 | 0,4 |
| Escabiose | 1 | 0,1 |
| Transtornos Mentais | | |
| Epilepsia | 1 | 0,1 |
| Bipolaridade | 2 | 0,2 |
| Associação de patologias/comorbidades | | |
| Uma | 48 | 5,7 |
| Duas | 153 | 18,3 |
| Três | 23 | 2,8 |
| Não declarados | 611 | 73,2 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 4 – Descrição da utilização dos serviços de saúde pela PSR, Jundiaí, SP, 2020

| Variáveis | N | % |
|-------------------------|-----|------|
| Consultório na Rua | | |
| Sim | 625 | 74,9 |
| Não | 30 | 3,6 |
| Não declarados | 180 | 21,6 |
| CAPS | | |
| Sim | 38 | 4,6 |
| Não | 617 | 73,9 |
| Não declarados | 180 | 21,6 |
| Centro POP | | |
| Sim | 136 | 16,3 |
| Não | 519 | 62,2 |
| Não declarados | 180 | 21,6 |
| Unidade Básica de Saúde | | |
| Sim | 40 | 4,8 |
| Não | 615 | 73,7 |
| Não declarados | 180 | 21,6 |
| Instituições Religiosas | | |
| Sim | 14 | 1,7 |
| Não | 641 | 76,8 |
| Não declarados | 180 | 21,6 |
| Atenção especializada | | |
| Sim | 11 | 1,3 |
| Não | 644 | 77,1 |
| Não declarados | 180 | 21,6 |

Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve o intuito de conhecer o perfil epidemiológico da população em situação de rua atendida pelo CnaR do município de Jundiaí-SP a fim de produzir dados relevantes para o planejamento em saúde, direcionando ações e serviços específicos para este grupo populacional pouco estudado. Os dados encontrados de cunho sociodemográfico corroboram a literatura científica disponível, uma vez que a amostra foi composta majoritariamente por homens, negros e em idade economicamente ativa^{3,6,15}. Ressalta-se o consumo de substâncias psicoativas pela maior parte da população estudada, com o crack sendo a principal droga, seguida pelo álcool. Foram também relatadas doenças crônicas não transmissíveis e ISTs, que merecem atenção e planejamento em saúde para o devido manejo e cuidado integral. Compreender a realidade desta população que vive à margem da sociedade é de extrema relevância e responsabilidade da comunidade científica, gestores em saúde e população.

A partir da intersecção dessas múltiplas vulnerabilidades que atravessam essa população, é possível balizar discussões acerca da prevalência do uso de substâncias psicoativas, extremamente significativa no presente estudo. A partir da análise podemos observar como tal comportamento se consolida neste segmento populacional, tornando-se, portanto, necessário um manejo de políticas e intervenções importantes direcionadas à PSR, dado que o uso de substâncias que causam dependência reverbera tanto na intensificação e perpetuação da situação de vulnerabilidade, como também nos fatores de risco para que indivíduos tenham a rua como principal ambiente de sobrevivência^{15,16}.

O processo de drogadição não representa experiências exclusivamente individualizadas, e sim faz parte das interações sociais do indivíduo com o contexto de vida e o pertencimento a algum grupo social¹⁷. Nessa perspectiva, salienta-se que o cuidado integra as relações construídas pelos moradores de rua, podendo considerar as substâncias psicoativas como elementos do estilo de vida, culturais e de comunicação, tendo em vista a realidade de privação e hostilidade em que vivem¹⁷. De certa maneira o uso de substância pode ser parte do motivo que leva uma parcela desta população à rua, mas também é um meio de sobreviver anestesiado às condições da rua na perspectiva do sofrimento individual e coletivo. Assim, futuros estudos precisam ampliar e aprofundar este debate.

O uso de drogas agrupa boa parte das PSRs como mecanismo de suporte aos problemas comuns encarados na vivência pelas ruas. Dessa forma, a cultura emerge em resposta aos atravessamentos confrontados pelo coletivo¹⁶. Analisando este contexto com a complexidade cultural, pode-se afirmar que a PSR e o uso de drogas representam uma subcultura, tendo em vista que se opõem às condutas e regras ditas dominantes, prevalecendo a ideia de consumo das substâncias psicoativas no fortalecimento das relações e como resultantes de um ritual de socialização^{15,17}. Importante refletir, entretanto, sobre o impacto na saúde mental dos viventes de rua para compreender as possibilidades de associação do motivo para a ida às ruas, o consumo desordenado de substâncias psicoativas, as vulnerabilidades e o processo de desfiliação social imposto pela classe dominante.

A atuação do CnaR é de extrema relevância nas “cenas de uso”, ou seja, nos locais de consumo intenso de substâncias psicoativas, por imperar a lógica da Redução de Danos (RD) na prática de trabalho. A RD considera o entendimento da complexidade do fenômeno de consumo de psicoativos, desde as formas de uso, as individualidades dos viventes de rua e as culturas em que estes estão inseridos¹⁸. Logo, na perspectiva da RD a intenção principal não é “obrigar” os indivíduos a eliminar o consumo de drogas, mas sim potencializar estratégias que minimizem os danos à saúde provenientes da utilização de substâncias psicoativas, como a prevenção de overdoses, orientações e promoção da abstinência, distribuição de insumos, como preservativos, lubrificantes, água, entre outros, a fim de diminuir o risco de exposição a agravos em saúde e intervir de forma a fortalecer o protagonismo do sujeito e estimular mudanças na vida dessas pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial¹⁹. Observa-se neste estudo que o consumo de substância psicoativa foi principalmente o crack e o padrão de consumo foi em média dez pedras por dia.

E, para não resumir essa população ao agravo do uso nocivo de substâncias psicoativas de maneira isolada, é preciso considerar a existência de outros acometimentos e, principalmente, que as medidas de manejo e tratamento de condições crônicas e de infecções sexualmente transmissíveis devam ser pensadas e ajustadas de acordo com as especificidades não só da população, com o propósito de garantir o acesso aos diversos serviços de saúde, mas também de cada indivíduo que a compõe, como as condições encontradas neste estudo²⁰.

Ressalta-se a importância de interpretarmos os agravos descritos no presente estudo dentro do conceito de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs). No Brasil, tal grupo é definido a partir da prevalência entre populações negligenciadas e são priorizadas as seguintes doenças: tuberculose, doença de Chagas, hanseníase, malária, leishmaniose, dengue e esquistossomose²¹. Considerando os dados observados nesta pesquisa, como a prevalência de tuberculose, hanseníase e até mesmo lesões de pele que necessitam ser esclarecidas, percebemos a importância do incentivo a pesquisas que englobem áreas de prevenção e tratamento, explorando desde o barateamento de medicações e até a viabilidade do método aplicado às particularidades de cada população negligenciada, com a PSR sendo uma a ser considerada. Outro fator importante quando discutimos prevenção de DTNs, é o papel da atenção primária na promoção de educação em saúde e que também auxilia, por sua vez, na identificação de casos de maneira precoce e prevenção de novos casos²¹. Assim, reitera-se a importância do CnaR por se constituir como importante dispositivo de facilitação de acesso à atenção primária e aos demais serviços de saúde das mais diferenciadas complexidades. Ressalta-se o pouco uso das Unidades Básicas de Saúde, bem como dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e isso pode ser reflexo da estigmatização aos moradores de rua, o que gera consequências como a não inclusão desta população nos serviços de saúde.

A PSR lida constantemente com diversas iniquidades estruturadas em esferas distintas que contemplam desde fatores individuais – que, por sua vez, englobam predisposições para estabelecimento da situação de rua – até fatores sociais e programáticos. A existência de uma vulnerabilidade individual associada à incapacidade da sociedade e das instituições, que podem ser chamadas de vulnerabilidades social e programática respectivamente, em manejar uma inclusão e oferta de serviços a esses indivíduos de maneira equitativa é que promovem e mantêm a existência de populações invisibilizadas, aprofundando a iniquidade existente²².

Uma das primeiras, e principais, dificuldades encontradas para a realização da análise descritiva dos dados foi o não preenchimento de todas as variáveis presentes no questionário de cadastro. Variáveis não preenchidas ou preenchidas de maneira equivocada, como exemplo a caracterização de “transsexuais” na variável de orientação sexual, revelam a não existência de uma padronização e sistematização de preenchimento do instrumento, o que dificultou uma maior assertividade da análise descritiva realizada. Apesar destas barreiras, o presente estudo tem a grande importância de trazer dados de uma população pouco estudada, e que tem sido crescente nos grandes centros urbanos, constituindo um importante problema de saúde pública.

A partir desses dados é possível, sobretudo, perceber a necessidade de políticas e serviços que assegurem a longitudinalidade do cuidado de cada morador de rua, compreendendo suas vulnerabilidades e demandas, e também atuantes na promoção, prevenção e educação em saúde inseridos na realidade corriqueira desta população^{15,18,20}.

CONCLUSÃO

O estudo apontou o consumo intenso de substâncias psicoativas, em especial o crack, pela PSR. Em relação às comorbidades, constatou-se diversas condições de saúde que merecem atenção dos tomadores de decisão da gestão pública em saúde, como doenças mentais, cardíacas, respiratórias,

ISTs, entre outras. Constatou-se quanto aos serviços de saúde utilizados pela PSR, que o CnaR prevaleceu quando comparado com as Unidades Básicas de Saúde.

Foi possível compreender e reafirmar a importância da elaboração de estratégias específicas e coordenadas para suprir as diversas necessidades dessa população, como o cuidado de usuários de substâncias psicoativas, considerando a importância de transpor o estigma que enfrentam diariamente para que o cuidado em saúde seja feito de forma eficiente, englobando promoção, prevenção e garantia de tratamento para determinadas afecções de saúde, sendo estas crônicas ou transmissíveis, incluindo a transversalização do cuidado com a redução de danos, além de reforçar a necessidade de conhecer quem integra a População em Situação de Rua para que essas estratégias sejam bem direcionadas, alimentando o desenvolvimento de novas pesquisas e possibilitando a efetivação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- ¹ Sousa Silva SY, dos Santos Rosa LC, de Carvalho Soares Lima M. Perfil das pessoas em situação de fragilidade social atendidas pelo “consultório na rua” na cidade de Teresina-PI. *Rev. Ciênc. Plural* [Internet]. 10 ago. 2020 [citado 2 fev. 2023];6(1):108-119. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18168>
- ² Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Nota Técnica nº 103: Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2021-2022). Brasília: Ipea; 2023.
- ³ Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS). Primeiro censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: MDS; 2008.
- ⁴ Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). Censo da População em Situação de Rua da cidade de São Paulo 2019. Qualitest Ciência e Tecnologia Ltda., 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf. Acesso em: 22 jan. 2023.
- ⁵ Andrade R de, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saúde debate* [Internet]. 27 jun. 2022 [citado 25 jan. 2023];46(132 jan./mar.):227-239. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6157>
- ⁶ Hino P, Santos OJ, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(supl1):732-740.
- ⁷ Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 24 dez. 2009. [acesso em 2023 jan. 22]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
- ⁸ Faria FG, Siqueira-Batista R. Perspectivas acerca do cuidado com a saúde das pessoas em situação de rua. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 4 mar. 2022 [citado 25 jan. 2023];17(44):2548. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2548>.
- ⁹ Daniele Carmo Queiroz, Renata Meira Veras, Ananda Genonádio, Adailton Alves da Costa Filho. A população em situação de rua: As estratégias de planejamento intersetorial para o cuidado em saúde. *NTQR* [Internet]. 8 jul. 2022 [citado 22 jan. 2023];13:e707. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/707>
- ¹⁰ Nery Filho A, Valério ALR, Monteiro LF. Guia do projeto consultório de rua. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. 2012. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/guia-do-projeto-consultorio-de-rua>
- ¹¹ Nascimento TH de S, Santos JCG dos, Sampaio MB, Teixeira A da C, Brito EPM. População em situação de rua e o acesso aos serviços de saúde: concepções e determinantes. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 22 jul. 2022 [citado 22 jan. 2023];18(2):21-29. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/171441>.
- ¹² Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Jan; 28(1):115–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>
- ¹³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2019: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

- ¹⁴ Sanches Costa MI, Santos Lucena F. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua: um olhar sobre a estratégia do Consultório na Rua. *Rev. Inter. de Dir. Humanos* [Internet]. 14 jun. 2022 [citado 22 jan. 2023];10(1):65-84. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/126>
- ¹⁵ Jesus AA da S, Lisboa MS. Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Psi Divers Saúde* [Internet]. 9 nov. 2022 [citado 24 jan. 2023];11:e3939. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/3939>
- ¹⁶ Astrês Fernandes M, Alves de Alencar Ribeiro A. População em situação de rua e o direito de acesso aos serviços de saúde. *Rev. Inter. de Dir. Humanos* [Internet]. 14 jun. 2022 [citado 14 fev. 2023];10(1):129-123. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/124>
- ¹⁷ Gomes RS, Passoni LC de L, Sirigatti R de P, Rozin L, Sanches L da C, Cavassin FB. Saúde dos indivíduos em situação de rua: entre queixas, sintomas e determinantes das doenças crônicas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 22 dez. 2022 [citado 8 mar. 2023];17(44):3.233. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3233>
- ¹⁸ Nascimento VF do, Ferreira KA, Hattori TY, Terças-Trettel ACP, Lemes AG, Luis MAV. Relações de pessoas em situação de rua com uso de substâncias psicoativas. *Rev. Soc. Hum.* [Internet]. 7 dez. 2022 [citado 7 fev. 2023];35(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/43479>
- ¹⁹ Costa EF da. Consultório na rua: construindo uma clínica ampliada com a população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. *REASE* [Internet]. 28 fev. 2023 [citado 3 mar. 2023];9(2):1.308-1.329. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8624>
- ²⁰ Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, Dalbosco C, Pechansky F, Kessler F, Diemen LV. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2017;33(6):e00037517.
- ²¹ Malta DC, Gomes CS, Barros MB de A, Lima MG, Almeida W da S de, Sá ACMGN de, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol* [Internet]. 2021;24(Rev. Bras. Epidemiol., 2021 24). DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>
- ²² Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde debate* [Internet]. 7 jul. 2022 [citado 2 fev. 2023];43(especial 7 dez.):50-61. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2329>

Submetido em: 2/4/2023

Aceito em: 16/2/2024

Publicado em: 17/7/2024

Contribuições dos autores

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Redação do manuscrito original e Redação – revisão e edição.

Hanna Oliveira Ramos: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia e Redação do manuscrito original.

Vanessa Nascimento Monteiro da Silva: Investigação, Redação do manuscrito original e Redação – revisão e edição.

Daniela Lerback Jacobsen: Investigação, Redação do manuscrito original e Redação – revisão e edição.

Marília Jesus Batista: Conceituação, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Redação do manuscrito original e Redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Não possui financiamento.

Autor correspondente

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz

Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ

Rua Francisco Teles, 250 – Vila Arens, Jundiaí/SP, Brasil.

ra2103001@g.fmj.br

Editora: Dra. Christiane de Fátima Colet

Editora-chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído
sob os termos da licença Creative Commons.

