

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DO CUIDADO EM SAÚDE
CURSO DE DOUTORADO

BIANCA CAMPOS OLIVEIRA

CORRELAÇÃO ENTRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E SOCIAL DE
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA E A PREVALÊNCIA DE LESÕES
TISSULARES

NITERÓI, RJ

2022

BIANCA CAMPOS OLIVEIRA

CORRELAÇÃO ENTRE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E SOCIAL DE
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA E A PREVALÊNCIA DE LESÕES
TISSULARES

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação Acadêmico em Ciências do
Cuidado em Saúde, como requisito para
obtenção do título de Doutor.

Orientadora:

Prof.^a Dra. BEATRIZ GUITTON RENAUD BAPTISTA DE OLIVEIRA

NITERÓI, RJ

2022

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

O48 Oliveira, Bianca Campos.
Correlação entre perfil epidemiológico, clínico e social de indivíduos em situação de rua e a prevalência de lesões tissulares / Bianca Campos Oliveira. – Niterói: [s.n.], 2022. 160 f.

Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2022.

Orientador: Prof^a Beatriz Guitton R. B. de Oliveira.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Ferimentos e Lesões. 3. Epidemiologia. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD: 362.1

Bibliotecário responsável: Renata Mara de Almeida CRB-7: 6328

BIANCA CAMPOS OLIVEIRA

CORRELAÇÃO ENTRE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E SOCIAL DE
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA E A PREVALÊNCIA DE LESÕES
TISSULARES

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação Acadêmico em Ciências do
Cuidado em Saúde, como requisito para
obtenção do título de Doutor.

Aprovada em 15 de fevereiro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Beatriz Guitton Renaud Baptista de oliveira / orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Beatriz Francisco Farah / 1^a examinadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Donizete Vago Daher / 2^a examinadora
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Fabiana Ferreira Koopmans / 3^a examinadora
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Mônica de Castro Maia Senna / 4^a examinadora
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Priscila Alfradique de Souza / Suplente
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Felipe Guimarães Tavares / Suplente
Universidade Federal Fluminense

Moradores de Rua

Já faz muito tempo,
Que a rua é a minha casa.
Tem dias que como muito.
Tem dias que como nada.

Minha vida não é triste,
Triste é a minha situação.
Há dias que sou agredido,
E demonstro indignação.

Nunca quis morar na rua,
Mais a vida obrigou.
Tinha sonho como qualquer pessoa,
Mais um dia fracassou.

Tentei um dia me mudar,
Para buscar melhor condição.
Mais que engano da minha cabeça,
Fiquem sem abrigo, sem teto e sem chão.

Se vê alguém na rua,
Não despreze, por favor!
Somos pessoas humildes.
Que a oportunidade acabou.

Você quer um futuro justo,
E estudar para ser doutor.
Mais lembre dos que moram na rua,
E se puder, nos ajude. Por favor!

Autor: Lupercinio Lima

“Realizar este estudo foi a concretização de um sonho, que me transformou e me fez evoluir enquanto pesquisadora, enfermeira e ser humano. A população em situação de rua me trouxe ensinamentos que fogem aos livros,

periódicos e as salas de aulas.” (Bianca Campos Oliveira)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força e iluminado meu caminho, para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida.

Aos meus pais, Carolina e José Alírio, por todo amor, dedicação e carinho. Pelos momentos em que se tornaram presentes ao meu lado, apoiando-me e me fazendo acreditar que nada é impossível, pessoas que sigo como exemplo e que renunciaram a muitas coisas para me proporcionar a realização deste trabalho.

Aos meus irmãos, José Victor e André, a minha cunhada Beatriz e meu sobrinho Bernardo, pelo carinho e pela atenção que sempre tiveram, auxiliando-me em minha caminhada, meu imenso agradecimento.

A minha família que sempre compreendeu, por muitas vezes, a minha ausência e me apoiou, para que eu pudesse chegar até aqui; em especial aos meus tios e tias e ao meu avô Derli (*in memoriam*) e minha avó Marta.

Ao meu noivo Vitor Hugo que esteve sempre ao meu lado nos melhores e piores momentos, nunca me deixando desanimar e me incentivando a cada dia a ser uma profissional melhor. E a toda a sua família, Goretti, Antônio e Vinícius, que se tornaram minha família.

A minha orientadora, professora Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira, pelo ensinamento e pela dedicação dispensados no auxílio à concretização desta tese, ampliando o meu olhar para além do que já conhecia. Muitas coisas mudaram na minha vida nesse belo encontro que foi para além da pesquisa e que terá, sempre, um espaço muito especial. Tenho muita admiração, respeito e carinho pela minha eterna orientadora e mãe acadêmica, exemplo de profissional e pessoa a se seguir.

As pessoas em situação de rua que vivem em Niterói, que embora vivendo em contexto social tão desfavorável e de tanta vulnerabilidade, não perderam a capacidade de sonhar e se doar, sendo de grande importância para construção deste trabalho.

Aos pesquisadores do grupo de pesquisa CICATRIZAR, em especial à professora Bruna, Michelle, Carlinha, Thais, Priscilla e Cecília, que compartilharam de forma mais próxima todo esse processo de crescimento e desenvolvimento durante a construção da tese. E a todos os demais integrantes do grupo de pesquisa pelo apoio e pela torcida.

Às (aos) queridas (os) bolsistas voluntários (as): Beatriz, Gabi, Agatha, Amanda, Julia e todos os demais que estiveram presentes nos auxiliando durante o desenvolvimento do projeto, vocês fazem muita diferença. Meu eterno agradecimento.

Aos amigos que encontrei durante o curso, em especial Talita, Raquel, Livia, Maria Cristina e Maria Auxiliadora, pelas verdadeiras amizades que construí, por estarem sempre ao meu lado, por todos os momentos que passamos durante esses anos, meu especial agradecimento. Sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa.

À querida banca composta por grandes professores: Beatriz Farah; Donizete Vargas; Fabiana Ferreira; Mônica de Castro; Priscilla Alfradique e Felipe Guimarães, que avaliaram com muito carinho minha tese e trouxeram grandes colaborações. Um carinho especial à professora Donizete Vargas, que me recebeu com tanto carinho na Residência em Enfermagem em Saúde Coletiva e sempre esteve me apoiando e me auxiliando em todos os momentos em que eu precisei, meu eterno carinho, minha admiração e gratidão.

Por fim, gostaria de agradecer a todos pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, e aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse realizado.

Meu eterno AGRADECIMENTO.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico, clínico e social dos indivíduos em situação de rua de Niterói e a correlação com a prevalência de lesões tissulares. **Material e Método:** Pesquisa de métodos mistos, do tipo paralelo convergente, com abordagem quanti-qualitativa, realizada no município de Niterói. O período de coleta foi de setembro de 2021 a janeiro de 2022. A amostra foi constituída de 101 pessoas em situação de rua. Os dados foram coletados por dois protocolos adaptados, de acordo com a literatura, e, como técnica complementar, utilizou-se do diário de campo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, conforme protocolo nº 4.563.245, de 26 de fevereiro de 2021. Os dados quantitativos foram analisados no Excel 2010, por meio da estatística descritiva, e os dados qualitativos pela análise temática de conteúdo, sendo criadas as categorias temáticas: “Quem sou eu?”; “O cotidiano da rua”; “O ir e vir sem muito paradeiro”; “Meu lugar é a rua e meu refúgio é a droga”; “Pandemia, mais invisível que o vírus”; e “Saúde e cicatrizes da vida”.

Resultados e Discussão: A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (72%), mediana de idade de 42 anos, sendo, em maioria, da raça preta (48%) e separado/divorciado (50%). Quanto ao tempo em que o indivíduo vivia em situação de rua, houve mediana de cinco anos, sendo o tempo mínimo de 15 dias e tempo máximo de 60 anos. A violência foi relatada por 50% dos entrevistados, bem como o impedimento de entrarem em determinados locais. Os principais motivos de ida para a rua foram o conflito com familiares, seguido do desemprego e uso de drogas. As drogas mais utilizadas foram maconha (45%), seguido da cocaína (34%), do crack (13%). No contexto da pandemia, 22% dos entrevistados relataram que a pandemia os trouxe para rua, e mais da metade da população em situação de rua (65%) já havia se vacinado. No que tange às doenças de base, 43% apresentaram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e epilepsia. No tocante à integridade da pele, 32% relataram não ter ferida ou cicatriz, 59% referiram presença de cicatriz e 9% de lesões abertas, sendo as cicatrizes de lesões traumáticas, decorrentes principalmente de armas brancas e traumas do cotidiano da rua, bem como lesões como úlcera venosa, mordida de ratos, furúnculo e traumas. A chance de um morador de rua que sofre violência ter lesão aberta é 9,5 vezes maior. O que não tem ocupação é de 5,2 vezes maior de ter lesão aberta. Quanto ao uso de substâncias ilícitas, estima-se que a chance de um morador de rua que é etilista ter lesão de pele é 4,1 vezes maior. Enquanto, que usa maconha ter lesão de pele é 3,1 vezes maior. Comparando as estatísticas, observa-se que as pessoas que têm lesões de pele vivem na rua há um tempo significativamente maior do que as pessoas que não têm lesão de pele, a diferença na média é de 5,5 anos. Tais determinantes epidemiológicos, sociais e clínicos, são apontados nas categorias temáticas, que emergiram da

análise dos dados qualitativos, tais categorias foram: “Quem sou eu?”; “O cotidiano da rua”; “O ir e vir sem muito paradeiro”; “Meu lugar é a rua e meu refúgio é a droga”; “Pandemia, mais invisível que o vírus”; e “Saúde e cicatrizes da vida”. **Conclusão:** Os achados do presente estudo demonstram população adulta, majoritariamente masculina, apresentando cicatrizes, com histórico de lesões traumáticas, decorrentes do período em que se encontram nas ruas. Essa temática é multifatorial e necessita de estudos acerca dos determinantes sociais de saúde que fortaleçam as discussões na academia e sociedade.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Feridas; Epidemiologia; Métodos Mistos; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological, clinical and social profile of homeless persons in Niterói and the correlation with the prevalence of tissue injuries. **Material and Method:** This is a mixed methods research, with a convergent, parallel, quantitative-qualitative approach. The research was carried out in the city of Niterói. The data collection period was from September 2021 to January 2022. The sample consisted of 101 homeless persons. Data were collected through two protocols adapted according to the literature and using the field diary as a complementary technique. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine, under protocol No. 4,563,245 on February 26, 2021. Quantitative data were analyzed in Excel 2010, using descriptive statistics (median and interquartile range) and qualitative data through thematic content analysis. The following thematic categories were created: “Who am I?”; “The daily life on the streets”; “Coming and going without whereabouts”; “My place is the street and my refuge is drugs”; “Pandemic, more invisible than the virus” and “Health and scars of life”. **Results and Discussion:** Most respondents were male (72%), the median age was 42 years, most participants were black (48%) and separated/divorced (50%). As for the time that these individuals live on the streets, there was a median of 5 years, with a minimum time of 15 days and a maximum time of 60 years. Violence was reported by 50% of respondents, as well as being prevented from entering certain places. The main reasons for living in the streets were conflicts with family members, followed by unemployment and drug use. The most used drugs were marijuana (45%), followed by cocaine (34%), and crack (13%). In the context of the pandemic, 22% of respondents reported that the pandemic brought them to the streets, and more than half of the homeless population (65%) had already been vaccinated. Regarding the underlying diseases, 43% had systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, and epilepsy. Regarding skin integrity, 32% reported having no wounds or scars, 59% reported the presence of scars and 9% open injuries. The scars were caused by traumatic injuries, mainly resulting from bladed weapons and trauma from everyday life on the streets, as well as injuries such as venous ulcers, rat bites, boils, and trauma. The chance of a homeless person who suffers violence to have an open wound is 9.5 times greater. What has no occupation is 5.2 times greater than having an open lesion. Regarding the use of illicit substances, it is estimated that the chance of a homeless person who is an alcoholic to have a skin lesion is 4.1 times greater. Those who use illicit drugs have skin lesions 3.2 times higher. While those who use marijuana have skin lesions 3.1 times higher. Comparing the statistics, it is observed that people who have skin lesions have lived on the street for a significantly longer time than people who do not have skin

lesions, the difference on average is 5,5 years. Such epidemiological, social and clinical determinants are pointed out in the thematic categories, which emerged from the analysis of qualitative data, such categories were: “Who am I?”; “The daily life on the streets”; “Coming and going without whereabouts”; “My place is the street and my refuge is drugs”; “Pandemic, more invisible than the virus” and “Health and scars of life”. **Conclusion:** The findings of the present study demonstrate an adult population, mostly male, with scars and a history of traumatic injuries resulting from the period in which they live in the streets. This theme is multifactorial and requires studies on the social determinants of health to strengthen discussions in academia and society.

Keywords: Homeless Persons, Wounds, Epidemiology, Mixed Methods, Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Profissionais que podem compor a equipe do Consultório na Rua.....	39
Figura 2: Boxplot das distribuições de idade e número de filhos.....	63
Figura 3: Boxplots das distribuições do tempo vivendo na rua, tempo em que fica andando pelas ruas por dia, número de refeições por dia, tempo de sono, classificação do medo de viver na rua e renda mensal dos moradores de rua.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas da população em situação de rua – Niterói, 2021.....	60
Tabela 2: Distribuição de Frequências das características da população em situação de rua – Niterói, 2021.....	63
Tabela 3: Características do uso de drogas lícitas e ilícitas da população em situação de rua – Niterói, 2021.....	80
Tabela 4: Características da população em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19 – Niterói, 2021.....	81
Tabela 5: Características da população em situação de rua no contexto da saúde e da integridade da pele – Niterói, 2021.....	83
Tabela 6: Distribuição de frequências das variáveis que caracterizam as lesões das pessoas em situação de rua de Niterói.....	87
Tabela 7: Principais estatísticas das variáveis quantitativas coletadas neste estudo.....	89
Tabela 8: Matriz de Correlação entre as variáveis quantitativas e ordinais.....	90
Tabela 9: Análise dos fatores associados à ocorrência de lesão dos moradores de rua.....	92
Tabela 10: Análise da associação de variáveis quantitativas com a ocorrência de lesão dos moradores de rua.....	93
Tabela 11: Análise dos fatores associados à ocorrência de lesão dos moradores de rua.....	94
Tabela 12: Análise da associação de variáveis quantitativas com a ocorrência de lesão de pele dos moradores de rua.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frequência do Tipo de Violência Sofrida.....	69
Gráfico 2: Profissão das pessoas em situação de rua	72
Gráfico 3: Ocupação atual das pessoas em situação de rua – Niterói, 2021.....	73
Gráfico 4: Número de pessoas em situação de rua de acordo com o município de origem– Niterói, 2021.....	75
Gráfico 5: Distribuição pessoas em situação de rua no município de Niterói de acordo com a vontade de retornar ao município de origem – Niterói, 2021.....	76
Gráfico 6: Motivos de não retorno ao município de origem de pessoas em situação de – Niterói, 2021.....	77
Gráfico 7: Motivos de ida para a rua das pessoas em situação de rua – Niterói, 2021.....	78
Gráfico 8: Motivos das pessoas em situação de rua por estarem na rua e não nos abrigos – Niterói, 2021.....	79
Gráfico 9: Motivos das cicatrizes presentes nas pessoas em situação de rua – Niterói, 2021.....	85

LISTA DE MAPA

Mapa 1: Localização das pessoas em situação de rua no momento da abordagem da pesquisa– Niterói, 2021.....	48
--	----

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	95
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
APÊNDICE II - Protocolo II - Instrumento de coleta de dados e clínicos da lesão.....	106
APÊNDICE III - Protocolo I - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos.....	107
APÊNDICE IV – Diário de Campo.....	129

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	14
LISTA DE TABELAS	15
LISTA DE GRÁFICOS.....	16
LISTA DE MAPA.....	17
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS	18
1 INTRODUÇÃO	19
1.1. Questões de pesquisa	22
1.2 Objetivos.....	22
1.2.1 Geral	22
1.2.2 Específicos	22
3 REFERENCIAL CONCEITUAL	42
3.1 População em Situação de Rua e Epidemiologia	42
3.2 Consultório na Rua e equipe do Consultório na Rua.....	46
3.3 Políticas Públicas - Política de Redução de Danos.....	47
4 MATERIAL E MÉTODO	49
4.1 Tipo de estudo	49
4.2 Local da pesquisa.....	49
4.3 Cálculo da amostra	50
4.4 Coleta dos dados.....	51
4.5 Análise dos dados	52
4.6 Aspecto ético	55
4.6.1 Riscos e benefícios	56
5 RESULTADOS	57
6 DISCUSSÃO	97
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXO	119
APÊNDICE II	130
APÊNDICE III.....	131
APÊNDICE IV.....	152

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua constitui grupo heterogêneo que compartilha de extrema vulnerabilidade social, tendo os vínculos familiares fragilizados ou interrompidos e com inexistência de moradia convencional regular (BRASIL, 2009; HALLAIS, 2015; HINO, 2018).

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, define-a como um grupo populacional que possui em comum a pobreza extrema e utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

A inexistência de moradia se tornou um problema crônico que afeta, além dos países subdesenvolvidos, os países desenvolvidos. Os dados epidemiológicos apontam que nos Estados Unidos, há cerca de 2,3 a 3,5 milhões de americanos vivendo em situação de rua. No continente europeu, há escassez de dados quantitativos recentes abrangentes, mas estimativas de especialistas de 2009 sugerem que, a cada ano, cerca de 4,1 milhões de pessoas na União Europeia não estão abrigadas ou se encontram em acomodações temporárias ou de emergência (PETIT *et al.*, 2019).

O Brasil, apesar de dispor de censos e sistemas de informação, não dispõe de dados reais sobre a população em situação de rua, visto que esses sistemas contabilizam somente os que habitam em domicílios regulares ou coletivos (ENGSTROM, 2016).

Os dados apresentados em levantamento sobre a população em situação de rua, em 2008, pelo Ministério de Desenvolvimento Social, em 71 municípios, identificaram 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua (crianças e jovens não contabilizados). Destas, com relação ao quesito raça/cor autodeclarado, 39,1% eram pardos, 29,5% brancos e 27,9% negros. No total, 74% sabiam ler e escrever e quase a metade (48,4%) alegou ter completado o ensino fundamental (BRASIL, 2009; TILIO *et al.*, 2016; ENGSTROM *et al.*, 2016).

Conforme pesquisa realizada em 2008, os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%), ao desemprego (29,8%) e (29,1%) às desavenças com familiares (BRASIL, 2009). A justificativa da ida e permanência nas ruas devido a uma escolha pessoal também aparece, não de forma frequente e expressiva, porém deve ser

considerada. Ao relatarem a escolha pela vida nas ruas, justificam que a busca pela sensação de liberdade é a principal motivação (ROSA, 2018).

Em 2015, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou estimativa 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil, considerando variáveis como crescimento demográfico, dinamismo urbano, vulnerabilidade social e serviços voltados à população de rua, bem como o número de pessoas em situação de rua cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal (Cadastro Único). O IPEA ressalta que há limitações, como a impossibilidade de informar estimativas precisas para cada município, necessitando, assim, da realização de pesquisas municipais e incorporação desta população ao Censo de 2020 (NATALINO, 2016).

Mais recentemente, em março de 2020, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou estimativa de 222 mil brasileiros em situação de rua no Brasil, demonstrando crescimento de 140% desde 2012, e aceleração recente do crescimento, podendo observar alguns efeitos da pandemia. Na Região Sudeste, ao se comparar o número de pessoas em situação de rua nos anos de 2012 e 2020, observa-se que esta população quase triplicou, sendo total de 47.753 no ano de 2012 e 124.698 no ano de 2020 (NATALINO, 2020).

No município do Rio de Janeiro, foram realizados dois levantamentos pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos do município, no ano de 2016, a secretaria informou total de 14.279 pessoas em situação de rua; em 2018, esse número foi de 4.628 pessoas em situação de rua. A Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos do município justifica a discrepância dos dados de um ano para o outro, devido à utilização de metodologias diferentes em cada levantamento (RIO DE JANEIRO, 2018).

No que tange à população em situação de rua no município de Niterói, os dados também ainda são muito incipientes, desta forma, cálculo realizado Secretaria Municipal de Saúde do município de Niterói, no ano de 2019, apresentou média mensal de 182 pessoas em situação de rua, que foram abordadas pelo Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop) (PREFEITURA NITERÓI, 2019).

Niterói possui uma rede de assistência para população em situação de rua que conta com equipes de abordagem social especializada, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e cinco unidades de acolhimento (abrigos). Em abril de 2020, com o início da pandemia da COVID-19, foram ampliadas as vagas de acolhimento, com a contratação de hospedagem em hotel –

aumento de 60% das vagas. Os hotéis e centros de acolhimento têm, juntos, 240 vagas para pessoas em situação de rua. O projeto de acolhimento emergencial em Hotel Popular, desde a contratação até julho de 2021, atendeu a 1.134 pessoas em situação de rua (PREFEITURA NITERÓI, 2021).

No Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), as pessoas recebem atendimento de assistentes sociais, psicólogos e orientação jurídica, encaminhamento para serviços de saúde, trabalho e renda e documentação civil. O objetivo principal é construir, com as pessoas em situação de rua, um trabalho que culmine na autonomia e reinserção social. Um outro programa existente é o de recambiamento, em que o município custeia o retorno destas pessoas em situação de rua ao estado de origem, no intuito de fortalecer vínculos comunitários e familiares com a terra natal (PREFEITURA NITERÓI, 2021).

Outra rede de apoio é o programa Consultório na Rua (CNR) que está inserido no Programa Médico de Família (PMF), situado no centro de Niterói, no qual se estima média de 700 pessoas em situação de rua cadastradas no programa, que recebem atendimento de saúde especializado. Os serviços de referência e contrarreferência são os hospitais de emergência, como o Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), hospital de grande porte, que dispõe de maternidade com atendimento para bebês de alto risco, bem como cirurgias mais complexas; Hospital Municipal Carlos Tortelly, hospital mais central, de menor porte; Hospital Estadual Ary Parreiras para tratamento especializado de tuberculose; Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ); e os Centros de Atenção Psicossocial (CAP) (PREFEITURA NITERÓI, 2018).

A população em situação de rua é um grupo social crescente, heterogêneo e flutuante, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por serem socialmente excluídos, acabam não sendo foco de iniciativas de saúde e pesquisa para população científica. Neste sentido, estratégias e ações voltadas para o aprimoramento de iniciativas de saúde têm sido propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, nos últimos anos (LAWDER *et al.*, 2019).

Por muitos anos, houve invisibilidade dos governantes do Brasil sobre a problemática da população em situação de rua, atualmente, políticas públicas foram criadas, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto Presidencial nº 7.053) e a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, porém

vale questionar o empenho dos governantes em implementar as ações propostas pelas leis e portarias (ROSA, 2018).

Além dos danos à saúde ocasionada pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, essa população está vulnerável ao desenvolvimento de lesões agudas e crônicas, que ficam expostas, ocasionando dor, odor desagradável, além de aumentar o risco do desenvolvimento de infecções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; SILVA, 2015).

O surgimento das lesões está relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos, como a utilização de calçados inadequados, o hábito de passar horas do dia caminhando, o contato excessivo com a umidade e sujidade, a posição e os locais onde se deitam provocam edemas e estases venosas, as doenças de base, os aspectos nutricionais, o uso de drogas e a exposição à violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; SILVA, 2015).

No entanto, a produção de cuidado destinada à população em situação de rua é ainda muito incipiente, pela falta de políticas públicas eficazes, de dados epidemiológicos concretos, pela escassez de literatura científica sobre o tema, carência de profissionais capacitados para abordagem adequada a essa população, em qualquer ponto desta rede ou local que ela esteja, configurando lacuna na prática assistencial em saúde e na produção de conhecimento sobre esta problemática, necessitando, assim, de maiores estudos que evidenciem o perfil epidemiológico e clínico da população brasileira em situação de rua.

1.1. Questões de pesquisa

- Qual é o perfil epidemiológico, clínico e social dos indivíduos em situação de rua, no município de Niterói?
- Qual é a prevalência e os fatores associados das lesões tissulares na população em situação de rua?

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

- Analisar o perfil epidemiológico, clínico e social dos indivíduos em situação de rua de Niterói e a correlação com a prevalência de lesões tissulares.

1.2.2 Específicos

- Descrever o perfil epidemiológico, clínico e social dos indivíduos em situação de rua;

- Determinar correlação entre fatores associados e prevalência de lesões tissulares na população em situação de rua.

1.3 Justificativa

O presente estudo se encontra dentro das prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil e do Planejamento Estratégico Niterói que se almeja (2013 – 2033) e vem de encontro com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988; NITERÓI, 2014; BRASIL, 2015).

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde é um instrumento de gestão, que detalha as prioridades em pesquisa, tendo como pressuposto o respeito às necessidades nacionais e regionais e o aumento a indução seletiva para produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento de políticas sociais do país (BRASIL, 2015).

Já o Planejamento Estratégico Niterói que se deseja (2013 – 2033) visa orientar esforços, políticas públicas e investimentos na cidade de Niterói, nos próximos 20 anos (NITERÓI, 2014).

Dessa forma, propôs-se o estudo da “integridade da pele na população em situação de rua” que se articula com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), no eixo “Programas e políticas em saúde” e subeixo “Avaliação da oferta de ações e serviços de saúde da Atenção Básica frente às necessidades da população”. E com o Planejamento Estratégico Niterói que se intenta (2013 – 2033), nos eixos “Niterói Saudável” e “Niterói Inclusiva” (NITERÓI, 2014; BRASIL, 2015).

No âmbito da Constituição Federal de 1988, este estudo vem de encontro com o artigo 3º, inciso III, que tem como objetivo fundamental a erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, visto que reforça o desenvolvimento de políticas públicas que abarquem essa prerrogativa da Constituição (BRASIL, 1988).

Destaca-se, ainda, a relevância científica, acadêmica e social do presente estudo. A relevância científica perpassa pela possibilidade de investigar, analisar e ampliar pesquisas desenvolvidas com população em situação de rua, visando à integridade da pele, possibilitando a criação de políticas públicas, o desenvolvimento de protocolos clínicos que norteiem os profissionais de saúde, no cuidado a esta população, assim como fomentar a produção científica sobre a temática.

A relevância acadêmica se desdobra na perspectiva da aproximação da temática da integralidade da pele na população em situação de rua, bem como os cuidados voltados a essa população, com as disciplinas dos cursos da área da saúde, em que, na atualidade, ainda se encontra muito incipiente.

Por fim, a relevância social vem de encontro com a possibilidade de discussão das práticas assistências atuais, juntamente com os resultados obtidos no estudo, a fim de possibilitar assistência à população em situação de rua, que seja mais efetiva e segura, tendo como base as necessidades de saúde desta população, possibilitando melhorias no acesso e na qualidade das ações de saúde.

2 GRANDE APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DO ESTUDO: CONTEXTO BRASIL - CANADÁ

Ao priorizar a expansão do conhecimento sobre a prática de enfermeiros atuantes com a população em situação de rua, em um contexto consolidado na perspectiva da promoção da saúde populacional, a autora desta tese, enfermeira doutoranda brasileira, com experiência na área da atenção primária à saúde, explorou esse conhecimento na cidade de Toronto-Canadá. Com experiência nas áreas de Gestão Pública, Saúde Pública, Políticas Públicas e Sociais e Saúde Coletiva, o objeto de pesquisa no doutoramento explora o tratamento de feridas em condições crônicas e em avaliação no âmbito da saúde pública com a população em situação de rua e a integridade da pele, área de grandes lacunas de conhecimento no Brasil.

Este breve relato de experiência reporta a participação da autora/pesquisadora como bolsista do programa governamental *Emerging Leaders in the Americas Program* (ELAP), gerenciado pelo *Global Affairs Canada* (GOVERNAMENT OF CANADA, 2020). O ELAP, criado em 2009, pelo Governo do Canadá, oferece aos estudantes de graduação e pós-graduação *stricto sensu* oriundos da América Latina e do Caribe oportunidades de treinamento em pesquisa ou estudo e apoia o desenvolvimento de capital humano e a formação de líderes emergentes nas Américas, capazes de discutir criticamente questões voltadas à governança democrática e responsável, problemas sociais, direitos humanos, meio ambiente, diversidade e povos indígenas (GOVERNAMENT OF CANADA, 2020).

• Contexto acadêmico da experiência

A período do treinamento em pesquisa ocorreu na cidade de Toronto, cuja imersão cultural aconteceu na *Daphne Cockwell School of Nursing* (DCSON), *Faculty of Community Services-Ryerson University* e em várias instituições e organizações comunitárias que foram visitadas na fase de entrada de campo, em locais de produção de cuidado em saúde para população em situação de rua.

Essa entrada de campo permitiu identificar, analisar e compreender ações integrativas de promoção da saúde destinados a essa população. Isto feito dentro de um contexto de internacionalização de pesquisa e aprendizados em países que vivenciam a mesma problemática, a fim de viabilizar experiências e conhecimentos sobre essa questão, enriquecendo as pesquisas e gerando retorno social e político ao país de origem.

Esse treinamento em pesquisa intensivo e desafiador teve como objetivo conhecer a prática de enfermagem de rua na cidade de Toronto (Canadá), na promoção da saúde, nos cuidados diretos e da educação para o autocuidado com a população em situação de rua e usuária de drogas, assim como o trabalho de prevenção de danos em tal contexto de prática.

Esse processo de internacionalização, exploração de evidências com peritos da prática e entrada e imersão em campos, em locais de produção de cuidados em saúde para essa população, foi mediado pela supervisora canadense. Foi o papel desta a intermediação entre culturas de enfermagem nas questões de cuidados primários de saúde no Canadá e no Brasil que possibilitou o acesso às informações disponibilizadas no site do *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) para aprender sobre *Best Practice Guidelines* - BPG (Diretrizes de Boas Práticas), que oferecem abordagem clínica sistemática para feridas crônicas, também entre os mais socialmente vulneráveis (Registered Nurses' Association of Ontario).

A outra colaboração ímpar (apesar de não oficial) e extremamente relevante foi estabelecida com enfermeiro lotado no *Toronto Public Health* (TPH) e enfermeira que listou as possíveis organizações para a busca de colaboração e visitas técnicas. Ela facilitou as visitas técnicas as organizações comunitárias e os contatos com enfermeira(o)s atuantes diretamente nas *Street Nurse Clinics* (Clínicas de Enfermagem de Rua), possibilitando compreender as intervenções de cuidados de enfermagem nas ruas, bem como os ensinamentos para o autocuidado.

- **Contexto social da experiência**

Ontário é a maior província do Canadá, com mais de 13,2 milhões de residentes em 2010, somada à população transitória composta por trabalhadores temporários e estudantes, todos com acesso a seguro de saúde, com financiamento público para serviços médicos e hospitalares (MORIN, 2017).

A cidade de Toronto, localizada na província de Ontário, é o cenário do campo de exploração da prática e conceitualização dessa assistência diferenciada. Toronto é a maior cidade do Canadá, cujo último levantamento realizado sobre a população em situação de rua em Toronto foi realizado em 2018 pela quarta avaliação de necessidades de rua que realiza a contagem pontual de pessoas que enfrentam falta de moradia (TORONTO PUBLIC HEALTH, 2020).

A população geral é constituída por cerca de 2.9 milhões de habitantes, sendo 51,2% da população composta de imigrantes e, aproximadamente, 8.715 pessoas estão vivendo em situação de rua em Toronto e mais de 17.000 indivíduos usam abrigos para sem-teto na cidade a cada ano, número expressivo, quando comparado aos números do próprio país, em que se estima que 35.000 canadenses vivem nas ruas e mais de 235.000 pessoas estarão nas ruas ao longo de um ano, desta forma, embora o Canadá seja uma das dez principais nações comerciais da economia global, a população em situação de rua continua sendo um problema social significativo (TORONTO PUBLIC HEALTH, 2020; LATIMER, 2017).

Enfatiza-se a existência de população de refugiados que recentemente, em 2019, atravessaram as fronteiras, segundo dados da *Immigration, Refugees and Citizenship Canada* (Imigração, Refugiados e Cidadania do Canadá) e da *Canada Border Services Agency* (Agência de Serviços de Fronteira do Canadá), cerca de 64.050 indivíduos realizaram solicitação de asilo no Canadá, destes, cerca de 26.880 se encontram na província de Ontário (GOVERNAMENT OF CANADA, 2020). Assim essa população é direcionada aos abrigos existentes no Canadá que, em muitas das vezes, não conseguem abarcar a população de refugiados e a população em situação de rua, agravando, assim, o problema de pessoas sem abrigo no país.

Na população total estimada no último levantamento realizado foi de 8.715 pessoas em situação de rua, 94% estavam em locais fechados, como abrigos, e 6% (533) viviam nas ruas. Do total da população em situação de rua, cerca de 38% são identificados como indígenas, 11% como LGBTQ2S (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Queer, Questionadores e Espirituosos), 10% idosos (60 anos ou mais) e 10% jovens (16 a 24 anos) (TORONTO PUBLIC HEALTH, 2020).

Essa população tem expectativa de vida de apenas 42-52 anos e a taxa de mortalidade é de 3-4 vezes maior que a média nacional. No âmbito da saúde mental, cerca de 50% e 57% desta população apresentavam doença mental diagnosticável, sendo que cerca de 80% destas doenças não são tratadas. Além de problemas de saúde mental, 62% têm dependência de álcool e 58% de outras formas de drogas (HENRY, 2017).

O uso de álcool, tabaco e substâncias ilícitas são importantes contribuintes para a carga global de morbimortalidade, em específico da população em situação de rua. O tabaco e o álcool são usados com mais frequência e dão maiores contribuições ao ônus da doença que as drogas ilícitas. Sabe-se que o ônus deste último apresenta maiores

problemas de subestimação, devido a maiores limitações da disponibilidade e qualidade dos dados (PEACOCK, 2018).

Um dos grandes problemas de saúde pública enfrentados pelo Canadá, principalmente na província de Ontário, em especial em Toronto, é o transtorno do uso de opioides. Em último levantamento do número de indivíduos que procuram tratamento para dependência de opioides, notou-se aumento do número de inscrições para o tratamento de 6.000 para mais de 40.000, no período de 2000 a 2016, em Ontário (OPIOID USE AND RELATED ADVERSE EVENTS IN ONTARIO, 2016; MORIN, 2017).

A epidemia de opioides é uma questão complexa e multifatorial, de acordo com estudo de coorte retrospectivo que utilizou dados administrativos, 87% dos indivíduos com transtorno do uso de opioides em Ontário, também, têm distúrbio diagnosticado de saúde mental, sendo mais prevalente em indivíduos na faixa etária de 15 e 34 anos. Evidenciou-se que ações voltadas para os determinantes sociais de saúde tem papel importante na prevenção e no tratamento deste (MORIN, 2017; MATSUMOTO, 2017).

A realidade social e de saúde acerca da população em situação de rua brasileira não indica ser muito diferente da descrita, já que dados apresentados em levantamento governamental sobre esta população, em 2008, identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua (BRASIL, 2008; TILIO *et al.*, 2016; ENGSTROM *et al.*, 2016).

Sobre as condições de saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde que necessita de cuidados contínuos. Os problemas mais citados foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Cerca de 18,7% faziam uso de algum medicamento, destes, 48,6% afirmaram que a principal via de acesso aos medicamentos é a Atenção Básica (AB) e que quando ficavam doentes, procuravam o hospital/emergência em primeiro lugar (BRASIL, 2008).

Em Toronto, existe vasta rede de organizações assistindo a essa população, como *Central Toronto Community Health Centres*, *All Saints Church - Community Centre*, *The Scarborough Hospital Addiction Program*, mas a agência líder pertencente ao governo provincial chama-se *Toronto Public Health* (TORONTO PUBLIC HEALTH, 2020), criada em 1883, concentra-se na proteção e promoção da saúde dos residentes na área geográfica denominada *Greater Toronto Area* (GTA).

Referente à população em situação de rua, a estratégia de promoção da saúde se apoia na filosofia de redução de danos e relações participativas, enfatizando quando e como a assistência integral e os cuidados são prestados. Além do desenvolvimento de parcerias com organizações sociais, como abrigos, Organizações Não Governamentais (ONG) e grupos religiosos (TORONTO PUBLIC HEALTH, 2020).

Em Toronto, existem nove locais de injeção segura (*Fred Victor; Moss Park Overdose Prevention Site; Parkdale Queen West Community Health Centre; Parkdale Queen Community Health Centre; Regent Park Community Health Centre; South Riverdale Community Health Centre Keep SIX; Street Health; St. Stephen's Community House Corner Drop In Centre; Toronto Public Health The Works*).

O objetivo geral da assistência prestada nesses locais é oferecer ambiente seguro e higiênico, para que os indivíduos se injetem com drogas pré-obtidas por eles, sob a supervisão de pessoal qualificado (TORONTO PUBLIC HEALTH, 2020).

Além da injeção supervisionada, os indivíduos que utilizam esses serviços de saúde recebem suprimentos estéreis de injeção, e quando solicitado, educação sobre prevenção e intervenção de overdose. Na dinâmica desses serviços e nas formas de registro, existe a total proteção da identidade da clientela, com absoluto uso do anonimato, a fim de manter o sigilo deles. Ainda são disponíveis serviços de aconselhamento em saúde e encaminhamentos para tratamento de drogas, moradia, apoio à renda e outros serviços. Esses importantes serviços de saúde fazem parte do *Toronto's Overdose Action Plan*, adotado pelo *Board of Health*, em março de 2017 (TORONTO PUBLIC HEALTH, 2020).

Breve apresentação sobre estado de conhecimento sobre o tema

Abordagem de redução de riscos promovendo a saúde dos usuários de drogas injetáveis no Canadá

O objetivo dos locais de injeção segura é reduzir a morbimortalidade entre pessoas dependentes de drogas e que usam drogas em espaços públicos e diminuir o uso visível de drogas e problemas afins em espaços públicos (FORTSON, 2018). Essas instalações visam:

- A. proporcionar ambiente mais seguro e estéril para o consumo de droga pré-obtido; reduzir a transmissão de vários vírus transmitidos pelo sangue, como hepatite C e HIV;

- B. minimizar a incidência de overdose e mortes relacionadas a medicamentos; gerenciar os efeitos do uso de drogas; fornecer educação em saúde e incentivar os usuários a se envolverem com serviços relevantes, primeiro passo no processo de tratamento;
- C. facilitar outros apoios e referências sociais, médicas e de tratamento.

Há, também, benefícios sociais e públicos mais amplos que incluem:

- A. atrair usuários para longe de configurações de consumo "não autorizadas" (como galerias, becos, banheiros públicos) para ambiente mais seguro e limpo; reduzir a injeção pública/de rua;
- B. reduzir a incidência de "lixo derivado do uso de drogas", como seringas;
- C. permitir que as agências possam monitorar os mercados de drogas (por exemplo, o surgimento de novas drogas), decrescer o custo de responder a danos e mortes relacionados a drogas e declinar o índice de criminalidade, por meio do encaminhamento destes indivíduos para o tratamento e a reinserção social (FORTSON, 2018).

Essa abordagem aumentou em sua aceitação, à medida que as instalações de injeção supervisionadas foram criadas em países como Alemanha, Suíça, Espanha, Holanda, Austrália, Estados Unidos da América e Canadá. De fato, tem existido interesse crescente no uso de instalações de injeção supervisionada para combater os problemas sociais e de saúde pública, como criminalidade, problemas de saúde, descarte inadequado de seringas e outros lixos oriundos do uso de drogas, representando risco significativo para saúde de indivíduos que os utilizam e coletividade, devido à contaminação ambiental com material biológico (MYER, 2018).

Pesquisas internacionais mostram que os serviços supervisionados de injeção reduzem as overdoses ocasionados por drogas, salvam vidas e limitam a disseminação do HIV e hepatite C, relacionados a práticas de injeção inseguras, e diminuem a criminalidade (GADDIS, 2017; MYER, 2018; BERGAMO, 2020).

Dados observacionais de pesquisadores e residentes que moram perto de instalações de injeção supervisionadas revelam resultados interessantes. Há diminuição na injeção pública de drogas, menos seringas descartadas de maneira insegura e menor frequência de queixas sobre incômodos pela injeção pública de drogas, ainda que a implantação de instalações supervisionadas de injeção nas localidades não aumentou a quantidade de uso de drogas injetáveis na região ou criaram novos usuários de drogas injetáveis (POTIER, 2014).

Dessa forma, as instalações de injeção supervisionadas visam melhorar a ordem pública, reduzindo a atividade e o uso público de drogas. Também acontece uma melhora da saúde e o bem-estar geral dos usuários de drogas na comunidade, aumentando o acesso destes a serviços e opções de tratamento. Como resultado, reduz-se o impacto negativo que o uso de drogas tem sobre comunidade e melhora a segurança geral, com redução significativa dos índices de violência e os crimes relacionados às drogas (MYER, 2018; IRWIN, 2017).

Além da literatura científica, pode-se aprender com a experiência e a expertise canadense com iniciativas comunitárias pelos serviços de saúde pública e pela política, bem como ações implantadas por voluntários quer sejam enfermeira(o)s, assistentes sociais, médica(o)s, psicóloga(o)s, farmacêutica(o)s e estudantes e, ainda, membros da sociedade civil. Esse trabalho intersetorial está amplamente disseminado e acessível ao público geral, retratando a situação da epidemia do uso dos opioides nas ruas, principalmente das grandes cidades, como Vancouver, Toronto, Montreal. Informação que também se encontra disponível em páginas *Facebook* dos grupos em ativismo político, Twitter, Instagram, como:

Quadro 1: Mídias sociais acerca do ativismo político sobre população em situação de rua

Mídias Sociais	Links
<i>Street Nurses Network</i>	https://www.facebook.com/groups/StreetNursesNetwork/
<i>Street Health</i>	https://www.facebook.com/StreetHealthTO/?ref=br_rs
<i>Nursing Students for Social Justice - Ryerson</i>	https://www.facebook.com/groups/ryersonnssj/?ref=search
<i>Toronto Drup-in Network</i>	https://www.facebook.com/TorontoDropinNetwork/
<i>CBC News</i>	https://www.facebook.com/cbcnews/
<i>Streets Of Toronto</i>	https://www.facebook.com/StreetsOfToronto/
<i>All Saints Toronto</i>	https://www.instagram.com/p/B6a9gmlhXxG/
<i>Rise Up Movement</i>	https://www.instagram.com/rise.up.movement/

Fonte: dados da pesquisa.

Essas mídias sociais militam pela solução de causas destrutivas dos determinantes sociais da saúde dessa população vulnerável, como o acesso à moradia, à alimentação, aos serviços de saúde e cuidados de saúde em eventos de risco de vida iminente. Esta

mobilização da sociedade civil representa ações interdisciplinares e intersetoriais compatíveis com o *Population Health Promotion Model* (PHPM) (Modelo Canadense de Promoção da Saúde da População) que revelam a liderança cidadã em defesa dos mais vulneráveis, ao exigir e monitorar as ações dos governos canadenses provinciais e federal, exemplo de empoderamento coletivo a ser replicado por países que enfrentam epidemia de consumo de drogas nas ruas (HAMILTON; BATTI, 1996).

Por outro lado, existem posições sociais e científicas contrárias a essa abordagem, as quais argumentam que esta normaliza o uso de drogas e não há evidências científicas que comprovem a melhora da adesão ao tratamento e a recuperação de pessoas em uso de drogas. E que, desta forma, os orçamentos destinados à saúde pública deveriam ser investidos em outros serviços para recuperação e tratamento de indivíduos em uso de drogas (KNOPF, 2018).

Marco conceitual

O treinamento de pesquisa em ampla perspectiva conceitual e o trabalho de campo correlato foi conceitualmente enquadrado pelo modelo canadense de promoção de saúde populacional (HAMILTON; BATTI, 1996). O *Population Health Promotion Model* (PHPM) que inclui entre as dimensões da promoção da saúde, os determinantes sociais de saúde (por exemplo, redes de apoio social, práticas pessoais de saúde, habilidades de enfrentamento e acesso a serviços de saúde), relacionados a locais e condições em que os indivíduos nascem, vivem, trabalham e se desenvolvem (CANADIAN COUNCIL ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2015).

O modelo indica cinco ações integrativas de importância capital para promoção da saúde para otimizar os determinantes sociais de saúde que incluem:

- A. fortalecer a ação da comunidade;
- B. criar ambientes de apoio;
- C. desenvolver habilidades pessoais;
- D. construir um público saudável;
- E. reorientar os sistemas de saúde.

Essas ações devem ser implementadas de modo integrado em cada iniciativa de promoção de saúde. O modelo também indica níveis de intervenções para promover a saúde nos níveis do indivíduo, do núcleo familiar e da sociedade no âmbito geral. A adequação deste modelo para guiar este treinamento em pesquisa deve-se à capacidade de apoiar o entendimento de como abordar o reconhecimento inicial de iniquidades em

saúde vivenciadas pela população em situação de rua (por exemplo, exclusão social, risco de overdose, agressão física, suicídio, envolvimento com crimes e prisão). Essas bases conceituais também estão presentes na abordagem de redução de danos (STAMLER, 2008; HEALTH CANADA, 2019).

Na prática da Enfermagem comunitária canadense, a abordagem da promoção da saúde está também a redução de danos (YOUNG, 2017), assim como preconizada pelo Health Canada (2019). É definida como abordagem abrangente, compassiva e colaborativa da saúde pública ao transtorno do uso de substâncias, com intuito de reduzir os efeitos nocivos, sociais, econômicos e de saúde no indivíduo, família ou comunidade, e tendo como objetivo de diminuir riscos, melhorar a saúde e conectar os indivíduos com outros serviços sociais e de saúde essenciais. A abordagem da redução de danos aplicável ao uso de drogas ilícitas é definida pela *International Harm Reduction Association*, (Associação Internacional de Redução de Danos) como conjunto de políticas e práticas que objetiva reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas, visando primeiramente reduzir as consequências adversas para saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o consumo. Assim, a redução de danos visa à prevenção aos danos decorrentes do uso de drogas, ao invés da prevenção do uso destas (GOMES *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018; HARM REDUCTION INTERNATIONAL, 2020).

As intervenções voltadas para redução de danos são pragmáticas, possíveis, efetivas, seguras e custo efetivas, assim são desenvolvidas intervenções com compromisso de basear políticas e práticas na mais forte evidência científica existente. Desta forma, a maior parte das ações de redução de danos podem ser de baixo custo, fáceis de implementar e podem ter alto impacto na saúde individual e comunitária, em países como o Brasil, cujos recursos financeiros voltados para saúde pública são escassos, os benefícios seriam maiores na escolha de medidas de baixo custo/alto impacto, ao invés de alto custo/ baixo impacto (CAMARGO, 2016; GOMES *et al.*, 2018).

Produção científica da enfermagem canadense acerca da temática

Antecedentes históricos da enfermagem voltada para população em situação de rua

A “Enfermagem de rua”, ou a assistência de Enfermagem a pessoas sem-teto, tornou-se especialidade de Enfermagem estabelecida não apenas no Canadá, como também nos Estados Unidos, na Grã-Bretanha, Europa, Austrália e, nos últimos anos, vem sendo desenvolvida no Brasil. Ela ocupa lugar na história da Enfermagem, em meio

a um legado de “cuidar dos pobres”, ou seja, de pessoas em estado de extrema vulnerabilidade social. Embora sua história não seja amplamente documentada, Vancouver, British Columbia aparecem como berço da Enfermagem de rua no Canadá. Nas narrativas de enfermeiras que atualmente prestam cuidados para população em situação de rua em Vancouver, indica-se que a pioneira foi a Enfermeira Grace Donald (HARDILL, 2007).

Em 1946, quando os antibióticos começaram a ser utilizados, a enfermeira Donald forneceu tratamento para doenças venéreas e rastreamento de contatos. Ela começou a perceber que pessoas marginalizadas não estavam frequentando as clínicas e os hospitais, e que grande parte em situação de vulnerabilidade atuava como profissionais do sexo, que nesta época era controlado por uma lei denominada “lei da vadiagem”. Como resultado, a grande parte destas pessoas eram presas e, desta forma, as ações de saúde da enfermeira Donald começaram a ser desenvolvidas principalmente em prisões, hotéis e locais onde atuavam esses profissionais do sexo (HARDILL, 2007; FOTH, 2018).

O final das décadas de 1960 e 1970 em Toronto também testemunhou o início de sensibilização para jovens transitórios que vivem em prédios abandonados que eram considerados de risco para problemas de saúde como resultado da falta de moradia e do uso de drogas. Ações desenvolvidas nessa época buscavam, principalmente, auxiliar esses jovens a lidar com os problemas de drogas e os tratamentos de infecções sexualmente transmissíveis (HARDILL, 2007).

Apesar do início do desenvolvimento dessas ações por enfermeiros, este momento não foi reconhecido como “enfermagem de rua”, no Canadá, sendo apenas em 1985, com a criação da organização chamada *Street Health* por um grupo de pessoas anteriormente sem-teto e aliados da comunidade, incluindo a enfermeira Dilin Baker. Desta forma, a primeira clínica de enfermagem foi aberta em janeiro de 1986, em um grande centro de atendimento de Toronto, usando enfermeira(o)s voluntárias. Em 1989, a *Street Health* se tornou a primeira organização autônoma de enfermagem de Ontário, financiada pelo Ministério da Saúde da província (HARDILL, 2007).

Nos dias atuais, existem enfermeira(o)s de rua trabalhando na maioria das grandes cidades canadenses de Vancouver a Halifax, além da área rural da Colúmbia Britânica e cidades menores, como Sudbury em Ontário. Pode-se notar que o crescimento exponencial da Enfermagem de Rua é, na verdade, um reflexo das respostas governamentais a um problema de social que continua a existir e apresenta crescimento

exponencial que é o aumento da pobreza e dos sem-teto em todo o país (HARDILL, 2007; FOTH, 2018).

Assim, muito se evoluiu até os dias atuais, e é mais do que correto honrar a história da Enfermagem de Rua, no Canadá, visto que a mesma, atualmente, tornou-se referência para outros países pelo caráter ético, com formação técnico/científica robusta e regulamentada, e por desenvolver ações e medidas de apoio à população de rua. Porém, enfermeira(o)s continuam lidando com muitos dos mesmos problemas sociais e de saúde enfrentados no passado, como as doenças infecciosas, o uso abusivo de drogas e as mortes prematuras dessa população (HARDILL, 2007; VILLENEUVE, 2019).

Trabalhando as relações interpessoais com pessoas em situação de rua

O acesso aos serviços de saúde para pessoas marginalizadas, devido à falta de moradia e ao uso de substâncias, é facilitado pela reconstrução da confiança. Os enfermeira(o)s consideram que a interação com cada cliente é uma oportunidade de construir confiança que pode facilitar o acesso à saúde e aos serviços auxiliares necessários a essa população (JAMES, 2017).

A falta de confiança pode afetar negativamente o acesso aos cuidados de saúde, acarretando afastamento desta população. A confiança é mais frequentemente compreendida no nível interpessoal e reflete preocupação moral pelo outro (JAMES, 2017).

Reconstruir a confiança interpessoal entre enfermeiros e clientes é o primeiro elo na construção de uma cadeia de confiança que pode facilitar o acesso aos serviços sociais e de saúde necessários e estabelecer o vínculo necessário para o enfrentamento dos desafios complexos de saúde e assistência social que essa população apresenta (DOBERSTEIN, 2016; PAULY, 2014).

A importância das políticas organizacionais voltadas para as pessoas em situação de rua

As políticas organizacionais que apoiam a redução dos danos que essa população enfrenta, permite que os enfermeiros encontrem as pessoas 'onde estejam' e 'em seu próprio território' e contribuam para o desenvolvimento da confiança e a criação do vínculo (PAULY, 2014).

A confiança entre provedores de serviços promoveu o acesso a uma gama mais ampla de serviços sociais e de saúde. A interrupção das cadeias negativas de julgamento e a construção da confiança entre agências fomentam o acesso desta população aos

serviços e, ao mesmo tempo, destaca as lacunas preexistentes e ausência de vínculos sistêmicos, muitas vezes, ainda existentes (DOBERSTEIN, 2016).

Práticas baseadas em evidências voltadas para população em situação de rua

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é definida como o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o atendimento de uma clientela. No âmbito de serviços voltados para população em situação de rua, a promoção e o uso de práticas baseadas em evidências continuam a crescer. As Práticas Baseadas em Evidência, voltada para essa população, no Canadá, são: o *Assertive Community Treatment*, *Critical Time Intervention* e o *Housing First*.

O *Assertive Community Treatment* é um modelo baseado em equipe, projetado para fornecer tratamento psiquiátrico abrangente, baseado na comunidade, na reabilitação e no apoio a pessoas com doenças mentais graves. Estudo realizado em 2001 descreveu o *Assertive Community Treatment* e analisou a evidência de 25 ensaios clínicos randomizados. A análise demonstrou que o programa é eficaz na redução da hospitalização, apresenta menor custo do que o atendimento tradicional e é mais satisfatório para clientes e familiares do que o atendimento padrão (PHILLIPS, 2001).

A *Critical Time Intervention* é uma prática baseada em evidências com tempo limitado que mobiliza apoio aos indivíduos mais vulneráveis da sociedade durante os períodos de transição. Facilita a integração da comunidade e a continuidade dos cuidados, garantindo que um indivíduo tenha laços duradouros com a comunidade e os sistemas de apoio, no decorrer desses períodos críticos, sendo destinados a pessoas com doenças mentais, pessoas que ficaram desabrigadas ou presas e muitos outros grupos. Estudo clínicos demonstram que a implementação da *Critical Time Intervention* apresenta como resultado a redução na falta de moradia em três vezes, e o efeito persistiu após o final da intervenção ativa (SUSSER *et al.*, 1997); um estudo de análise econômica demonstrou que a *Critical Time Intervention* foi custo-efetiva (JONES *et al.*, 2003); uma redução do risco de falta de moradia, durante o período de acompanhamento (LENNON *et al.*, 2005); e um estudo com 72 homens mostraram que essa intervenção estava associada a uma diminuição estatisticamente significativa nos sintomas negativos apresentados por essa população (HERMAN *et al.*, 2000).

O *Housing First* é uma abordagem para abrigar pessoas sem-teto que têm doenças mentais graves e distúrbios concomitantes de uso de substâncias, que prioriza o fornecimento de moradia permanente para pessoas que vivem sem-teto, terminando,

assim, o desabrigo e servindo como plataforma a partir da qual eles podem buscar objetivos pessoais e melhorar a qualidade de vida. Resultados de quatro ensaios clínicos que demonstraram que o programa *Housing First* aumenta a estabilidade da habitação para os clientes atendidos, são econômicos, em comparação aos serviços tradicionais, e aumentam a utilização e adesão do cliente por outros serviços de suporte (WOODHALL-MELNIK, 2016).

Entrada no campo, apresentações de instituições visitadas e vivências

Realizou-se a inserção nos serviços de assistência à população de interesse, assim como participação em eventos locais sobre a temática, bem como reuniões com enfermeira(o)s atuantes na assistência a essa população, a fim de obter troca de experiências e compreender o contexto do cotidiano dessa população.

Realizaram-se visitas ao centro comunitário *All Saints Community Centre-Church Toronto*, durante 12 horas. A *All Saints Community Centre-Church Toronto* é uma paróquia anglicana, criada em 1972, tem os princípios baseados na justiça social, atuando para proteger os direitos, a saúde e a segurança de indivíduos em vulnerabilidade (ALLSAINTS, 2020).

Dentre os projetos desenvolvidos, destaca-se o *All Saints Drop-in*, em que são oferecidos serviços, como nutrição e culinária, acesso ao computador, jogos de tabuleiro, atividades sociais de lazer, consultas de saúde e bem-estar com uma enfermeira e, ainda, suprimentos para redução de danos e troca de agulhas (ALLSAINTS, 2020).

O Centro comunitário fornece serviços de assistência de saúde básicos e suporte a crises de saúde mental para membros da comunidade que enfrentam a escassez de moradia, indivíduos com problemas de saúde mental que trabalham como profissionais do sexo, com problemas de saúde mental e usuário de drogas, incluindo profissionais do sexo. A promoção da saúde para tais indivíduos é realizada por meio de oficinas, eventos sociais recreativos, uso da terapia com animais de estimação para redução do isolamento social, consulta de hipertensão arterial e consulta para idosos (ALLSAINTS, 2020).

Em segundo momento, realizou-se reunião com uma enfermeira do *Foot Care Clinics* (clínica de cuidados com os pés), serviço em que uma enfermeira da saúde da rua, especialista em cuidados com os pés, presta atendimentos voltados aos cuidados dos pés à população de rua (STREET HEALTH, 2020).

Pessoas em situação de rua têm risco aumentado, em comparação com a população em geral, de desenvolver lesões relacionadas a queimaduras de gelo ou

hipotermia que podem causar morbidade ou morte graves e representam grave problema de saúde pública (NOE; JIN; WOLKIN, 2012).

Estudo realizou levantamento de prontuários nos departamentos de emergência entre 2004 e 2015, em Toronto, Canadá. Os resultados apontaram 97 eventos hipotérmicos, sendo 79 lesões e 18 óbitos, o estudo também demonstra que as chances de ocorrência de um novo evento hipotérmico aumentam 1,64 vezes com cada decréscimo de 5 ° C na temperatura (ZHANG, 2019).

Dessa forma, intervenções de saúde pública direcionadas são necessárias para reduzir os eventos hipotérmicos, dentre eles, o risco de lesões relacionadas ao frio entre pessoas que sofrem com falta de moradia.

A *foot care clinics* é um dos serviços oferecidos pelo *Street Heath*, agência comunitária sem fins lucrativos que melhora a saúde de moradores de rua e subabrigados, em Toronto (STREET HEALTH, 2020).

A primeira clínica do *Street Heath* foi inaugurada em setembro de 1986, administrada por um grupo de enfermeiras voluntárias. Os serviços de saúde prestados são centrados no cliente e se caracterizam por serem, flexíveis, receptivos, baseados no modelo de redução de danos e multidisciplinar. O objetivo geral é avaliar as necessidades individuais de diferentes perspectivas e responder com soluções dinâmicas, visto que a população atendida tem como características a extrema pobreza, o desemprego crônico, a insegurança na moradia, a má nutrição, o alto estresse, o uso de drogas e a solidão (STREET HEALTH, 2020).

Em reunião com dois enfermeiros do *Street Heath*, a autora/pesquisadora desta tese recebeu materiais informativos sobre os diversos serviços em Toronto que ofereciam algum tipo de atendimento à população de rua e os respectivos contatos. Uma segunda enfermeira, com mais de 20 anos de experiência na cidade de Vancouver, informou que atualmente trabalha em Toronto no tratamento de feridas para pessoas vulneráveis e marginalizadas, com formação de mestrado voltado para a temática.

Outra reunião realizada foi com uma enfermeira do *Health Bus Program*, uma unidade móvel que fornece um ponto de entrada para serviços de saúde para pessoas que frequentemente enfrentam barreiras no acesso aos serviços tradicionais de saúde.

Nesse programa, os serviços são prestados por uma enfermeira, conselheira de saúde mental, além de outros profissionais especializados. Os serviços incluem: tratamento e monitoramento de doenças temporárias ou crônicas, testes de DST e HIV, serviços de hepatite C, cuidados com os pés e as feridas, cuidados preventivos e triagem

(testes PAP, triagem do câncer colorretal), serviços de diabetes, educação e promoção da saúde, aconselhamento sobre dependência e redução de danos, apoio emocional e de crise, encaminhamento para apoios da comunidade, conexão com os serviços de atenção primária em andamento (SHERBORNE HEALTH, 2020).

O programa também fornece suprimentos para redução de danos, educação sobre prevenção de overdose, incluindo distribuição de naloxona e suprimentos de saúde sexual seguros, como preservativos (SHERBORNE HEALTH, 2020).

Agendaram-se visitas a *Foot Care Clinics* e a *Health Bus Program*, porém foram inviabilizadas, devido à pandemia da COVID 19. Assim, outras atividades de extrema importância foram realizadas, através da própria Ryerson University e das demais comunidades científicas, com 16 webinar (total de 16 horas) que abordavam as temáticas voltadas para métodos de pesquisa, desigualdades sociais, enfrentamento ao coronavírus e tratamento de lesões.

A pesquisadora principal realizou a anuência e se tornou membro de grupos em mídias sociais, como *Street Nurses Network*, *Toronto Drup-in Network*, *Street Health*, *Rise Up Movement*, *Nursing Students for Social Justice - Ryerson*. Esses grupos possibilitaram o aprendizado dela, através de outros enfermeiros membros acerca de como eles trabalham com as populações vulneráveis, bem como sobre advocacia política, a fim de garantir os direitos dessas populações. Foi possível compreender que a advocacia é um pilar da enfermagem e que para o desenvolvimento da profissão, é necessário que os enfermeiros se envolvam mais em liderança, advocacia e formulação de políticas, pois somente desta forma se pode ocupar espaço enquanto profissão e participar ativamente de tomadas de decisão, reformas e políticas de saúde e, conseqüentemente, garantir o direito da população a qual se prestam cuidados.

Lições aprendidas

A experiência vivenciada na Universidade Ryerson e o contato direto com enfermeiros atuantes em serviços de saúde, bem como os relatos recebidos, proporcionaram conhecimento mais aprofundando sobre a característica da população em situação de rua de Toronto, bem como os programas de saúde existentes e a assistência prestada por enfermeiros a essa população. Isso possibilitou a construção de conhecimento por parte da doutoranda sobre a temática, dentro do contexto canadense.

Foi possível observar e analisar as diferenças existentes entre o perfil da população em situação de rua canadense e brasileira, as especificidades, como o uso de drogas

injetáveis e a crise do uso de opioides instaurada no país, bem como as políticas públicas voltadas para esta população elaboradas pelo governo canadense.

Possíveis contribuições e transferência de conhecimentos para a prática da Enfermagem em Saúde Pública

Acredita-se que este relato de experiência possa contribuir para ampliar o debate sobre o tema e expandir o conhecimento de profissionais de saúde sobre as especificidades da assistência a essa população na cidade de Toronto. Disto, pode resultar na transferência de conhecimento, aplicável à prática brasileira, servindo de subsídios para formulação de políticas públicas que possam atender às necessidades da população brasileira.

Evidentemente, demonstrar criticamente torna-se necessário em todos os países que enfrentam tal problema de saúde pública, o esquivamento da adoção de estratégias que não abordam os determinantes sociais de saúde de pessoas em situações de vulnerabilidade. Ademais, deve-se rejeitar estratégias que embora inadvertidamente, resultem em pouco mais do que glorificar enfermeira(o)s que "cuidam dos pobres", bem como narrativas distorcidas da mídia sobre governos que pareçam ser progressivos no enfrentamento de tal problemática, mas ações de baixa efetividade, perpetuando o problema existente.

Limitações

A limitação da experiência deve-se à interrupção do trabalho direto e a permanência nas clínicas e serviços, devido à pandemia. A indisponibilidade impossibilitou o acompanhamento de interações diretas entre clientes e enfermeiros, provendo cuidados nas clínicas e ruas em Toronto.

Em suma, a experiência vivenciada, no contexto profissional e social, promoveu o crescimento profissional, acadêmico e científico, além do desenvolvimento do pensamento crítico e conceitual sobre a implementação de políticas públicas de promoção da saúde e a reformulação do trabalho de enfermagem com população em situação de rua e o desenvolvimento de conhecimentos que serão transferidos em um contexto de enfermagem global.

A experiência da imersão proporcionou interpretação de informações empíricas e refinamento de habilidades de pensamento conceitual que podem ser transferidos para a realidade social brasileira. No futuro, o conhecimento poderá aumentar a visibilidade

social dos resultados da pesquisa de doutoramento, respondendo a algumas lacunas de conhecimento, principalmente no campo das políticas de saúde no Brasil para o tratamento de lesões periféricas em população em situação de rua.

Finalmente, a oportunidade de participação no ELAP produziu múltiplos dividendos relativos à conscientização da doutoranda no novo papel de líder social sobre a temática, bem como influenciadora de demais enfermeiros brasileiros, estudantes de graduação e pós-graduação acerca da enfermagem como profissão capaz de realizar um advocacia política e defender e assegurar os direitos das pessoas as quais prestam cuidados, em especial pessoas em situação de vulnerabilidade social, bem como de participar ativamente na tomada de decisões, reformulações de políticas públicas e ações governamentais que gerem mudanças na saúde e nos cuidados à população.

3 REFERENCIAL CONCEITUAL

3.1 População em Situação de Rua e Epidemiologia

Muitas foram as definições até os dias de hoje utilizadas na literatura para denominar as pessoas que vivenciam a situação de rua. Esta é uma questão delicada que ainda promove discussões e reflexões, inclusive, no meio científico. As pessoas que se encontram na rua se apropriam de denominações utilizadas na academia, na mídia e nos meios sociais em que circulam. Mas, além disso, também criam outras formas de se nomearem a partir do próprio cotidiano.

Algumas denominações das pessoas que vivem nas ruas estão associadas às funções, às atividades ou práticas desenvolvidas por elas no cotidiano, desta forma, indivíduos que catam papel, latinha, papelão, cobre e outros recicláveis são chamados de “catadores”; os que fazem uso de drogas, principalmente o *crack*, são usualmente chamados de “pedreiras”; aqueles que não se estabelecem durante muito tempo em um ponto único da cidade, transitando por vários espaços, são chamados de “trecheiros”; e os que utilizam os albergues para pernoitar são considerados “albergados” (HINO, 2018).

No passado, por muito tempo e, ainda atualmente, são utilizados os termos “mendigos” ou “pedintes”, porém esses termos não condizem com as características gerais dessa população. É uma minoria que pede dinheiro para sobreviver, visto que muitos destes indivíduos que estão na rua trabalham, mesmo que informalmente, como catadores ou flanelinhas, ganhando pelo menos o mínimo necessário para sobrevivência (HINO, 2018; HALLAIS, 2015).

Um termo também muito utilizado é “sofredor de rua”, termo diretamente associado ao sofrimento proporcionado pelas injustiças sociais e condições de vida deste indivíduo. Este termo possui sentido religioso, ligado à figura do “servo sofredor”, que tem o consolo no sofrimento de Cristo (HINO, 2018).

Muitas pessoas que vivem na rua se denominam “moradores de rua”, outras preferem a denominação de “população em situação de rua”, por possuir conotação de transitoriedade, ressaltando o desejo de ainda superar o processo de exclusão social que enfrentam (HALLAIS, 2015).

No que permeia as definições sobre população em situação de rua, tem-se, segundo o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, a definição de:

(...) grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, 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).

Dessa forma, nota-se que a inexistência de moradia é um problema crônico, não somente no Brasil, mas no mundo. Dados epidemiológicos apontam que nos Estados Unidos, há cerca de 2,3 a 3,5 milhões de americanos vivendo em situação de rua. A escassez de moradia nos Estados Unidos está associada a problemas relacionados ao uso de drogas ilícitas e álcool, além de doenças mentais e problemas de saúde (CHAMBERS *et al.*, 2013).

No continente europeu, há falta de dados quantitativos recentes abrangentes, mas estimativas de especialistas de 2009 sugeriram que, a cada ano, cerca de 4,1 milhões de pessoas na União Europeia não estão abrigadas ou se encontram em acomodações temporárias ou de emergência (PETIT *et al.*, 2019).

No Brasil, os dados ainda são muito escassos, a última Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, realizada em 2008, pelo Ministério de Desenvolvimento Social, em 71 municípios, identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua (crianças e jovens não contabilizados) (BRASIL, 2008).

De acordo com a pesquisa, a população em situação de rua, em 2007, era predominantemente masculina (82%), mais da metade possuía entre 25 e 44 anos (53%), aproximadamente 69% das pessoas se declararam pretas ou pardas e a maioria (52,6%) recebia entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais (BRASIL, 2008). Em relação à formação escolar, 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever; 17,1% não sabiam escrever e 8,3% apenas assinavam o próprio nome (BRASIL, 2008a). Sobre os principais motivos pelos quais essas pessoas começaram a viver na rua, 35,5% dos entrevistados referiram uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, 29,8% apontaram o desemprego, 29,1% falaram de problemas familiares e 71,3% citaram algum tipo de correlação entre esses três motivos (BRASIL, 2008a).

O rompimento com o âmbito familiar e o espaço doméstico é decorrente de diversos fatores determinantes e relações causais cotidianas, desta forma, a inserção do indivíduo no âmbito das ruas não ocorre necessariamente por uma escolha, mas como consequência de um processo histórico e social, em que pesam fatores como a renda, a

cor da pele e a escolaridade, o nicho familiar, o local de moradia, que estão estritamente relacionados entre si, e que determinam, muitas vezes, as oportunidades ou a ausência delas na vida de um indivíduo (FRAGA, 2015).

No campo do trabalho e renda, a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua averiguou que a população em situação de rua é composta, em maioria, por trabalhadores, já que 70,9% exerciam alguma atividade remunerada. Das atividades realizadas, destacavam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio para sobrevivência (BRASIL, 2008).

O dado apresentado desmistifica o estigma existente de que a população em situação de rua tem como principal forma de aquisição de dinheiro como pedintes, visto que esta consegue através de diversas formas de trabalho informal. Segundo Accorsi (2016), o trabalho ultrapassa a questão financeira, ocupando espaço de transformação de lugares e relações sociais, contribuindo para o sentimento de dignidade, por tirar o indivíduo de uma posição de dependência exclusiva do outro para sua sobrevivência. Entretanto, evidencia-se que a informalidade do trabalho acarreta a ausência de direitos trabalhistas e todas as suas instabilidades.

Sobre as condições de saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde que necessita de cuidados contínuos. Os problemas mais citados foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%) (BRASIL, 2008a).

Dos entrevistados, 18,7% faziam uso de algum medicamento. Destes, 48,6% afirmaram que a principal via de acesso aos medicamentos é a Atenção Básica (AB). Quando doentes, procuravam o hospital/emergência em primeiro lugar (BRASIL, 2008a).

O acesso ao serviço de saúde é de extrema importância tanto para os cuidados com as doenças crônicas quanto para prevenção de doenças e promoção da saúde. Estes dados representam a população que já tinha conhecimento sobre a própria condição de saúde. É possível que exista importante parcela que, por não ter acesso aos serviços de saúde, está adoecendo e sem diagnóstico para a possibilidade de tratamento (VALLE, 2018).

Sobre a posse de documentos de identificação, 24,8% das pessoas em situação de rua não possuíam qualquer documentação, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania (BRASIL, 2008a).

Em relação às discriminações sofridas no cotidiano, as pessoas afirmaram, em ordem de prevalência, serem impedidas de entrar em estabelecimento comercial, shopping center, transporte coletivo, bancos, órgãos públicos, de receber atendimento na rede de saúde e de solicitar documentos (BRASIL, 2008a).

As discriminações vivenciadas pela população em situação de rua ocasionam lacuna na atenção à saúde a esta população. Considerando a saúde multideterminada, o direito ao lazer, ao convívio social, à utilização dos meios de locomoção e o acesso aos equipamentos públicos são necessidades de saúde. A busca por mecanismos de desmistificação e enfrentamento dos preconceitos existentes em relação a este grupo populacional também deveria fazer parte das possíveis ações de cuidados à saúde e das políticas públicas vigentes (FRAGA, 2015).

É importante ressaltar que a pesquisa nacional não abrangeu a todos os municípios brasileiros, sendo realizada em apenas 71 municípios, portanto, ainda não existem dados oficiais e concretos sobre toda a população em situação de rua no país. Os dados apresentados foram importantes para a organização de políticas públicas para essa população, porém, ainda assim, é fundamental uma análise da situação no país como um todo.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), aproximadamente, 101.854 pessoas vivenciaram a situação de rua no país no ano de 2015. Este levantamento, entretanto, foi realizado por intermédio de uma base de dados do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e contemplou apenas 1.924 municípios que tinham informações disponibilizadas. Portanto, esses dados não informam estimativas precisas para cada município, já que dependia de informações cadastradas no SUAS (NATALINO, 2016).

Ao ser requerida pelo Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional da População em Situação de Rua, estuda-se a possibilidade da contagem desta população no Censo de 2020. Ao realizar um pré-teste no município do Rio de Janeiro, em 2014, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relatou várias dificuldades para incluir esta população no Censo, ressaltando o obstáculo da ausência de domicílio fixo, que exigirá metodologias distintas das utilizadas pela instituição (NATALINO, 2016).

Assim, pode-se notar que pouco se conhece sobre a população em situação de rua no Brasil e que, por muito tempo, essa população vive à margem da sociedade, tendo os direitos sociais e de saúde negligenciados pelos órgãos públicos competentes.

3.2 Consultório na Rua e equipe do Consultório na Rua

Diante do crescente número de indivíduos em situação de rua e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte destes indivíduos, tornou-se necessário o desenvolvimento de dispositivo de saúde que atendesse, de forma mais efetiva e inclusiva, à população em situação de rua, garantindo o direito à assistência de saúde gratuita, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, em 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foram instituídos os Consultórios na Rua que realizam busca ativa e qualificada de pessoas que vivem em situação de rua (BRASIL, 2012).

Para melhor responder as mais diversas demandas e necessidades de saúde da população de rua, de maneira integral, em 2012, foi criado pelo Ministério da Saúde o dispositivo Consultório na Rua, pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. É um equipamento que interliga a Rede de Atenção Básica e desenvolve também as ações de atenção psicossocial, que antes eram desenvolvidas pelo Consultório de Rua (BRASIL, 2012).

Os Consultórios na Rua foram criados, deste modo, como equipamento clínico que objetiva promover cuidados à população em situação de rua com diferentes problemas e necessidades de saúde, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde (PAULA *et al.*, 2018).

O eixo estruturante do trabalho do Consultório na Rua é composto pela atenção integral à saúde, articulação intersetorial e intrasetorial, incluindo a redução de danos e abordagem biopsicossocial à população em situação de rua (SILVA, 2015; CAMARGO *et al.*, 2016).

As equipes multiprofissionais que compõem os Consultórios na Rua possuem a missão de prestar atenção integral à saúde *in loco*, de forma itinerante, mediante as ações compartilhadas e integradas às Unidades de Atenção Primária à Saúde, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e aos outros pontos de atenção, conforme a necessidade do usuário (BRASIL, 2012; FERREIRA, 2016).

Figura 1: Profissionais que podem compor a equipe do Consultório na Rua



Fonte: Adaptado (BRASIL, 2012).

As equipes do Consultório na Rua são constituídas de três modalidades, sendo caracterizada cada uma de acordo com os profissionais que atuarão e o número de profissionais (FERREIRA, 2016).

São três as modalidades das equipes dos Consultórios na Rua:

- A modalidade I é composta por quatro profissionais, sendo que dois devem possuir nível superior e dois, nível médio (BRASIL, 2012).
- A modalidade II é composta por seis profissionais, três deles com nível superior e três com nível médio (BRASIL, 2012).
- Por fim, a modalidade III é tal como a modalidade II, com o acréscimo da participação de um profissional médico (BRASIL, 2012).

Assim, a criação e implantação do Consultório na Rua e das equipes foi um avanço em políticas públicas de saúde para indivíduos que apresentam invisibilidade social, porém, ainda, é necessário o fortalecimento destas estruturas e as respectivas ampliações.

3.3 Políticas Públicas - Política de Redução de Danos

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos, tem-se como definição de Redução de Danos um conjunto de políticas e práticas, cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas, visando, primeiramente, minimizar as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e

ilícitas, sem necessariamente reduzir o consumo. Assim, a redução de danos visa à prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas (GOMES *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018).

As intervenções voltadas para redução de danos são pragmáticas, possíveis, efetivas, seguras e custo efetivas, assim são desenvolvidas intervenções com compromisso de basear as políticas e práticas na mais forte evidência científica existente. Desta forma, maior parte das ações de redução de danos são de baixo custo, fáceis de implementar e têm alto impacto na saúde individual e comunitária, em países como o Brasil, onde os recursos voltados para a saúde são escassos, os benefícios são maiores na escolha de medidas de baixo custo/alto impacto, ao invés de alto custo/ baixo impacto (CAMARGO, 2016; GOMES *et al.*, 2018).

Logo, torna-se necessária a implementação da política de redução de danos em serviços de saúde que atendam à população em situação de rua, a fim de oferecer tratamento que busque não somente a cessação do uso de drogas, como também a redução de danos e agravos à saúde.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa de métodos mistos, do tipo paralelo convergente, com abordagem quanti-qualitativa.

A combinação de dados quantitativos e qualitativos proporciona entendimento mais completo do problema de pesquisa do que as diferentes abordagens separadamente (CRESWELL; CLARK, 2013). Para a presente pesquisa, utilizou-se do tipo paralelo convergente ou convergente, no qual há o curso simultâneo dos dados quantitativos e qualitativos no decorrer do estudo, este prioriza igualmente as abordagens e conserva os dados quantitativos e qualitativos independentes, durante a análise (CRESWELL; CLARK, 2013), embora articulados para responder às questões de pesquisa.

O projeto convergente tem a intenção de “reunir diferentes pontos fortes e fracos dos métodos quantitativos (tamanho grande da amostra, tendências, generalização) com aqueles dos métodos qualitativos (amostra pequena, detalhes em profundidade)” (CRESWELL; CLARK, 2013, p. 76). Esta pesquisa está dividida em duas etapas.

4.2 Local da pesquisa

A população do estudo foi composta pelos indivíduos em situação de rua encontrados no município de Niterói, Brasil, entretanto, não há estimativa precisa desta população no Brasil. Enfatiza-se que a população em situação de rua hoje é denominada população oculta.

Define-se como populações ocultas aquelas que têm duas características: primeiro não existe quadro amostral, portanto, o tamanho e os limites da população são desconhecidos; e segundo, existem fortes preocupações com a privacidade, porque a associação envolve comportamentos estigmatizados e ilegais, levando os indivíduos a se recusarem a cooperar ou fornecer respostas não confiáveis para proteger a privacidade (HECKATORN, 1997).

Desta forma a coleta foi realizada nos locais onde a população em situação de rua, comumente fica, tais locais são os bairros: Centro, Icaraí, Santa Rosa, Gragoatá e Alameda.

4.3 Cálculo da amostra

A amostra foi definida a partir da estimativa realizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Niterói, no ano de 2019, apresentando média mensal de 182 pessoas em situação de rua que foram abordadas pelo Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua - Centro Pop (PREFEITURA NITERÓI, 2021). Desta forma, para consecução dos resultados de interesse, retirou-se amostra desse universo, pela impossibilidade de entrevistar toda a população e utilizando como base na estimativa realizada no município de Niterói, foi realizado o cálculo amostral. Como um dos objetivos do estudo foi estimar uma prevalência P, o tamanho mínimo da amostra (n), para uma margem de erro global máxima e, com correção pelo tamanho da população N, foi definido pela fórmula:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N p (1-p)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 p (1-p)}$$

Aqui, $z_{\alpha/2}$ refere-se ao valor da variável aleatória, com distribuição normal padrão para o qual o valor da função de distribuição acumulada é igual a $(1 - \alpha) / 2$ (α = nível de confiança desejado). Assim, o valor de z está intimamente ligado ao intervalo de confiança desejado para as proporções de interesse. No presente caso, usou-se o intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96; p é a estimativa preliminar da prevalência de interesse P e refere-se à margem de erro global resultante (no caso, deseja-se margem de erro global máxima de 5% = 0,05). Devido à insuficiência preliminar de estimativa para P e as demais proporções a serem estimadas no estudo, o produto $p(1 - p)$ é substituído pelo valor máximo: 0,25.

Assim, o tamanho da amostra (n) de estudo estimada para este trabalho foi de 124 pessoas em situação de rua no município de Niterói.

- ✓ **Critérios de inclusão:** participantes com idade acima de 18, de ambos os sexos, que se encontravam em situação de rua, no município de Niterói.
- ✓ **Critérios de exclusão:** participantes que estavam desorientados no tempo e no espaço ou agressivos no momento da entrevista.

4.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora em uma única abordagem direta ao participante, em que foram explicados os objetivos do estudo, aplicado o Termo do Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), os protocolos I (Apêndice III) e II (Apêndice IV) e realizada a entrevista. Para melhor compreensão da coleta de dados, esta se encontra descrita nas fases quantitativa e qualitativa, porém ambas ocorreram em uma mesma abordagem, atendendo aos preceitos dos métodos mistos convergentes.

✓ **Fase quantitativa**

Esta etapa teve caráter de aproximação com o participante e de coleta de dados quantitativos.

Nesta fase, aplicaram-se os Protocolos I e II adaptados para população em situação de rua, em que se avaliaram os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, apresentando as variáveis:

▪ **Protocolo I** (Apêndice III)

I – Histórico: idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, número de filhos, cidade de origem, número de cidades que já viveu, município de moradia.

II – População em situação de rua: tempo que vive na rua, vínculo familiar, vínculo na rua, local em que dorme, horas de sono, alimentação, higiene, motivos de ida para rua, ocupação, profissão, renda, número de dependentes, profissão, quanto caminha por dia, tipos de calçados, violência, preconceito, participação em movimentos sociais, medo de viver na rua, vontade de deixar a rua, queixas.

III – Comorbidades: doenças de base, medicamentos, tabagismo, etilismo, outras drogas.

IV – Serviços de Saúde, programas governamentais e pandemia da COVID-19: acesso aos serviços de saúde, programas governamentais.

- **Protocolo II** (Apêndice III) - Integridade da pele (específico para os pacientes que apresentarem lesões de pele). O Protocolo II avalia as seguintes variáveis: tipo de lesão, etiologia da lesão, tamanho da lesão, tempo de lesão, número de lesões, região onde está localizada a lesão, tecido do leito da lesão, pele perilesional, amputação, odor, dor, tratamento, acesso ao serviço de saúde para tratamento da lesão, impressões do entrevistador. Após a aplicação dos instrumentos, realizou-se registro fotográfico da lesão.

✓ **Fase qualitativa**

Nesta etapa, deu-se continuidade à pesquisa, com a realização de entrevista, para que o participante discorresse sobre o tema proposto, com base nas informações e experiências de maneira autêntica, de modo a permitir o aprofundamento de pontos levantados nos protocolos I e II e maiores esclarecimentos.

Após a finalização do preenchimento dos protocolos I e II, o pesquisador iniciou a entrevista, instrumento de entrevista semiestruturada (Apêndice III), composto por perguntas que nortearam os seguintes temas – vínculos familiares e de trabalho – situações de violência, preconceito, medo e drogas – programas governamentais de assistência (social e de saúde). Informou-se ao participante que a entrevista seria gravada em gravador de voz digital, para, posteriormente, ser transcrita. Utilizou-se como técnica complementar o diário de campo (Apêndice IV).

Os instrumentos foram construídos com base em instrumentos preexistentes utilizados pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA, 2019) e Fundação de Assistência Social e Cidadania de Porto Alegre (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA; 2012) para as últimas estimativas de população em situação de rua nos respectivos municípios e um instrumento de avaliações de lesões preexistente utilizado no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro (OLIVEIRA, 2018). Realizaram-se adaptações, de acordo com a literatura para atender à população em situação de rua.

Ao final, nos participantes que apresentarem lesões, realizou-se registro fotográfico. Os responsáveis pela coleta de dados foram a pesquisadora e uma bolsista de iniciação científica que foi treinada previamente.

Durante a vivência da coleta, observou-se que o n da amostra se aproximou do número da população em situação de rua, no município de Niterói, visto que, no momento da abordagem, essas pessoas mencionavam que haviam participado da pesquisa e o fato era percebido pela pesquisadora.

4.5 Análise dos dados

Para melhor compreensão de como ocorreu a análise dos dados, descrevem-se as fases quantitativa e qualitativa, cujas análises ocorreram em um mesmo momento, atendendo aos preceitos dos métodos mistos convergentes, em que se utilizou da triangulação dos dados.

- **Fase quantitativa**

Os dados foram tabulados em planilhas no software Microsoft Excel 2007 e organizados em categorias: “Quem sou eu?”; “O cotidiano da rua”; “O ir e vir sem muito paradeiro”; “Meu lugar é a rua e meu refúgio é a droga”; “Pandemia, mais invisível que o vírus”; e “Saúde e cicatrizes da vida”, construindo assim o banco de dados da pesquisa que foi analisado pelo programa SPSS (*Statistical for the Social Science*), versão 22.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel 2007.

A análise descritiva foi feita baseada em gráficos, distribuições de frequências, e cálculo de estatísticas descritivas (proporções de interesse, mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação – *CV*) e teve como objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis e traçar o perfil dos participantes. A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa se $CV < 0,20$; moderada se $0,20 \leq CV < 0,40$ e alta se $CV \geq 0,40$.

A distribuição de frequências em classes de uma variável quantitativa foi feita usando classes de interesse ou classes obtidas seguindo a determinação do número de classes pela fórmula de Sturges dada por $n_c = 1 + 3,32 \log n$ e amplitude de classes dada por $h = \frac{Range}{n_c}$, onde $Range = X_{max} - X_{min}$.

Na análise inferencial, foram feitos testes de significância estatística para analisar se são significativas as diferenças encontradas entre distribuições e estatísticas. Para analisar associação da ocorrência de lesões com fatores característicos, a prevalência de lesão no grupo em que o fator é ausente é comparada com a prevalência de lesão no grupo em que o fator é presente. A significância das diferenças observadas nas distribuições de frequências dos dois grupos foi avaliada pelo Teste Qui Quadrado ou pelo Exato de Fisher.

Uma vez identificada associação significativa com o fator e a ocorrência de lesão, o risco foi estimado pela razão de chances (OR). A significância da OR foi atestada se o seu intervalo de confiança ao nível de 95% de confiança não contivesse o valor 1,0. As distribuições de uma variável quantitativa ou ordinal de dois grupos independentes tiveram suas estatísticas comparadas e as significâncias das diferenças encontradas foram atestadas pelo teste de Mann-Whitney. A correlação entre duas variáveis quantitativas e/ou ordinais foi analisada pelo coeficiente de correlação de ordem de Spearman (ρ). A correlação foi considerada forte se o valor absoluto de ρ for maior que 0,7.

- **Fase qualitativa**

Os dados obtidos nas entrevistas realizadas com a população em situação de rua e os do diário de campo do pesquisador foram explorados por meio da análise temática de conteúdo, definida por Bardin (2011), com adaptação da autora Minayo (2015).

Trata-se de técnica sistemática de análise, constituída das etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados/ inferência e interpretação. Na etapa da pré-análise, realizou-se leitura flutuante de todo o material recolhido, nas entrevistas, deixando-nos levar pelas ideias centrais que permeiam o conteúdo. Nessa etapa, determinou-se a unidade de registro, que corresponde ao tema do estudo (MINAYO, 2015).

Na etapa seguinte, chega-se à exploração do material recolhido, identificando-se o conteúdo pela decodificação dos dados brutos, com vistas ao alcance do núcleo de compreensão do texto, e das unidades temáticas, naturalmente oriundas das ideias centrais das falas dos entrevistados, através de exercícios mentais de aproximação, entre os núcleos de significados e as categorias de análise (MINAYO, 2015).

É necessário que o pesquisador atente, para que no momento da organização das categorias temáticas, um mesmo componente não esteja presente em mais de uma categoria, estabelecendo exclusividade de cada elemento. Na terceira e última etapa, correspondente ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, ocorreu a condensação e o destaque de informações para análise, período em que também foi realizada a análise crítica e reflexiva das informações (MINAYO, 2015).

Após análise dos dados, elaboraram-se diagramas conceituais, de modo a facilitar a visualização e compreensão das categorias encontradas, que foram: “Quem sou eu?”; “O cotidiano da rua”; “O ir e vir sem muito paradeiro”; “Meu lugar é a rua e meu refúgio é a droga”; “Pandemia, mais invisível que o vírus”; e “Saúde e cicatrizes da vida”.

Os entrevistados foram identificados pela letra “E” que designa entrevistado, o número evidenciando a ordem a qual esse participante foi entrevistado e “H” para homens e “M” para mulheres. Exemplo: E50H (Entrevistado número 50, sexo masculino).

- **Triangulação dos dados**

A integração dos resultados quantitativos e qualitativos foi realizada pelo método de triangulação de dados. De acordo com Creswell e Clark (2013), a triangulação é

selecionada como modelo quando o pesquisador usa dois métodos diferentes, na tentativa de confirmar, fazer validação cruzada ou corroborar resultados dentro de um único estudo. Esse modelo geralmente usa métodos quantitativos e qualitativos separadamente, como forma de compensar os pontos fracos inerentes a um método com os pontos fortes de outro método.

No presente estudo, a integração dos dados quantitativos e qualitativos foram realizados pela mesclagem de dados. Creswell e Clark (2013) explicam que esse procedimento consiste em combinar os dados qualitativos obtidos no processo de coleta por meio de textos e imagens com os dados quantitativos obtidos com o auxílio de informações numéricas.

Nesse sentido, os resultados estatísticos provenientes dos dados quantitativos podem ser compreendidos por meio da utilização de citações diretas que são obtidas por intermédio da coleta de dados qualitativos e vice-versa. Esse procedimento é útil para que os resultados quantitativos ou qualitativos sejam corroborados ou refutados durante a fase analítica e interpretativa das pesquisas e investigações.

4.6 Aspecto ético

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, respeitando os princípios estabelecidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CSN), do Ministério da Saúde, e aprovado (nº 4.563.245 de 26 de fevereiro de 2021) (Anexo I).

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos quantos aos objetivos e ao método do estudo e lhes foi explicado que a participação seria voluntária. Os que aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

O consentimento dos voluntários para participação na pesquisa foi obtido após o esclarecimento dos objetivos, benefícios e riscos da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III).

Aos mesmos foram garantidos o anonimato e o desligamento da pesquisa a qualquer momento, caso o desejem, e a continuidade do tratamento com a equipe do Consultório na Rua. Não foi oferecido qualquer tipo de auxílio financeiro para participação na pesquisa e não foi realizado ressarcimento de despesas dos voluntários.

4.6.1 Riscos e benefícios

➤ Riscos potenciais

A presente pesquisa não realizou intervenções, sendo realizados apenas aplicações de questionários, realização de entrevista e avaliação observacional da ausência e presença de lesões e respectivas características. Não estavam previstos riscos ou danos relacionados à participação desses indivíduos, exceto o tempo dispendidos pelos participantes em situação de rua para responderem aos questionários e à entrevista.

A presente pesquisa propiciou riscos mínimos aos participantes, visto que não realizou intervenções, sendo realizadas apenas aplicações de questionários, avaliações observacionais e clínicas e registro fotográfico.

- Risco: o participante poderia apresentar cansaço ou constrangimento durante a realização do questionário.
- Minimizações: foi interrompido imediatamente e ofertado o suporte necessário a esse participante.
- Risco: vazamento de informações.
- Minimizações: os pesquisadores assumiram o compromisso de manter sigilo quanto à identidade do participante, durante a realização e divulgação dos resultados da pesquisa, bem como resguardar o material de pesquisa coletado.

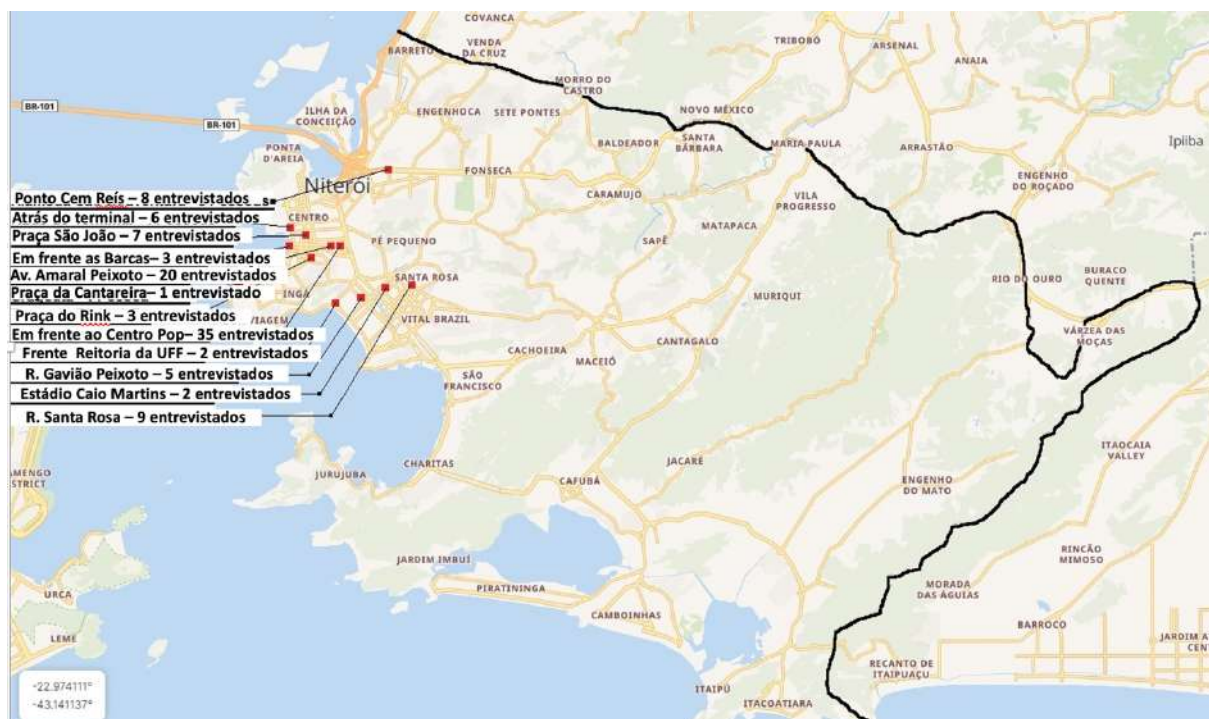
➤ Benefícios potenciais

Através do conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico da população em situação de rua, no município de Niterói, é possível estabelecer propostas de políticas públicas de saúde voltadas para essa população, elaboração de protocolos de tratamento em específico para avaliação e tratamento de feridas que subsidiem a prática clínica dos profissionais de saúde.

5 RESULTADOS

Realizaram-se entrevistas com 101 pessoas em situação de rua, no município de Niterói. O mapa 1 demonstra a distribuição dos entrevistados, de acordo com o local de abordagem e que comumente estas pessoas em situação de rua costumam ficar evidenciando, desta forma, maior concentração em regiões mais centrais e bairros próximos ao centro.

Mapa 1: Localização das pessoas em situação de rua no momento da abordagem da pesquisa– Niterói, 2021



Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o Mapa 1, as regiões onde se concentram a população em situação de rua são:

- Ponto Cem Reis: localizado na rua Alameda São Boaventura, no bairro Santana, em Niterói, a população em situação de rua fica embaixo de um viaduto, sendo uma área coberta, próximas de duas ruas bem movimentadas que vão dar acesso à Ponte Rio - Niterói. O local era de cimento grosso, onde há um brechó gerenciado pelas mulheres em situação de rua daquele local, havendo algumas coisas usadas que ficam expostas para venda. Notou-se a presença de cachorros e,

consequentemente, de pulgas, estes pareceram ter boa relação entre si e formam um grande grupo.

- Atrás do terminal: concentram-se embaixo de marquises que ficam atrás do terminal municipal de ônibus, que está localizado na Avenida Visconde do Rio Branco, região central de Niterói. O local é coberto e o chão de cimento grosso, apresentando intenso movimento de pessoas durante o dia, que utilizam transporte pública. Neste espaço, percebe-se que as pessoas em situação de rua que ali estão, subdividem-se em grupos menores, tendo posicionamentos mais individualizados.
- Praça São João: concentram-se na praça, que fica localizada na Rua São João, no centro de Niterói. É uma praça ampla com bancos e algumas estruturas as quais utilizam para sentar-se ou se deitar.
- Em frente às Barcas: concentram-se embaixo de marquises que ficam na frente do terminal municipal de barcas, que está localizado na Avenida Visconde do Rio Branco, região central de Niterói. Este local apresenta grande movimento de pessoas, visto que é o local de desembarque das pessoas que estão chegando em Niterói, através das Barcas. Além disso, encontra-se em frente a uma das principais avenidas de Niterói, o que torna o local com intenso barulho.
- Amaral Peixoto: concentram-se embaixo de marquises que ficam por toda a extensão da Avenida Amaral Peixoto, sendo essa concentração mais evidente no período da noite. Tal avenida é a principal do centro de Niterói, tem grande movimento de pessoas e carros durante o dia, tornando-se deserta à noite e aos fins de semana, momento em que é ocupada pela população em situação de rua, sendo por muitos considerado local perigoso. Porém, a pesquisa evidenciou o oposto, houve acolhimento pelas pessoas em situação de rua, foi notório como aquele espaço na rua se torna à noite território deles, como se realmente fosse a casa deles. À noite, a avenida morre para a sociedade e nasce para essas pessoas, foi perceptível essa transformação. Eles se agrupam por proximidade, e a extensa avenida é dividida e setorizada de acordo com o perfil de pessoas em situação de rua. No início da Amaral Peixoto, segundo eles, concentram-se pessoas mais idosas e mais tranquilas. No fim da rua, ficam pessoas mais novas que usam drogas mais pesadas e se envolvem mais em confusão. Existe na Amaral Peixoto um morador em situação de rua que é responsável por ditar as ordens das pessoas que ficam nessa área. Não se sabe de que forma, mas ele exerce um poder sobre

as demais e controla o bom funcionamento daquele local, e as demais pessoas o respeitam. À noite, a Amaral Peixoto é feia, suja, escura, mas rica de pessoas, por diversos momentos, viram-se baratas e ratos passando pela rua. A iluminação pública é ruim, bem como a limpeza das ruas.

- Praça do Cantareira: ou também denominada Praça Leoni Ramos, encontra-se em um sub-bairro bastante popular e movimentado do município de Niterói, denominado Cantareira. Tem como ponto de referência o Campus da UFF – Gragoatá e é circundada por bares. Uma praça muito frequentada por estudantes.
- Praça do Rink: ou também denominada Praça General Gomes Carneiro, encontra-se no Centro de Niterói, próxima ao maior shopping de Niterói. É notória a presença de pessoas em situação de rua. É uma área arborizada, mas observa-se que apresenta estruturas degradadas. Observa-se que o local onde a população em situação de rua se situa, encontra-se com sujidade e acúmulo de materiais recicláveis, sendo estes a fonte de renda para essa população.
- Em frente ao Centro Pop: o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) está localizado na rua Coronel Gomes Machado, no Centro de Niterói. A população em situação de rua vai até o presente local para receber os serviços ofertados, posteriormente, estes se mantêm no passeio do outro lado da rua, este local apresenta sujidade, não tendo casas, comércios próximos, fica notório o uso de drogas nesse local. Encontra-se grande concentração de pessoas em situação de rua em frente a esse local, elas ficam aguardando os horários de distribuição de alimentação. Muitos se encontram deitados no chão, outros sentados, alguns muito agitados e outros fazendo uso de drogas psicoativas. Notou-se grande agressividade entre eles.
- Em frente à Reitoria da UFF: a Reitoria da UFF se encontra no bairro Icaraí, na rua Miguel de Frias, próximo à praia de Icaraí.
- Rua Gavião Peixoto: uma das ruas principais do bairro Icaraí, bairro tradicional e nobre do município de Niterói, que fica próximo ao centro. Uma rua que tem comércios de bairro, principalmente supermercados, locais onde mais se encontra população em situação de rua.
- Em frente ao Estádio Caio Martins: é um estádio de futebol, localizado em Icaraí, na rua Presidente Backer. A população em situação de rua se concentra embaixo de marquises que ficam por toda a extensão do estádio.

- Rua Santa Rosa: uma das ruas principais do bairro Santa Rosa, bairro tradicional e mais familiar do município de Niterói, que fica próximo ao centro. Uma rua que tem comércios de bairro e maior circulação de pessoas daquele bairro.

Três locais no município de Niterói, onde se concentram algumas pessoas em situação de rua, foram inviabilizados para realização da pesquisa de campo, pois foi relatado por alguns entrevistados que seriam perigosos para coleta de dados. Tais locais foram:

- Praça branca: localizada na região central de Niterói, na Avenida Visconde do Rio Branco, em frente à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense;
- Atrás do shopping: um centro comercial localizado na região central de Niterói, na Avenida Visconde do Rio Branco, ao lado das barcas.
- Prainha: parte da baía de Guanabara, localizada na região central de Niterói, na Avenida Visconde do Rio Branco, em direção ao bairro Gragoatá.

O relato fica evidente nas falas dos participantes E56H e E91H.

E56H: Eu gostei muito de vocês, eu não quero que aconteça mal com vocês, aqui em frente ao Centro Pop, na Amaral, na praça das águas, ninguém, ninguém vai encostar em um fio de cabelo de vocês. Agora, pelo amor de Deus, não vai na praça branca, nem na prainha e nem atrás do Bay Market, pelo amor de Deus! Oh, lá eu não garanto a segurança de vocês! Esses lugares cheiram a sangue!

E91H: Não vai lá não que eles roubam, eles roubam até quem dá comida a nós, vai não.

Após a análise dos 101 entrevistados, criaram-se as categorias temáticas: “Quem sou eu?”; “O cotidiano da rua”; “O ir e vir sem muito paradeiro”; “Meu lugar é a rua e meu refúgio é a droga”; “Pandemia, mais invisível que o vírus”; e “Saúde e cicatrizes da vida”.

- **Quem sou eu?**

Nesta categoria, foi possível traçar o perfil sociodemográfico da população em situação de rua no município de Niterói, sendo descritas algumas variáveis na Tabela 1, correlacionando com as falas dos entrevistados.

Tabela 1: Características sociodemográficas da população em situação de rua – Niterói, 2021

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade (anos)		
18 — 26	8	8%
26 — 34	12	12%
34 — 42	27	27%
42 — 50	20	20%
50 — 58	18	18%
58 — 66	12	12%
66 — 74	4	4%
Sexo		
Feminino	28	28%
Masculino	73	72%
Raça		
Branca	20	20%
Parda	33	33%
Preta	48	48%
Escolaridade		
Analfabeto	10	10%
Ensino Fundamental	63	62%
Ensino Médio	19	19%
Ensino Técnico	2	2%
Ensino Superior Incompleto	1	1%
Ensino Superior Completo	6	6%
Estado Civil		
Solteiro	31	31%
Separado/Divorciado	50	50%
Casado/Vive junto	18	18%
Viúvo	2	2%
Número de Filhos		
0	25	25%
1	25	25%
2	20	20%
3	16	16%
4	8	8%
5 ou 6	3	3%
7 ou mais	4	4%
Área da cidade que vive		
Centro - Atrás do terminal	6	6%
Centro - Av. Amaral Peixoto	20	20%
Centro - em frente as barcas	3	3%

Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Centro - Praça São João	7	7%
Centro -Em frente ao centro Pop	35	35%
Centro- Praça do Rink	3	3%
Gragoatá	1	1%
Icaraí- Gavião Peixoto	5	5%
Icaraí -Reitoria UFF	2	2%
Ponto Cem Réis - Alameda São Boaventura	8	8%
Santa Rosa - Caio Martins	2	2%
Santa Rosa- Rua Santa Rosa	9	9%

Fonte: dados da pesquisa.

A população em situação de rua no município de Niterói apresenta idade tipicamente concentrada na faixa de idades maiores ou iguais a 34 anos e menores que 58 anos (64,0%); mediana de idade de 42 anos, sendo, em maioria, do sexo masculino (72%), da raça preta (48%), seguida da raça parda (33%) e branca (20%).

Quanto à escolaridade, 62% concluíram o ensino fundamental, enquanto 19% relataram ter cursado o ensino médio, 10% nunca estudaram, 6% concluíram o ensino superior, enquanto 1% apresentou ensino técnico e ensino superior incompleto, respectivamente. Percebe-se na fala dos entrevistados que alguns cursaram parte do curso superior, como demonstrado na fala do E50H.

E50H: Parei no terceiro período da faculdade de direito..., mas sou músico também tá... tudo de ouvido, já peguei o violão e comecei a tocar, do nada... toco gaita, flauta, tudo de ouvido.

Bem como encontram-se pessoas que almejam dar continuidade aos estudos, como relata a entrevistada E23M, apesar das grandes dificuldades e barreiras enfrentadas pela mesma.

E23M: Eu terminei o ensino médio agora, fiz supletivo, vou fazer o ENEM. Cê sabe falar se já passou pra fazer inscrição? ... quero fazer enfermagem.

Impressões da entrevistadora no campo: Encontrei a entrevistada que me perguntou sobre a prova do ENEM, porém a inscrição havia encerrado no dia 25/09/2021, imprimi algumas provas de anos anteriores e levei para ela.

No que tange ao estado civil, 50% eram separados/divorciados, 31% solteiros, 18% casados/viviam junto e 2% viúvos. Quanto ao estado civil, constatou-se alto índice de separações, situação evidente na fala dos entrevistados E57H e E35M.

E57H: Já fui casado, mas o casamento não foi vitorioso (risos).

E35M: Sim, 3 vezes. Agora eu tô separada.

Cerca de 75% da população em situação de rua tem filhos, o número típico de filhos é igual a 0 ou 1 (50%), com mediana de dois filhos, sendo o número mínimo de filhos nenhum e o número máximo 14, apresentados por um participante. Apesar de muitas pessoas em situação de rua terem filhos, as falas demonstram perda de vínculo com esses filhos, principalmente em casos de mulheres que estão em situação de rua, que quando tem os bebês, caso a família desta mulher não acolha a criança, esta é direcionada para abrigos para serem adotadas. Essa situação é percebida nas falas das participantes E90M e E7M.

E90MG: Eu perdi meus filhos para adoção, eu tenho medo de perder esse novamente (choro), não me deram chance para lutar pelos meus filhos, pela guarda deles... a minha primeira saiu do hospital comigo e com minha mãe, a minha segunda também, o meu caçula não... veio uma mulher, uma mulher branca, alta, de salto, calça jeans, blusa social, falou que ia, meu filho mamando no meu peito, ela falou: “mãe, eu vou levar seu filho pra pesar e já vou trazer ele já, não vou demorar muito não”, ela abriu a porta e não voltou nunca mais, até hoje.

E7M: Três, só que eu perdi a guarda, devido a esse meu problema.

Quanto o local que se alojavam e viviam, destaca-se alta frequência de moradores de rua no Centro, em frente ao centro Pop (33,0%). Ao todo, 73,3% os moradores de rua viviam na região do centro econômico de Niterói.

A Figura 1 mostra os boxplots das distribuições de idade e do número de filhos dos participantes de pesquisa. Não há idades atípicas e o número de filhos maior que 6 é atípico na população de rua (representado pelos símbolos ° e *).

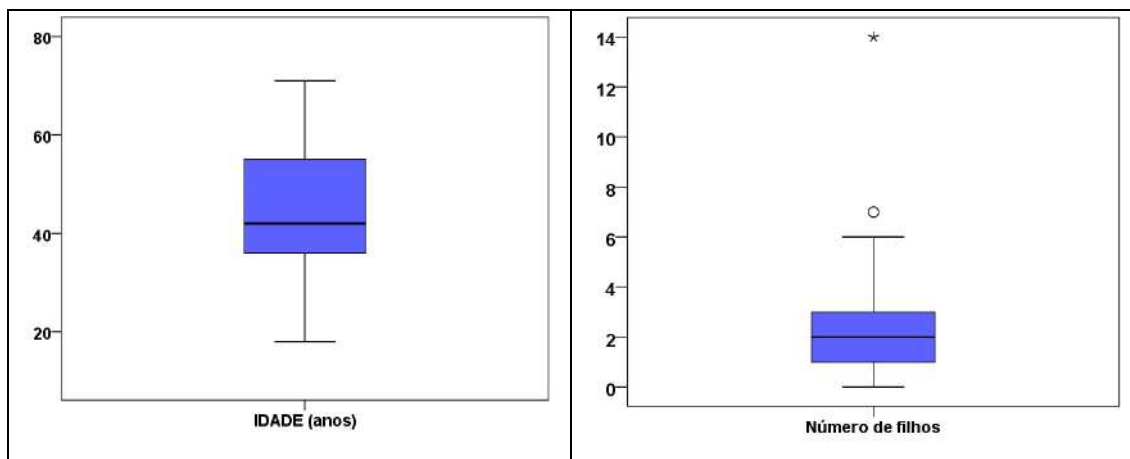


Figura 2: Boxplot das distribuições de idade e número de filhos.

Fonte: dados da pesquisa.

- **O cotidiano da rua**

Nesta categoria, levantaram-se características mais específicas a essa população e ao cotidiano, que se encontram descritas na Tabela 2 e correlacionadas com as falas dos entrevistados.

Tabela 2: Distribuição de Frequências das características da população em situação de rua – Niterói, 2021

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Possui documento	70	69%
Tempo vivendo na rua		
menos de 1 mês	6	7%
1 mês — 6 meses	11	12%
6 meses — 1 ano	4	4%
1 ano — 3 anos	14	15%
3 — 6 anos	20	22%
6 — 9 anos	7	8%
9 anos ou mais	29	32%
Vive com alguém na rua	37	37%
Convívio Familiar		
Não tem convívio	46	46%
Sim, semanalmente	15	15%
Sim, mensalmente	20	20%
Sim, anualmente ou mais	20	20%
Número de Refeições Diárias		
1	4	4%
2	30	30%
3	46	46%

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
4	18	18%
5	2	2%
6	1	1%
Realiza Higiene	97	96%
Tem produtos de Higiene	96	95%
Tempo andando por dia (horas)		
1 —3	12	12%
3 —5	24	24%
5 —7	39	39%
7 —9	24	24%
10 ou mais	2	2%
Tem pelo menos um calçado	99	98%
Tipo de calçado		
Chinelo	68	67%
Tênis	6	6%
Sapato	8	8%
Sandálias	4	4%
Chinelo e Sapato	4	4%
Chinelo e Tênis	7	7%
Chinelo, Sapato, Tênis e Sandália	1	1%
Nenhum	3	3%
Sofre algum tipo de violência	50	50%
Física	35	70%
Física e Psicológica	1	2%
Física e Verbal	2	4%
Física, Psicológica e Sexual	1	2%
Física, Sexual	2	4%
Física, Verbal e Moral	1	2%
Física, Verbal, Sexual	3	6%
Física, Verbal, Sexual e Patrimonial	1	2%
Psicológica	1	2%
Psicológica e Verbal	1	2%
Verbal	3	6%
Frequência da violência		
Às vezes	17	17%
Frequentemente	8	8%
Raramente	25	25%
Nunca	51	50%
Tempo de sono (horas)		
1	1	1,0%
2	4	4,0%
3	25	24,8%
4	8	7,9%

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
5	7	6,9%
6	20	19,8%
7 ou 8	36	36%
Já foi impedido de entrar em algum lugar	76	75%
Classificação do medo de viver na rua 0 a 10.		
0 (nenhum medo)	46	46%
1 —4 (pouco medo)	6	6%
4 —7 (medo moderado)	12	12%
7 —10 (muito medo)	15	15%
10 (medo extremo)	22	22%
Pensa em deixar a rua	90	89%
Tem ocupação	75	75%
Renda Mensal (RS)		
Nenhuma	21	21%
25 — 225	30	30%
225 — 425	15	15%
425 — 625	10	10%
625 — 825	9	9%
825 — 1025	8	8%
1025 — 1225	6	6%
1225 — 3025	7	7%

Fonte: dados da pesquisa.

A maior parte da população em situação de rua tem documento (69%), entretanto, há o relato da perda destes documentos no período que se encontram na rua e as dificuldades encontradas em retirar novos, como evidenciado nas falas dos entrevistados E17M e E75H.

E17M: Não, perdi... o Centro Pop só dá o encaminhamento, mas no DETRAN tem que pagar tudo, tem que ter o dinheiro para pagar e eu não tô tendo dinheiro, que eu não tô trabalhando, aí tá parado.

E75H: Perdi. Tô nessa batalha aí, precisando tirar esses documentos, na rua tudo difícil...

Nota-se que muitos que têm documentos, os retiram recentemente, passando boa parte da vida em que se encontravam em situação de rua sem estes, como relatado pelo entrevistado E92H.

E92H: Minha carteira de identidade ela tem um mês, porque eu não tinha não, eu não existia não, eu nasci a um mês, que paradoxo né, um homem tão velho, e eu nasci a um mês. Para a vida civil, pra vida civil eu era um inexistente, um invisível...

Dos participantes que apresentavam documentos, estes relataram que os documentos se encontravam guardados em locais como o Centro Pop, bancas de jornais, restaurantes, conhecidos e familiares, como evidenciado na fala do entrevistado E1H.

E1H: Eu só tenho as cópias, é que os originais estão guardados no restaurante.

Quanto ao tempo em que esse indivíduo vive em situação de rua, a maior concentração está na faixa de mais de 3 anos (62%). A mediana é de cinco anos aos indivíduos que vivem em situação de rua no município de Niterói, sendo o tempo mínimo de 15 dias e tempo máximo de 60 anos. Um dos aspectos relatados é que para alguns foi uma pergunta de difícil resposta, pois as referências para o tempo foram outras, diferentes do tempo cronológico. Isso foi percebido pela fala do participante E92H.

E92H: Ai...você sabe que você me embaralhou para fazer o cálculo? Sabe por quê? Se você puder anotar isso aí é interessante, você perde na rua a famosa...você sai do tempo, entre aspas, entre aspas o tempo burguês, o tempo burguês, entre aspas porque não é uma coisa pejorativa não...você começa a perder a noção do tempo, você sabe a hora que vai passar o carro da igreja, você sabe a hora que vai passar não sei o que...mas, o tempo regular, a cronologia é outra...é outra... é outro Cronos.. nós estamos no aiôn, aiôn, aiôn...nós saímos do tempo cronológico e entramos no tempo aiônico.

No que se refere a estar juntamente com alguém na rua, cerca de 37% tinham um companheiro na rua, sendo estes praticantes mais da metade do sexo feminino, sendo para elas, muitas vezes, associação com uma proteção aos riscos enfrentados ao estar na rua, como observado nas falas das entrevistadas E65M e E7M.

E65M: De morar na rua? Tenho nada...aqui meu segurança (aponta para o marido dela), olha o tamanho do meu segurança, tenho medo nada, meu segurança é do tamanho do teu, grandão.

E7M: Assim, perto do meu marido, eu me sinto segura entendeu, não sei o porquê, eu acho que ele é o meu super-herói, que ele vai me proteger entendeu. Mas, eu sozinha, eu tenho medo, eu não consigo dormir direito.

No entanto, encontraram-se falas de indivíduos que não se percebiam em uma relação com ninguém na rua, devido à situação cotidiana de vida de estar em situação de rua, o que seria para eles um empecilho para manter uma relação com alguém, como relatado nas falas dos entrevistados E92H e E57H.

E92H: Não, bacana né, ter uma união estável aqui na rua, eu digo que a coisa mais instável que tem é viver na rua, ter uma união estável nessa instabilidade é um paradoxo, não, eu vivo só.

E57H: Eu sou sozinho. Carreira solo (risos).

Sobre o convívio familiar, a maior parte da população em situação de rua do município de Niterói (46%) não mantinha nenhum tipo de convívio com os familiares, conforme as falas dos participantes E91H, E4M e E54H.

E91H: Porque ela rejeito, rejeito eu com dois meses de vida, minha vó que pegou pra criar, aí minha avó morreu, aí, eu vim pra rua. É isso aí que revolta entendeu, nós é rejeitado de pai e mãe, até nossa mãe maltrata nós, a mãe nossa parece até um bicho, minha mãe não presta.

E4M: Não, minha mãe também não tem paradeiro, minha mãe também não tem casa, a única que tem em casa é só meus três irmãos. A caçula que cuida da minha filha, a outra que eu também não me dou e meu irmão também que eu não me dou.

E54H: Tenho, só que a minha família...você...trabalha..., mas você tem religião? Da minha família é cristã, então, eles são muito loucos, eles são mais loucos do que eu, porque se você bebe, você tá com o diabo no corpo, poxa, brincadeira né pó? Até Jesus bebeu, bebeu...qual foi o primeiro milagre? Transformou a água em vinho...então, poxa, é uma maluquice deles, aí eles são isso e me odeia...porque eu bebo.

Em relação à alimentação, eles fazem tipicamente 2 ou 3 refeições ao dia (76%), houve mediana de três refeições por dia, essa variável foi questionada e informada que não havia resposta exata, visto que é muito variável o número de refeições por dia, tendo dias não conseguem se alimentar e, principalmente, eles se alimentam com o que têm, não podem escolher o que vão comer, as colocações ficam evidenciadas nas falas E92H e E16H.

E92H: Isso é uma pergunta curiosa, você pode comer muitas vezes em um curto espaço de tempo e passar um longo espaço de tempo sem comer nada. Eu já passei três dias sem comer nada, nada, nada, nada, não tava fazendo dieta não. É, às vezes, chegar aqui e passar uma carreata e depois outro, depois outra, depois outra, então, isso aí não parametra muito não. É uma pergunta burguesa, entendeu? É, é, é

E16H: De vez em quando, quando cêis vêm, dá comida, abençoa nós.

Impressões do entrevistador: Ao andar pela Amaral Peixoto, percebeu-se que boa parte daquelas pessoas em situação de rua que dormiam ali me conheciam, me cumprimentavam, hoje percebi que se iniciou a criação de um vínculo e que a grande parte daquelas pessoas já foram entrevistadas. Uma delas me parou e me perguntou se eu tinha biscoito, perguntei a ela se ela estava

com fome, ela respondeu que não, que estava era cansada de comer macarrão com salsicha, dei o biscoito a ela.

Quanto à realização de higiene, cerca de 96% realizavam higiene com produtos que recebiam de doações de entidades. As pessoas em situação de rua descreveram essas entidades como carreatas. Outras formas de conseguir produtos de higiene era no Centro Pop, doações de pessoas e comprando.

E7M: Eu consigo absorvente, mas prefiro o algodão, minha ginecologista já me deu um esporro do caramba por causa disso, mas é porque absorvente eu tenho alergia, começa a coçar e eu fico cheia de bolinha, da puis, então..., eu acredito que deva ter algum que não me dê alergia, acho que não deve ser todos, mas eu não tenho paciência pra ficar experimentando e sofrendo, ainda mais na rua, aí, eu prefiro algodão, mas a ginecologista me falou que isso faz um mal do caramba.

Percebe-se que essa higiene é realizada em diversos locais, como os banheiros do Centro Pop, de postos de gasolina, de igrejas, de centros espíritas, do terminal rodoviário, dos estacionamentos, na praia e na rua. Os relatos podem ser evidenciados nas falas E50H, E17M e E4M.

E50H: Ah, ali é atrás da banca. Ah, sento ali, na calçada. É, isso quando tem garrafa, quando num tem garrafa, fica sem tomar banho.

E17M: Tem lá na rodoviária, né, paga um real. Ou, então, aqui na galeria, um real.

E4M: Só de dia que é o banheiro daqui (banheiro do Centro Pop). E nem o banheiro daqui que é muito sujo. Hoje, eu tomei banho até lá fora pelada. O banheiro é muito podre sabe? Os outros caga no chão. Aí, eu uso a rua né.

E7M: No Centro Pop, só no final de semana que é mais complicado pra tomar banho, final de semana tem que arrumar um jeito, tem que arrumar um balde e pedir no prédio.

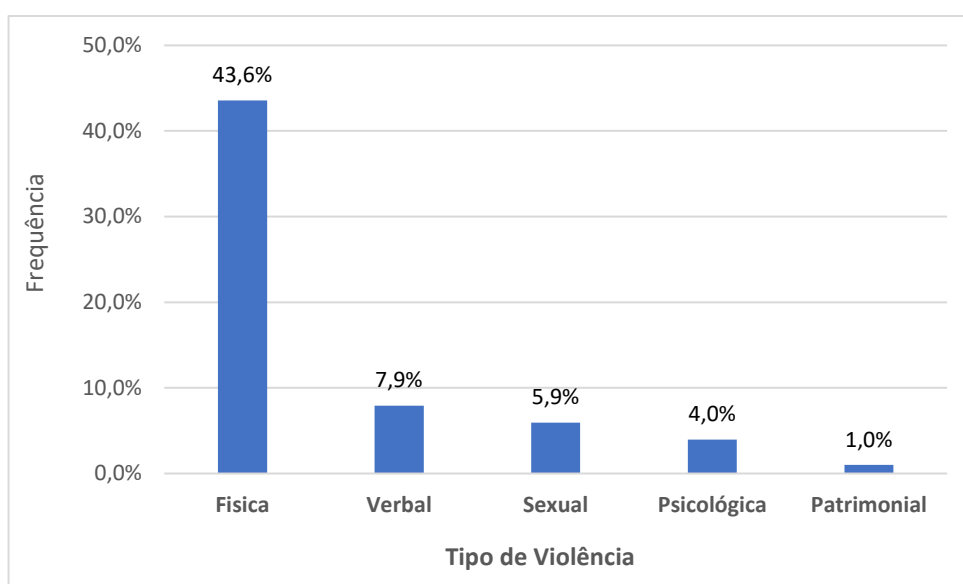
No que tange ao tempo que essas pessoas andam por dia, tipicamente eles andam por um tempo maior ou igual a 3 e menor a 9 horas (87,0%); a mediana foi de 6 horas diárias, com tempo mínimo de 1 hora e o tempo máximo de 15 horas. A maioria (98%) possuía calçados, entretanto, sendo o tipo de calçado mais prevalente o chinelo (67%), estando em muitas situações em condições muito ruins. Essa questão pode ser observada nas falas das entrevistadas E4M e E80M.

E4M: De dia não, mas de noite, eu ando tudo dos quatro cantos. É porque a noite que eu trabalho né. Eu trabalho um dia sim e dia não (profissional do sexo).

E80M: O que? Eu ando à beça. Já ouviu aquela? Cobra que não anda, não engole sapo né.

Quanto à violência, esta foi relatada por 50% dos entrevistados, sendo a violência física a mais relatada por eles, 70% dos que sofrem violência e 43,6% da amostra, como pode ser vista a distribuição de frequência individualizada pra cada tipo de violência na Gráfico 1. Os relatos podem ser verificados nas falas E55H e E2H.

Gráfico 1: Frequência do Tipo de Violência Sofrida



Fonte: dados da pesquisa.

E3H: Sim... Já ... Oito facadas. Assim... Mas, eu não ligo não, nem esquento a cabeça com isso ... Já tô acostumado. Rodinha de morador de rua, beberam cachaça, usaram drogas... Por isso que eu sempre ando sozinho. Eu até chego nos caras, passo “oi, beleza, beleza... Vou ali”. Você pode até ver eles por aí, mas eu só ando sozinho. Sabe o que foi isso? Eu sofri ... Oito facadas. Eu já vi muita violência.

A violência sexual foi destacada pelas mulheres que se encontram em situação de rua. As falas de E4M, E2M e E7M expressam esse tipo de violência.

E4M: Meu marido já, já, me estuprava, já tentaram me estuprar também, já acordei com o cara com a boca no meu peito pensando que era meu marido.

E2M: Já, já, abusaram de mim nu, nu como é que se fala? É no terminal rodoviário, eu falo mermo. Aquele terminal ali é terrível.

E7M: Já, lá no Rio de Janeiro, o cara tava bêbado e eu tava dormindo sozinha na rua e ele pensou que podia abusar de mim. Eu cheguei a caguetar pros meninos do lado, aí, ele achou que eu tava errada, aí fico me chamando de X9, aí, eu tive que sair de lá por causa dele. Eu já sofri abuso também pelo meu ex-marido, não esse, o outro que eu tava, porque eu descobri que ele me traiu com um travesti entendeu, e ele pegou doença e eu não quis ter mais nada com ele, pegou aids, aí, eu não quis ter mais nada com ele. Não sei se eu fui muito idiota, porque podia usar camisinha, ou se eu não quis me arriscar. E com raiva disso, ele tentou ter relação a força comigo, eu dormindo, cheguei a chamar a polícia, a polícia falou comigo que não tinha como eu dá queixa porque ele era meu marido. Como é que ia dar queixa de um marido. Essa do meu ex-marido, eu cheguei a tomar um monte de remédio, porque chegou a ter relação mesmo, foi comprovado que eu tive abuso mesmo, até porque devido à força que ele fez, eu cheguei a ficar sangrando entendeu, porque fez com muita força, então, ficou comprovado entendeu.

No que tange ao tempo de sono, tipicamente eles dormem de 3 a 6 horas (59,4%), com mediana de 6 horas diárias de sono, sendo o mínimo de 1 hora e o máximo de 8 horas, houve relato de boa parte dos entrevistados sobre a dificuldade de dormir na rua, por diversos fatores, como barulho, movimentação da sociedade e, principalmente, medo. Esses fatores se destacaram nas falas dos entrevistados E92H, E16H, E37H e E80M.

E92H: O lado iluminado da rua ele acorda cedo né, e espanta as baratas, os ratos, então, dorme-se pouco, muito pouco mesmo. O vagabundo dorme muito cedo, é porque, é porque ele tem que acordar antes do burguês chegar, o vagabundo dorme cedo, porque ele vai ter que acordar muito cedo pra limpar a rua.

E16H: Dorme nada, ninguém dorme direito não, moça, nós só cochila, muita maldade.

E37H: Pode perguntar para todos os meus manos aí, a gente que está no mundo da rua, a gente dorme bem na rua? Não dorme! A gente só se sente bem quando tá num hotel ou tá num albergue que é onde você se deita e na rua tu não sabe o que que pode acontecer. Quantas coisas eu já vi nesse mundo que eu vivo na rua, já vi pessoas morrer do meu lado, já vi pegar doença do meu lado, já vi pessoas salvar vidas do meu lado. Eita... já vi de tudo!

E80M: Que minha filha, nós encosta a cabeça, encosta a cabeça, não apaga não, cochila, porque se apagar, perde a vida né. Entendeu? Apagar nunca.

Ao serem questionados de serem impedidos de entrarem em algum lugar, a maioria (75%) referiu já ter sido impedido de entrar em algum lugar, conforme as falas dos entrevistados E7M, E80M e E3H.

E7M: Na igreja, porque eu gosto de ir na igreja, igreja evangélica universal, eu não pude entrar porque eu estava com uma mochila e um coberto debaixo do braço, aí, falou que não podia entrar entender, senão eu ia constranger os usuários, foi com essas palavras que o pastor falou pra mim. Eu achei um absurdo, mas foi com essas palavras.

E80M: Quantas vezes ... A começar no garotinho, no restaurante popular, vários outros lugares já me impediram de entrar várias vezes. Aí, eu me pergunto preconceito por ser mulher, preconceito pela minha cor, preconceito por não sei o que. Existem várias formas de preconceito né. Racial mais ainda.

E3H: Não, não, mas nos mercados você entra e os guardas ficam de olho.

Em relação ao medo de viver na rua, em uma escala de zero a 10, estes apresentaram mediana de 2, sendo o mínimo zero (medo nenhum) e o máximo 10 (temo extremo). Tipicamente os mesmos referem ter “nenhum” ou “pouco medo” de viverem na rua (52%), mas também é relevante a frequência e moradores que tem muito medo ou medo extremo, que somam 37%. Os relatos podem ser evidenciados nas falas de E4M, E55H e E2M.

E4M: Eu acho que eu também não sinto tanto medo assim, porque eu já sou acostumada, o tempo faz a gente se acostumar com tudo né.

E55H: Ah, acho que 10 né porque na verdade as chances... o medo é medo né, ele é graduado de 0 a 10, mas 10 é o potencial, porque nunca se sabe, às vezes, eu posso tá com dinheiro, pode um me dá uma pedrada na cabeça, só pra pegar o dinheiro pra usar droga. A grande realidade é essa sabe, cê andar com celular cê num pode, por mais que seja seu, cê não pode, porque o que que acontece, cê se torna alvo. Tipo assim cê é um diferencial, mas eles não querem saber, eles querem se drogar e ele vai te atrapalhar, eu já me resguardo, porque quando ele vier me atrapalhar, eu já atrapalho ele, essa é a grande verdade.

E2M: Eu morro de medo de morar na rua, tô falando verdade. Porque a rua é complicada, a rua é de homem, a rua é de homem, a rua não é de mulher não, tá certo?

Quando questionados se pesaram em deixar as ruas, a maior parte (89%) afirmou que tinha vontade de deixar a rua. As falas de E4M, E37H e E55H evidenciam.

E4M: Ah, deixaria. Sem dúvida disso. O meu sonho é pra mim criar minha filha né tia?

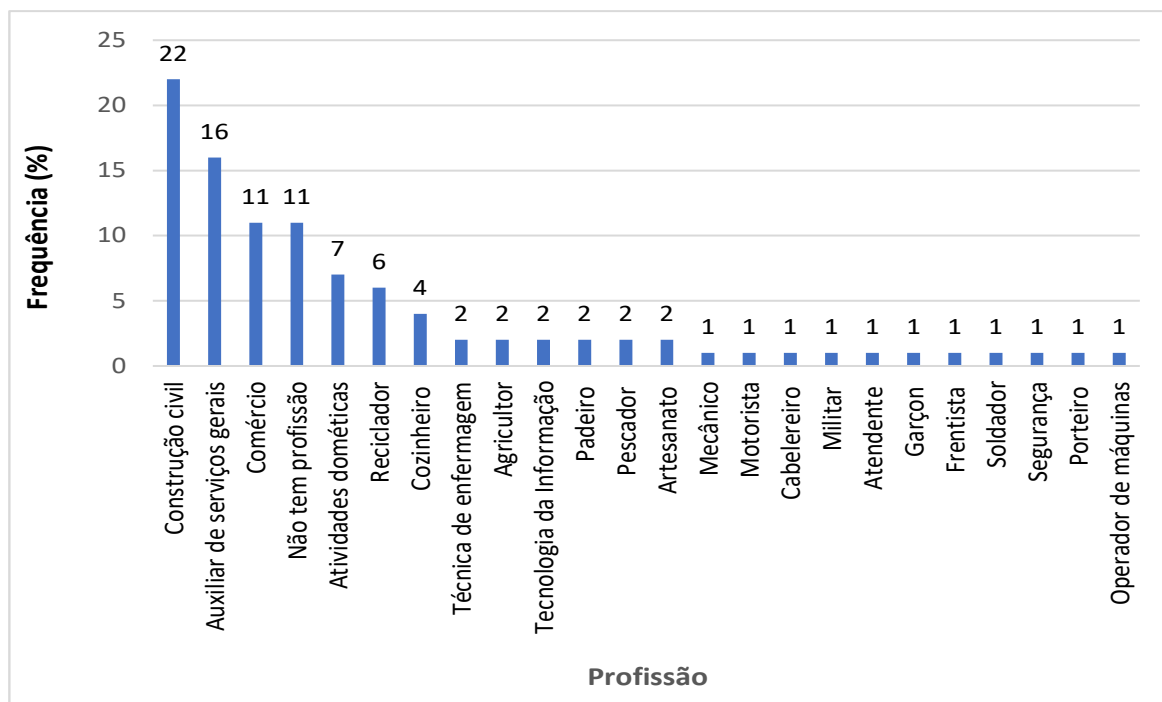
E37H: Ah, eu tive até uma família, todo mundo quer uma família, todo ser humano tem um sonho. A realidade é a realidade de ter algo né.

E55H: Com certeza, porque a rua é difícil né mano, a rua infelizmente é, a maioria das pessoas, elas tão na rua, porque tipo assim, vamo supor pode ser questão de droga, como eu também tive o álcool, que as pessoas, as pessoas se elas soubessem é que a droga e o álcool é uma coisa que é uma doença e tivesse ciência disso, eles teriam tratamento como eu tive.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição de frequências da profissão do morador de rua, tendo como destaque profissões relacionadas à área da construção civil (22%),

seguida de auxiliar de serviços gerais (16%), onze entrevistados relataram não ter nenhuma profissão. Ao total, relataram-se 24 diferentes profissões.

Gráfico 2: Profissão das pessoas em situação de rua – Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

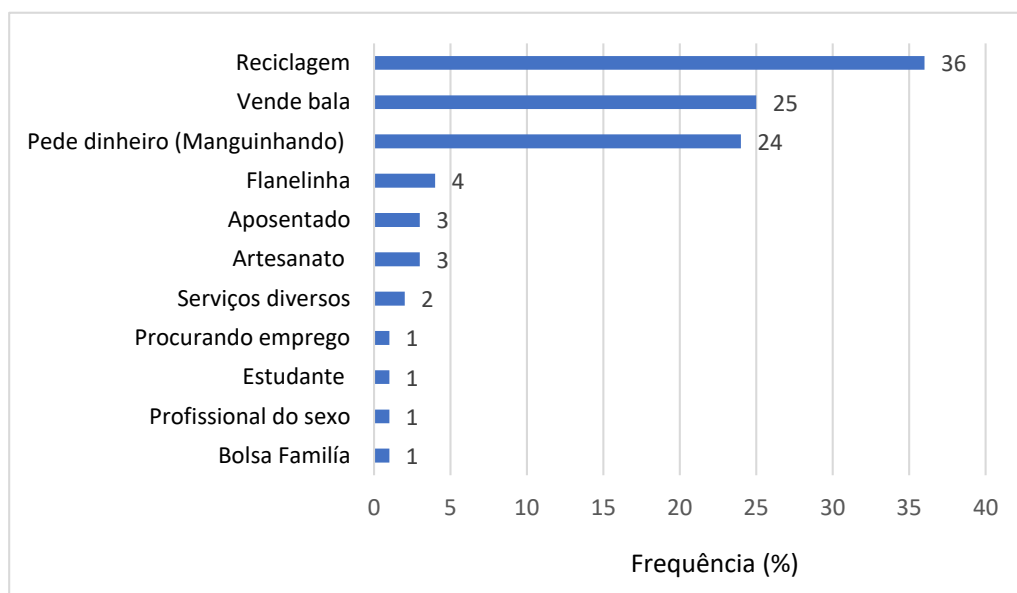
As profissões podem ser observadas nas falas dos entrevistados E54H e E7M.

E54H: Trabalhava bem, eu trabalhava com a Rede Globo, trabalhei pra carnaval, trabalhei pra Raco, você conhece a Raco? Você nem conhece né? É o melhor produto de beleza de mulher viu...é...é a melhor... E a L'Oréal também é um produto muito ótimo, trabalhei lá também, meu Deus lá é uma riqueza...são caros e muito chique, lá ninguém anda de ônibus, todo mundo anda de táxi, até aquela pessoa da limpeza é...Lá é chique para caramba. É negócio de decoração, na madeira. Aí, eu trabalhava nisso, só que com a devastação da Amazônia, agora a madeira tá restrita entende? Eles vendem, mas bem menor, bem menor em tamanho, aí, na minha profissão quebrou muito.

E7M: Várias coisas, faxineira, babá, padaria, mercearia etc. Consegui trabalho rápido, só nunca trabalhei de carteira assinada, mas os lugares que eu trabalhei me deram carta de referência, até porque eu saí porque eu quis.

O Gráfico 3 apresenta a distribuição de frequência das ocupações citadas, tendo como destaque ocupações como reciclagem (36%), vendedor de bala (25%) e manguinhando (24), termo comumente utilizados por eles, que designa pedir dinheiro.

Gráfico 3: Ocupação atual das pessoas em situação de rua – Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

As ocupações podem ser observadas nas falas dos entrevistados E80M e E35M.

E80M: Com toda certeza. Oh, é vendendo uma bala, catando um papelão, puxando uma burrinha né. Assim, ah, vamo bora, vamo puxar uma burrinha, vamo po ferro velho, catar um papelão, vende uma bala. É assim que a gente sobrevive.

E35M: Não. Vendo nada. Só manguieio mesmo, peço dinheiro os outro. Dá um dinheirinho bom por dia, mas hoje eu não manguiei não, porque o bofe falou que ia me dar um dinheiro aí (risos). "Você tem um boy por fora aí então?" Tem tia, de vez em quando surge um programa, eu faço.

Quanto à renda, eles tipicamente vivem com renda mensal menor que 225 reais (51% deles) e 7% tinham renda maior que 1025 reais.

A Figura 3 traz os boxplots das distribuições do tempo vivendo na rua, tempo em que fica andando pelas ruas por dia, número de refeições por dia, tempo de sono, classificação do medo de viver na rua e renda mensal dos moradores de rua. Os gráficos mostram que são atípicos: moradores que moram há mais de 20 anos na rua, que andam mais de 10 horas por dia, que fazem mais de 4 refeições diárias e que ganham mais de 1200 reais de renda mensal (representados por ° e * no boxplot) .

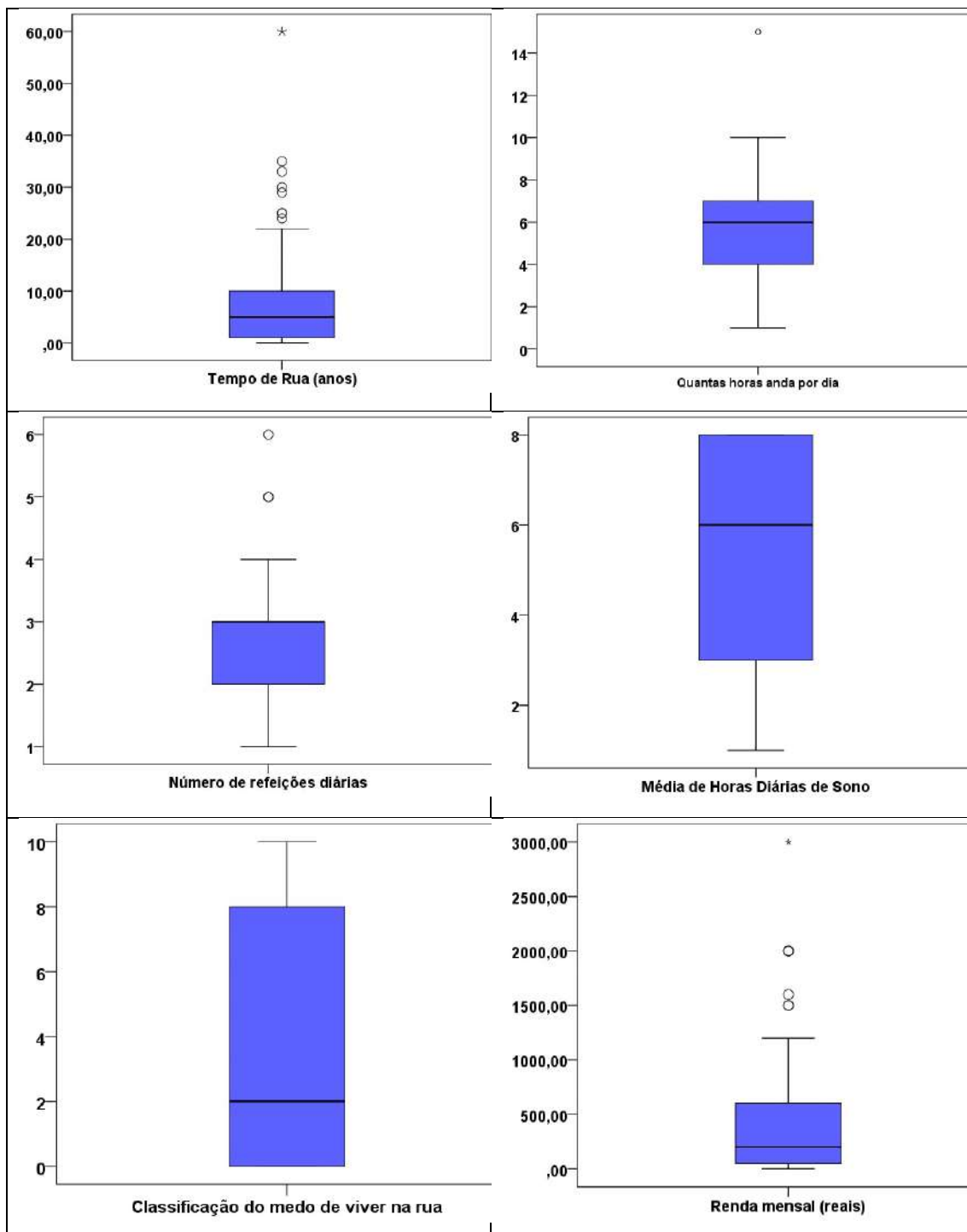


Figura 3: Boxplots das distribuições do tempo vivendo na rua, tempo em que fica andando pelas ruas por dia, número de refeições por dia, tempo de sono, classificação do medo de viver na rua e renda mensal dos moradores de rua

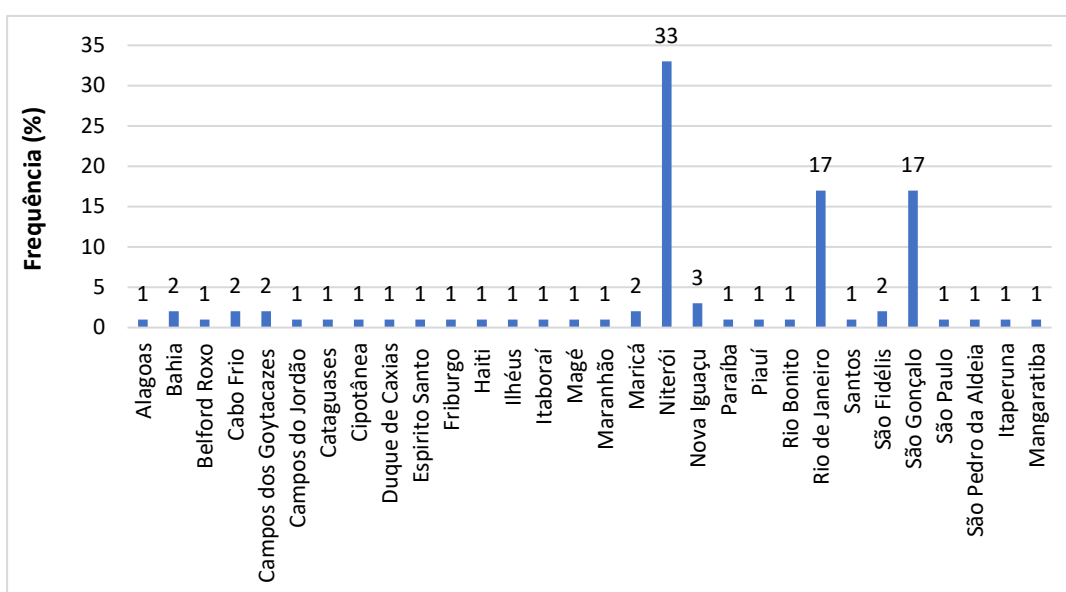
Fonte: dados da pesquisa.

- **O ir e vir sem muito paradeiro**

Na presente categoria, destaca-se o dinamismo da população em situação de rua, demonstrando o número de municípios em que já viveu, o município, o motivo e a vontade ou não de retornar ao município de origem. Essas informações de encontram nos Gráficos 4, 5 e 6, correlacionados com as falas dos entrevistados.

O Gráfico 4 apresenta o número de pessoas em situação de rua, de acordo com o município de origem, apresentando maior número de indivíduos (33) tendo Niterói como município de origem, seguido do Rio de Janeiro e São Gonçalo com 17 participantes respectivamente, tendo um total de 30 diferentes municípios de origem.

Gráfico 4: Número de pessoas em situação de rua, de acordo com o município de origem– Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

A população em situação de rua é muito dinâmica, dessa forma, muito dos entrevistados viveram em diversas cidades, apresentando mediana de duas cidades em que já se viveu, sendo o mínimo de uma cidade e o máximo de dez. Esse dinamismo é notório nas falas dos entrevistados E57H e E3H.

E57H: Todas...Brasil, lá fora também, Patagônia, Chile, Peru, Machu Picchu, áudio inaudível, nós somos uma geração evoluída, foi nós que acabamos com a 3ª Guerra Mundial, ia haver uma guerra mundial, 3ª Guerra né? Aí, os jovens aderiram à guerra. Não repudiaram não, né? Pra que guerra né.

E3H: Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, fui pra Paraná, Paraguai, Foz do Iguaçu, fiquei girando, girando um pouco né.

O Gráfico 5 descreve o percentual de entrevistados que são de origem do município de Niterói, que não são de Niterói e têm vontade de retornar ao município de origem e quantos não são de origem de Niterói e não têm vontade de retornar ao município de origem

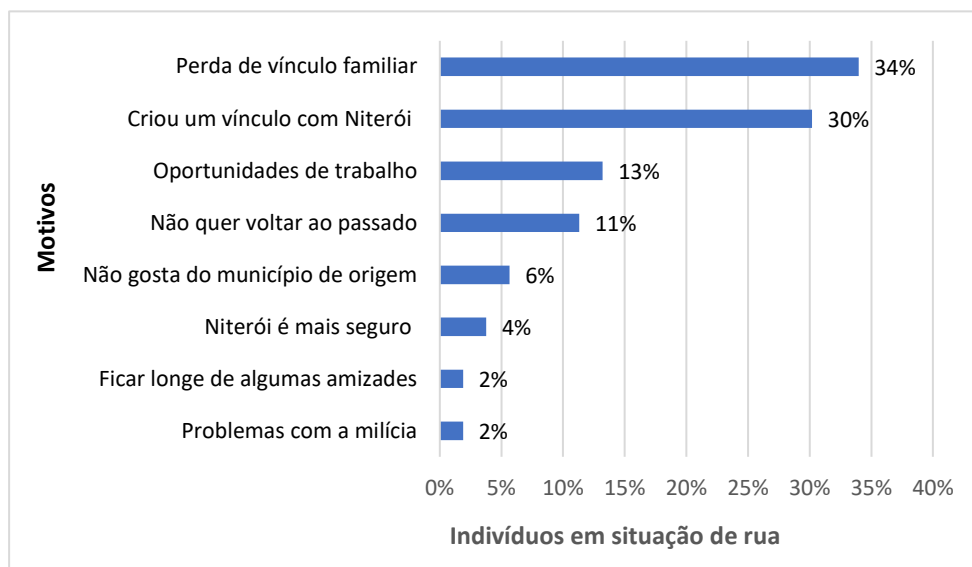
Gráfico 5: Distribuição das pessoas em situação de rua no município de Niterói, de acordo com a vontade de retornar ao município de origem – Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

Mais da metade dos moradores em situação de rua não são de Niterói e não apresentam desejo de retornar à sua cidade de origem (53%), apresentando diversos motivos para o não retorno descritos no Gráfico 6. Os percentuais são calculados com relação ao número total de moradores que não são de Niterói e não apresentaram desejo de retornar à sua cidade de origem. Os principais motivos são: perda de vínculo familiar (34%) e criação de vínculo com a cidade de Niterói (30%).

Gráfico 6: Motivos de não retorno ao município de origem das pessoas em situação de rua – Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

Os motivos podem ser evidenciados nas falas dos participantes E57H, E93H e E92H.

E57H: É... é mais tranquilo. Tem mais qualidade. Apesar que o Rio também tem suas qualidades.

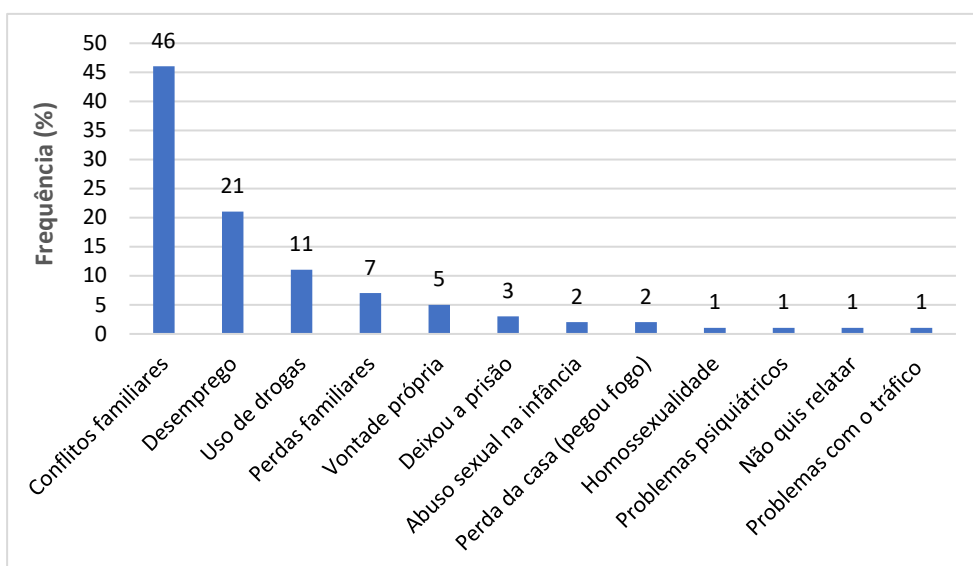
E93H: Niterói é uma mãe né...

E92H: Eu tenho uma teoria, eu vou falar minha teoria tá, quando você tá no Rio, isso é minha teoria, uma teoria só, você tem uma preguiça danada de vir à Niterói e quando você tá em Niterói, você não quer ir ao Rio entendeu?... então em Niterói... é por causa da rede de conhecimento, você vai se sentindo entre aspas, em casa, só por isso, se eu tivesse no Rio, eu sentir a mesma coisa de Niterói, não, não vou para Niterói não porque aqui no Rio...entendeu? então, por isso, você acaba fazendo uma rede de conhecimento, eu subo e desço aqui oh...na calada da madrugada, não tenho medo de ser assaltado, eu conheço todo mundo...quando vê estão pedindo cigarro ou trago...o cara avisa passou com comida lá... É *Lou Reed – dark side of the street*, lado escuro da rua, eu já ando só no lado escuro da rua, compreende? *Dark side*, vocês andam no *illuminated side*, *lighting side*, vocês são dois profissionais...

- **Meu lar é a rua e meu refúgio é a droga**

Na presente categoria, destacam-se os motivos que levaram a população em situação de rua para a rua e o que as fazem permanecerem nela. Tais informações se encontram nos Gráficos 7 e 8, correlacionados com as falas dos entrevistados. As principais drogas utilizadas pelos mesmos e os motivos de uso se encontram na Tabela 3.

Gráfico 7: Motivos de ida para a rua das pessoas em situação de rua – Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

Os entrevistados destacaram diversos motivos que os levaram a vir para a rua, sendo o mais relatado o conflito com familiares (46%), seguido do desemprego (21%) e do uso de drogas (11%), ao fim foram elencados 11 motivos que levaram os entrevistados à rua, tendo apenas um participante que preferiu não relatar. Os motivos podem ser observados nas falas dos entrevistados E4M, E7M e E35M.

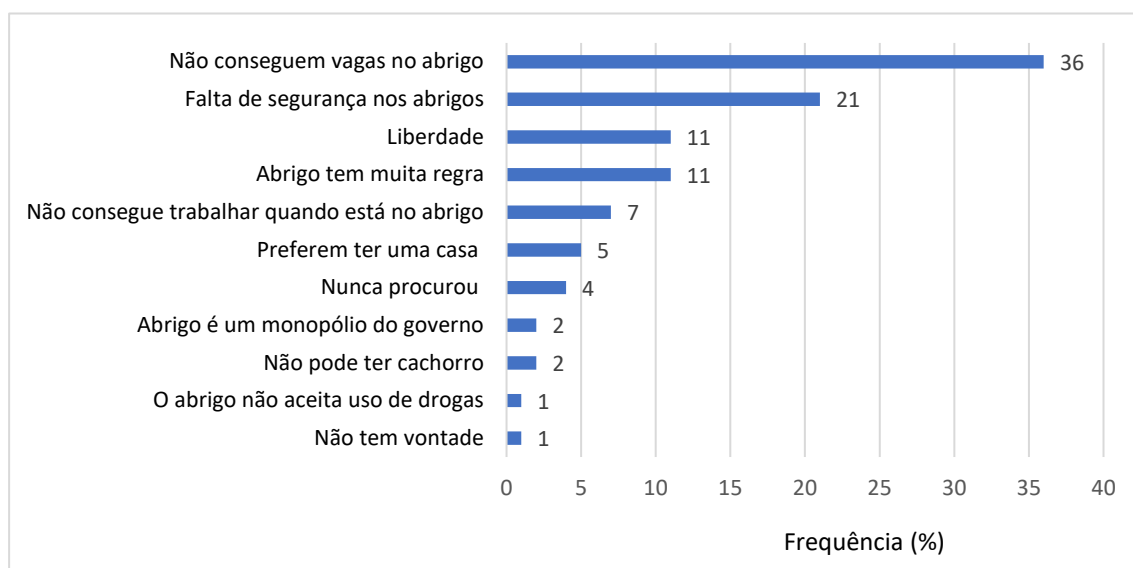
E4M: Meu padrasto abusou de mim, e minha mãe foi a favor dele e me botou pra fora, com nove anos de idade.

E7M: Eu não tinha paz em casa, minhas irmãs me culpam da minha mãe ter falecido no meu parto e o meu pai vivia me aborrecendo, querendo ter relação comigo a força. E eu por não ter deixado os bandidos matar o meu pai, então, ninguém se metia nisso entendeu, eu vivia em uma situação que eu não tinha paz.

E35M: A morte da minha mãe. Minha mãe morreu e me deu depressão. Aí, eu abandonei meus parentes também. Nem falei pra onde que eu ia, meti o pé. Minha mãe morreu de câncer de colo de útero.

O Gráfico 8 apresenta os motivos que fazem com que a população em situação de rua permaneça nela.

Gráfico 8: Motivos das pessoas em situação de rua permanecerem nela e não nos abrigos – Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

No que diz respeito aos motivos relatados pelos entrevistados para continuarem ficando na rua, o principal motivo relatado foi o de não conseguir vaga no abrigo (36%), seguido da falta de segurança nos abrigos (21%), pelo excesso de regras neles (11%) e a liberdade (11%), ao fim, elencaram-se 11 motivos para permanência na rua. As razões podem ser observadas nas falas dos entrevistados E92H, E54H e E68H.

E92H: No abrigo, olha só. Eles até se matam em abrigo, principalmente. Isso. Isso. A briga é um inferno. E é uma coisa curiosa. Por quê? Tem mais paz na rua.

E54H: Prefiro, aí, caramba agora você me pegou hein... eu trabalho com ele entende (isopor) vendendo cerveja, refrigerante...aí, dentro do abrigo, você não tem como trabalhar...e eu hoje eu tô ferrado, mas eu não nasci ferrado, então, eu tive em uma igreja que tinha abrigo, e lá no abrigo só ganha o dono do abrigo, e você fica no abrigo trabalha come e bebe e fica do jeito que chegou...e o abrigo ganha tudo que você fez...Quer dizer eu sou marceneiro, aí, lá no abrigo, eu fiz uma lanchonete, fiz outra coisa, fiz a entrada do abrigo que eu sei talhar, sabe o que é talhar? Abri letras em madeira, aí, eu faço isso, abri letras em madeira. Tudo que eu fiz, não ganhei nada, saí com uma mão na frente e outra atrás igual eu entrei. Então, abrigo é maior conversa fiada. Igual você ter passarinho e dar alpiste, aí depois solta o passarinho de novo com fome procurando uma gaiola.

E68H: Já pedi vaga no abrigo umas 500 vezes e nunca consigo, elas não me deram, não me deram vaga, e eu quero ir para lá.

Tabela 3: Características do uso de drogas lícitas e ilícitas da população em situação de rua – Niterói, 2021

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tabagismo	76	75%
Número de cigarros por dia		
1 — 11	31	41%
11 — 21	28	37%
21 — 31	3	4%
40	7	9%
60	4	5%
100	2	3%
Etilismo	64	64%
Usa Drogas ilícitas	54	53%
Crack	11	13%
Maconha	37	45%
Cocaína	28	34%
Lança Perfume	6	7%
Tiner	1	1%
Motivos para o uso de drogas ilícitas		
Distração	5	9%
Acalma / Relaxa (Bem-estar)	19	35%
Abrir o apetite	2	4%
Alívio do sofrimento / problemas	7	13%
Vício	7	13%
Alívio da dor física	1	2%
Curiosidade	1	2%
Opção própria	4	7%
Ameniza o sono	1	2%
Amizades	1	2%
Não sabe	6	11%
Tem vontade de parar com o uso de drogas ilícitas	36	67%
Já tentou parar	28	52%

Fonte: dados da pesquisa.

No que tange ao uso de drogas lícitas e ilícitas, cerca 75% da população em situação de rua era tabagista, com mediana de 15 cigarros por dia, quanto ao etilismo, 63% da população fazia consumo de álcool, sendo o mais utilizado a cachaça, diariamente. Quanto às drogas ilícitas, o maior percentual foi do uso de maconha (45%),

seguido da cocaína (34%), do crack (13%), do lança perfume (7%) e tiner (1%). As variáveis podem ser evidenciadas nos relatos dos participantes E55H e E37H.

E55H: Eu sou desbloqueado para as quatro operadoras, tudo, menos injetável, porque eu nunca gostei, porque quando você injeta, a maioria das vezes, você já fica com um tipo de uma doença junto.

E37H: Já fui usuário de crack, tenho pavor dessa droga. Estou tentando de todas as formas parar com a bebida e a cocaína. Não sou mais aquela pessoa que é usuário crônico, que usava todos os dias como eu era mais novo.

Quanto aos motivos para o uso de drogas, o principal foi o de acalmar/relaxar (33%), seguido do alívio do sofrimento/ problemas (14%) e vício (12%), no total foram elencados 10 motivos para uso de drogas.

E63H: Para me distrair, pra esquecer dos problemas...

E4M: Eu me sinto isolada e eu fumo todo dia, tipo assim, carente, né? De todo mundo. O meu companheiro foi embora. E, aí, fumo uns dez por dia.

E14H: Distrair a mente, sei lá, tirar o ódio da vida.

- **Pandemia, mais invisível que o vírus**

Na presente categoria, destaca-se o contexto da população em situação de rua, diante da pandemia da COVID-19. As informações se encontram na Tabela 4, correlacionados com as falas dos entrevistados.

Tabela 4: Características da população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19– Niterói, 2021

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
A pandemia te trouxe para rua?	Sim	22	22%
	Não	79	78%
Fez teste para COVID-19?	Sim	15	15%
	Não	86	85%
Foi diagnosticado com COVID-19?	Sim	6	6%
	Não	95	94%
Recebeu tratamento	Sim	5	83%
	Não	1	17%
Já foi vacinado?	Sim	66	65%
	Não	35	35%
Se não, pretende se vacinar?	Sim	21	60%
	Não	14	40%

Utiliza máscara?	Sim	39	39%
	Não	16	16%
	As vezes	46	46%
Recebeu alguma ajuda do município durante a pandemia?	Sim	14	14%
	Não	87	86%
Recebeu auxílio emergencial?	Sim	46	46%
	Não	55	54%

Fonte: dados da pesquisa.

No contexto da pandemia, cerca de 22% dos entrevistados relataram que a pandemia os trouxe para a rua, devido à crise econômica, ocasionando perda do emprego.

E39M: Ah, com certeza, isso daí é negócio ruim, pandemia pegou todo mundo.

Quanto aos aspectos clínicos da COVID-19, 15% (15) da população em situação de rua foi testada para COVID-19, 6% (6) foram diagnosticados com a doença, destes três entrevistados, um não recebeu nenhuma assistência e tratamento. Como relatado pelos entrevistados E4M e E54H.

E4M: Sim, deu que eu tava com corona. Mas, eu me recuperei com o crack, estou falando sério quando deu o prazo de eu me internar, já tinha passado do prazo, já estava curada.

E54H: Tive, eu tive um azar que deu sorte, eu tive covid e a primeira coisa que eu tive foi febre, o nome dessa febre é febrite, ela não te esquenta, te deixa morno, você fica morninho, aí eu tava me sentindo morno, aí uma amiga minha ainda falou, vai ao médico cara, aí eu cheguei, mas só tô morno, rapaz, eu infartei, aí eu fui pro médico infartado, aí, chegou lá, eles fazem o exame todo né, aí quando...Dr. Gustavo gosto dele, garoto novo e bom médico, aí, ele falou “eu vou fazer todo o teu exame, até o da Aids e essa febre...”essa febrite, aí quando fez, era Covid, mas era o começo, o princípio, o princípio é mole de sair...também eu tomava 15 comprimidos por dia.

No que tange à vacinação para COVID-19 da população em situação de rua, mais da metade (65%) já se vacinou. Dos que ainda não foram vacinados, 60% relataram que pretendiam se vacinar. Como relatado pelos participantes E37H e E80H.

E37H: Tomei a johnson, dose única.

E80M: Me vacinei e vou tentar tomar a segunda dose.

Quanto ao uso de máscara, a maior parte da população em situação de rua utilizava a máscara, às vezes, somente quando precisava entrar em locais onde é obrigatório, o

percentual de entrevistados que relataram utilizar máscara foi de 39% e que referiram não usar foi de 16%. Como relatado pelos participantes E9H e E55H.

E9H: Não...mas quando eu chego no comércio, eu uso.

E55H:Eu já tava com receio, um monte de gente morrendo e o próprio governante, que diz que governa, eles têm o poder de fazer o que que e nós não temos poder de se defender, então nós temos que “comer da comida deles”. Bolsonaro vai pro discurso sem máscara, então, você também não é obrigado né.

Ao serem questionados sobre receberem algum auxílio do município na pandemia, a maior parte (86%) relatou não ter recebido. Quanto ao auxílio emergencial do governo federal, mais da metade referiu não ter recebido o auxílio por não terem documentos. Os relatos podem ser observados nas falas dos entrevistados E20H, E45H e E77H.

E20H: Não recebo um centavo do governo...

E45H: Foi cortado automaticamente e pra reaver o auxílio, é uma burocracia, mas meu objetivo não é esse, é voltar pro mercado de trabalho.

E77H: Esse negócio aí, auxílio, tem alguém recebendo por mim, fui no banco cancelar e eles falaram pra mim que não podia porquê eu não tinha documento, então... é alguém que tá recebendo...

- **Saúde e cicatrizes da vida**

Na presente categoria, destacam-se o contexto da saúde da população em situação de rua, as cicatrizes e lesões evidenciadas nessa população, durante o período de coleta. As informações se encontram na Tabela 5, correlacionados com as falas dos entrevistados.

Tabela 5: Características da população em situação de rua no contexto da saúde e da integridade da pele – Niterói, 2021

Categorias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tem Doença de base	43	43%
HAS	17	17%
Doenças do Trato Respiratório	13	13%
DM	6	6%
Oftalmológicas	6	6%
Cardiológicas	4	4%
Neurológicas	4	4%
IVC	3	3%

Coluna	2	2%
Transtornos Psíquicos	2	2%
Artrose	1	1%
Dermatite	1	1%
Obesidade	1	1%
Osteomelite	1	1%
Pressao Baixa	1	1%
Tem IST	11	11%
Sífilis	9	9%
HIV	2	2%
Gonorreia	1	1%
Hepatite	1	1%
Total de Comorbidades		
0	58	57,4%
1	23	22,8%
2	11	10,9%
3	5	5,0%
4	3	3,0%
5	1	1,0%
Procura serviço de saúde?	83	82%
Tem Acesso ao serviço de saúde	82	81%
Lesão de pele*		
Aberta	9	9%
Cicatriz	60	59%
Ausência	32	32%

Fonte: dados da pesquisa.

No que tange às doenças de base, 43% da população em situação de rua referiu apresentar algum tipo de doença de base, sendo as mais prevalentes, que acometem mais de 10% da população de rua, a HAS (17%) e doenças do trato respiratório (13%). As informações podem ser observadas nas falas dos entrevistados E37H e E80M.

E37H: Agora, o problema da glicose eu tenho um tempo mais. Por causa da bebida, ela agrava mais. Eu estou fazendo tratamento para ver isso de glicose, eu tava com problema no sangue e estava saindo manchas, aí, eu coçava e dava uma ferida enorme. Aí, a doutora Beatriz do consultório na rua me receitou alguns remédios e fui em uma podólogo que ela deixou meus pés de um jeito que agora consigo pisar, aí, ela me deu a oportunidade de em mês em mês ir na podólogo. Você sabe o que é podólogo né? Trabalha com unha!

E80M: Eu tenho problema neurológico. Problema no cérebro, assim alegam crises convulsiva. Eu não sei o nome. Filha se eu falar pra você quantas crises. Várias. Às vezes, eu consigo os remédios... Eu não me lembro das crises, eu perco a consciência.

Quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a maior parte (89%) relatou não apresentar nenhuma IST, sendo a Sífilis é a IST mais prevalente na população de rua (9%). As informações podem ser observadas nas falas dos entrevistados E37H e E80M.

E37H: Não, nesse ponto tá tudo negativo.

E80M: Nunca, eu fiz o meu preventivo com a doutora Karine, vou apanhar o resultado. Quarta-feira agora irei fazer o exame de sangue. Nada consta, glória a Deus.

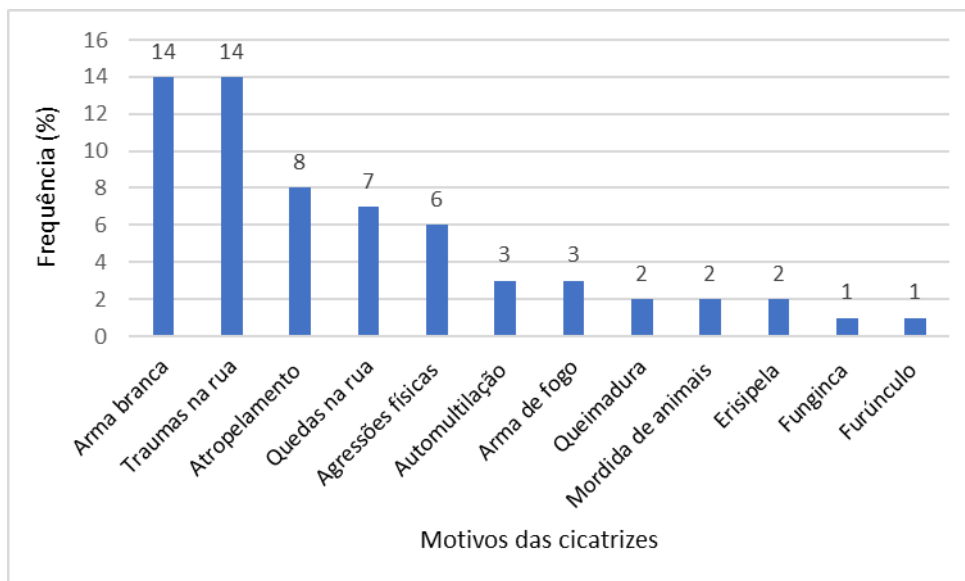
No âmbito dos serviços de saúde, cerca de 81% população em situação de rua referiu procurar serviços de saúde, sendo que 80% desta população consegue atendimento, dentre os locais de referências citados, o de maior referência é o Consultório na Rua, seguido do Centro Pop, Hospital Municipal Carlos Tortelly, Hospital Estadual Azevedo Lima e Unidades Básicas de Saúde. As informações podem ser observadas nas falas dos entrevistados E80M e E3H.

E80M: O que eu vou falar pra ti, você seguindo muito mais lá pra frente existe uma na rua chamada Amaral Peixoto. Ali existe uma doutora de rua, o consultório de rua, tá abençoando as mulheres, nós mulheres. A doutora Karine.

E3H: Só aquele postinho, do morador de rua né. Demora o atendimento, mas consegue.

Em relação à integridade da pele, 32% relataram não ter nenhuma ferida ou cicatriz, 59% referiram presença de cicatriz e 9% de lesões abertas. O Gráfico 9 demonstra os motivos que ocasionaram as cicatrizes presentes.

Gráfico 9: Motivos das cicatrizes presentes nas pessoas em situação de rua – Niterói, 2021



Fonte: dados da pesquisa.

Os entrevistados E14H e E1H referiram a presença de lesões de pele.

E14H: Isso aqui amor, com cabeça de prego...tá ligado o que é cabeça de prego né? Tá ligado no que é não? Tá ligado não tá pai? É um bagulho igual furúnculo...eu peguei na cadeia, aí, peguei dos amigos lá... áudio inaudível...mas, nunca tomei benzetacil não, só comprimidos, aí, cheguei na rua, quando cheguei no dia seguinte, no mesmo dia não, no dia seguinte tá? Mas tava pequenininho tá ligado? Não tava muito seco, mas tava com um ponto inflamado entendeu? Aí, foi só piorando... e eu nem aí, tá pegando a visão e nem aí...aí agora tá doendo, tá doendo...eu ando, faço força, dói pra caramba, não consigo andar, eu ando devagarzinho...tá ligado? Maior sacrificio para andar, maior doideira, mas eu sou muito abusado, faço força, quando tenho dinheiro, eu uso drogas...tá ligado amor? Eu sou muito teimoso, eu sou muito sei lá, tá entendendo o que tô querendo dizer né, o papo é reto...

E1H: Já tá começando agora. Tem um mês mais ou menos. Começou a sair dessas bolinhas igual queimado, coça pra caramba. Eu tô banhando também com aroeira. Aroeira é bom. Tem pezinho ali (praça do Rink).

Os entrevistados E37H e E55H referiram a presença de cicatrizes e os motivos que as ocasionaram.

E37H: A faca quando furo aqui perfuro o pulmão e aquele pedaço tiveram que cortar e eu sinto uma formigação. Eu tava conversando com a minha médica.

E55H: Eu não quero ficar na rua não, eu quero um lugar pra me dar uma descansada, oh, o rato mordeu aqui oh, o rato me mordeu todo, mordeu aqui na minha perna, poxa tô todo mordido de rato. Poxa, eu não quero ficar jogando em calçada não, eu quero tirar meus documentozinhos (choro).

A Tabela 6 traz a distribuição de frequências das variáveis que caracterizam as lesões das pessoas em situação de rua de Niterói, com os percentuais calculados sobre o tamanho da amostra com lesões (n=9). As características típicas das lesões, com frequências, maiores que 50% são: lesões recentes com até 10 dias (55,6%), número de lesões igual a 1 (77,8%), tamanho da lesão menor que 5 cm (66,6%).

Tabela 6: Distribuição de frequências das variáveis que caracterizam as lesões das pessoas em situação de rua de Niterói

Característica da lesão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tempo da lesão		
até 10 dias	5	55,6%
1 mês	2	22,2%
2 meses	1	11,1%
6 meses	1	11,1%
Razão da lesão		
Dormir na rua	1	11,1%
Erisipela, levou a abertura da lesão	1	11,1%
Facada	1	11,1%
Iniciou na cadeia	1	11,1%
Machucou no vergalhão	1	11,1%
Não lembra foi um surto	1	11,1%
Pedrada de ouro morador	1	11,1%
Queda	1	11,1%
Ponto que abriu cirurgia de um atropelado	1	11,1%
Faz tratamento	3	33,3%
Amoxicilina e anti-inflamatórios	1	11,1%
Aroeira,, ferve a planta e banha a lesão.	1	11,1%
Amoxicilina, nebacetin e cetaconazol	1	11,1%
Local da lesão		
Barriga	1	11,1%
Braço	2	22,2%
Hálux mão direito	1	11,1%
Joelho direito	1	11,1%
Pernas, braços e costas	1	11,1%
Terço médio do membro inferior direito	1	11,1%
Terço médio esquerdo	1	11,1%
Número de lesões		
1	7	77,8%
Toda a perna esquerda	1	11,1%
Por todo corpo	1	11,1%
Tamanho da lesão		
2 cm	2	22,2%

4 cm	1	11,1%
5 cm	3	33,3%
8 cm	1	11,1%
10 cm	2	22,2%
Avaliação da pele		
Hematoma	1	11,1%
Ressecada	5	55,6%
Dermatite	1	11,1%
Sinais de infecção	1	11,1%
Avaliação da lesão		
Dermatite	1	11,1%
Furunculares	1	11,1%
Hidratada.	1	11,1%
Queimadeira	1	11,1%
Traumáticas	4	44,4%
U. Venosa	1	11,1%
Area perilesional		
Eritema, Edema	2	22,2%
Edema, Eritema e Pele Ressecada	1	11,1%
Eritema, Calor, Edema	1	11,1%
Pele ressecada	1	11,1%
Tecido		
Edema	1	11,1%
Epitelização	1	11,1%
Esfacelo	1	11,1%
Granulação	5	55,6%
Necrose	1	11,1%
Exsudato		
Granulação	1	11,1%
Purulento	2	22,2%
Seroso	6	66,7%
Odor fétido	2	22,2%
Sente dor	7	77,8%
0	2	22,2%
1	1	11,1%
2	1	11,1%
8	1	11,1%
9	2	22,2%
10	2	22,2%
A dor é relacionada à lesão	5	55,6%
O que ameniza a dor		
Ficar parado	3	33,3%
Quando não está calor	1	11,1%
Remédio	1	11,1%
Colocar a perna pra cima	1	11,1%
Sinais clínicos de infecção		

Eritema.	1	11,1%
Exsudato purulento.	2	22,2%

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 7 traz as principais estatísticas das variáveis quantitativas coletadas neste estudo. Os resultados mostram que não há variável com baixa variabilidade, toda os coeficientes de variação são maiores que 0,2, mostrando a heterogeneidade das características da população de rua. Em termos médios, as pessoas em situação de rua de Niterói, têm 43,9 anos, já viveram em 2,9 cidades, vivem na rua há 7,9 anos, têm 2,0 filhos, fazem 2,9 refeições diárias, ficam 5,41 horas andando pelas ruas durante o dia, dormem por 5,5 horas, têm 0,8 comorbidades, vivem com uma renda de 451,1 reais por mês e tem um medo de viver na rua 4,1 classificado como medo moderado.

Tabela 7: Principais estatísticas das variáveis quantitativas coletadas neste estudo

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Idade (anos)	18,0	71,0	43,9	42,0	12,7	0,29
Número de cidades que já viveu	0,0	10,0	2,9	2,0	1,9	0,65
Tempo de rua (anos)	0,0	60,0	7,9	5,0	10,0	1,27
Número de filhos	0,0	14,0	2,0	2,0	2,3	1,16
Número de refeições diárias	1,0	6,0	2,9	3,0	0,9	0,31
Tempo que fica andando por dia (horas)	1,0	15,0	5,4	6,0	2,3	0,43
Horas de sono	1,0	8,0	5,5	6,0	2,2	0,39
Total de Comorbidades	0,0	5,0	0,8	0,0	1,1	1,47
Renda (R\$)	0,0	3000,0	451,1	200,0	546,1	1,21
Classificação do medo de viver na rua	0,0	10,0	4,1	2,0	4,3	1,04

Fonte: dados da pesquisa.

As associações entre as variáveis quantitativas e ordinais foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de ordem de Spearman (ρ). Os resultados exibidos na Tabela 8 mostram que não foi encontrada nenhuma correlação forte (todas as correlações têm valores absolutos menores que 0,7).

Tabela 8: Matriz de Correlação entre as variáveis quantitativas e ordinais

Coefficiente de correlação de ordem de Spearman (ρ).	Idade	Escolaridade	Número de filhos	Número de cidades que já viveu	Tempo que vive nas ruas	Tempo de sono diário	Número de refeições por dia	Tempo que anda por dia	Total de Comorbidades	Renda	Classificação do medo de viver na rua
Idade	1,00	-0,11	0,04	-0,05	0,04	-0,16	-0,14	-0,12	0,23	0,01	-0,18
Escolaridade	-0,11	1,00	-0,07	0,17	-0,02	0,01	0,02	0,05	-0,05	-0,19	0,02
Número de filhos	0,04	-0,07	1,00	0,04	0,24	0,01	-0,02	0,07	0,30	0,13	-0,08
Número de cidades que já viveu	-0,05	0,17	0,04	1,00	0,16	0,03	-0,13	0,03	0,06	0,16	-0,08
Tempo que vive nas ruas	0,04	-0,02	0,24	0,16	1,00	-0,04	0,06	0,05	0,32	0,43	-0,24
Tempo de sono diário	-0,16	0,01	0,01	0,03	-0,04	1,00	0,18	-0,04	-0,10	0,00	-0,27
Número de refeições por dia	-0,14	0,02	-0,02	-0,13	0,06	0,18	1,00	0,08	0,05	0,14	-0,11
Tempo que anda por dia	-0,12	0,05	0,07	0,03	0,05	-0,04	0,08	1,00	-0,18	0,10	0,04
Total de Comorbidades	0,23	-0,05	0,30	0,06	0,32	-0,10	0,05	-0,18	1,00	0,21	-0,11
Renda	0,01	-0,19	0,13	0,16	0,43	0,00	0,14	0,10	0,21	1,00	-0,10
Classificação do medo de viver na rua	-0,18	0,02	-0,08	-0,08	-0,24	-0,27	-0,11	0,04	-0,11	-0,10	1,00

Fonte: dados da pesquisa.

Estima-se que 8,9% da população de rua de Niterói tenha alguma lesão aberta. A Tabela 9 traz a análise de investigação de fatores associados às lesões dos moradores de rua. Para tal análise, a prevalência de lesão no grupo em que o fator é ausente é comparada com a prevalência de lesão no grupo em que o fator é presente. A significância das diferenças observadas nas distribuições de frequências dos dois grupos é avaliada pelo Teste Exato de Fisher. Os resultados mostram que as lesões abertas dos moradores de rua estão significativamente associadas à ocorrência de violência, à ocorrência de violência física e à desocupação do morador de rua:

- Entre os que não sofrem violência, 2,0% apresentam lesões abertas; entre os que sofrem violência, a prevalência de lesões abertas é significativamente maior, igual a 16,0% (p-valor=0,016 do teste Exato de Fisher). A razão de chances é 9,5 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,1; 79,3) não contém o valor 1. Estima-se daí que a chance de um morador de rua que sofre violência ter lesão aberta é 9,5 vezes a chance de um morador de rua que não sofre violência ter lesão aberta.
- Entre os que não sofrem violência física, 3,5% apresentam lesões abertas; entre os que sofrem violência física, a prevalência de lesões abertas é significativamente maior, igual a 15,9% (p-valor=0,039 do teste exato de Fisher). A razão de chances é 5,2 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,1; 26,4) não contém o valor 1. Estima-se daí que a chance de um morador de rua que sofre violência física ter lesão é 5,2 vezes a chance de um morador de rua que não sofre violência física ter lesão aberta.
- Entre os moradores de rua que têm ocupação, 5,3% apresentam lesões abertas; entre os que não têm ocupação, a prevalência de lesões é significativamente maior, igual a 19,2% (p-valor=0,047 do teste exato de Fisher). A razão de chances é 4,3 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,1; 17,2) não contém o valor 1. Estima-se daí que a chance de um morador de rua que não tem ocupação ter lesão aberta é 5,2 vezes a chance de um morador de rua que tem ocupação ter lesão. Analogamente, pode-se interpretar também assim: a chance de um morador de rua que tem alguma lesão ter uma ocupação é 0,24 vezes a chance de um morador de rua que não tem lesão ter uma ocupação. Isso mostra que o fato de um morador de rua ter uma lesão é um fator associado, um fator de risco, para sua não ocupação, ou vice-versa.

Tabela 9: Análise dos fatores associados à ocorrência de lesão dos moradores de rua

Fator	Prevalência de lesão tissular no grupo que o fator é ausente		Prevalência de lesão tissular no grupo que o fator é presente		p-valor do teste exato de Fisher
Sexo Masculino	2	7,1%	7	9,6%	1,000
Raça Branca	8	9,9%	1	5,0%	0,684
Foi a escola	1	10,0%	8	8,8%	1,000
Tem Escolaridade acima do Fundamental	8	11,0%	1	3,6%	0,438
Vive com alguém	6	9,4%	3	8,1%	1,000
Tem companheiro	8	9,6%	1	5,6%	1,000
Tem filho	2	8,0%	7	9,3%	1,000
Tem vínculo familiar	6	12,5%	3	5,7%	0,302
Possui documento	2	6,5%	7	10,0%	0,718
Já sofreu violência	1	2,0%	8	16,0%	0,016
Já sofreu violência física	2	3,5%	7	15,9%	0,039
Sofre violência as vezes ou frequentemente	6	7,9%	3	12,0%	0,688
Já foi impedido de entrar num lugar	6	7,9%	3	13,0%	0,422
Não tem ocupação	4	5,3%	5	19,2%	0,047
Tabagista	1	4,0%	8	10,5%	0,445
Etilista	5	13,5%	4	6,3%	0,282
Usa drogas ilícitas	4	8,5%	5	9,3%	1,000
Usa craque	7	7,8%	2	18,2%	0,254
Usa cocaína	6	8,3%	3	10,3%	0,714
Usa maconha	5	7,9%	4	10,5%	0,726
Tem alguma comorbidade	5	8,6%	4	9,3%	1,000
Tem HAS	8	9,5%	1	5,9%	1,000
Tem Doença do trato respiratório	8	9,2%	1	7,1%	1,000
Tem IST	9	9,9%	0	0,0%	0,593
Vive no centro da cidade	1	3,7%	8	10,8%	0,438
Procura serviço de saúde	0	0,0%	9	10,8%	0,356
Tem acesso a algum programa de governo	3	4,8%	6	15,8%	0,077

Fonte: dados da pesquisa.

Para investigar se a ocorrência de lesões está associada às variáveis quantitativas, as distribuições das variáveis quantitativas foram comparadas nos grupos sem e com lesão pelo teste de Mann-Whitney. Os resultados exibidos na Tabela 10 mostram que a ocorrência de lesão não é associada à idade do morador de rua, nem à nenhuma outra variável quantitativa (todos os p-valores dos testes de Mann-Whitney são maiores que 5%), ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições das variáveis quantitativas nos grupos sem e com lesão.

Tabela 10: Análise da associação de variáveis quantitativas com a ocorrência de lesão dos moradores de rua

Variável	Sem lesão			Com lesão			p-valor do teste de Mann-Whitney
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Idade	44,1	42,5	12,6	41,9	40,0	5,0%	0,523
Número de filhos	2,1	2,0	2,4	1,2	1,0	1,0	0,321
Número de cidades que já viveu	2,9	2,0	1,9	3,2	2,0	2,0	0,648
Tempo na rua (anos)	7,8	5,0	10,1	9,0	4,5	10,2	0,855
Média de Horas de sono	5,5	6,0	2,1	5,3	5,0	2,3	0,759
Média do número de refeições	2,9	3,0	0,9	2,7	2,0	0,9	0,389
Média do tempo que anda por dia	5,4	6,0	2,4	5,1	5,0	2,1	0,660
Número de comorbidades	0,8	0,0	1,1	1,0	0,0	1,7	0,910
Renda	541,5	200,0	486,8	727,2	600,0	968,4	0,834
Classificação do medo que tem de morar na rua	4,0	2,0	4,2	5,6	8,0	4,9	0,233

Fonte: dados da pesquisa.

Estima-se que 68,3% da população de rua de Niterói tenha alguma lesão de pele, aberta ou cicatrizada. A Tabela 11 traz a análise de investigação de fatores associados às lesões de pele dos moradores de rua. Para tal análise, a prevalência de lesão de pele no grupo em que o fator é ausente é comparada com a prevalência de lesão de pele no grupo em que o fator é presente. A significância das diferenças observadas nas distribuições de frequências dos dois grupos é avaliada pelo Teste Qui-quadrado ou pelo Exato de Fisher.

Os resultados mostram que as lesões de pele dos moradores de rua estão significativamente associadas à ocorrência de violência, à ocorrência de violência física, ao etilismo, ao uso de drogas ilícitas e ao uso de maconha.

- Entre os que não sofrem violência, 52,9% apresentam lesões de pele; entre os que sofrem violência, a prevalência de lesões é significativamente maior, igual a 84,0% (p-valor=0,001 do teste qui-quadrado). A razão de chances é 4,7 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,8; 11,9) não contém o valor 1. Estima-se daí que a chance de um morador de rua que sofre violência ter lesão é 4,7 vezes a chance de um morador de rua que não sofre violência ter lesão de pele.
- Entre os que não sofrem violência física, 54,4% apresentam lesões de pele; entre os que sofrem violência física, a prevalência de lesões de pele é significativamente maior, igual a 86,4% (p-valor=0,001 do teste qui-quadrado). A razão de chances é 5,3 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,9; 14,5) não contém o valor 1. Estima-

se daí que a chance de um morador de rua que sofre violência física ter lesão de pele é 5,3 vezes a chance de um morador de rua que não sofre violência física ter lesão de pele.

- Entre os moradores de rua que não são etilistas, 48,6% apresentam lesões; entre os que são etilistas, a prevalência de lesões é significativamente maior, igual a 79,7% (p-valor=0,001 do teste qui-quadrado). A razão de chances é 4,1 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,7; 10,1) não contém o valor 1. Estima-se daí que a chance de um morador de rua que é etilista ter lesão de pele é 4,1 vezes a chance de um morador de rua que não é etilista ter lesão de pele.
- Entre os moradores de rua que não usa drogas ilícitas, 55,3% apresentam lesões; entre os que usam drogas ilícitas, a prevalência de lesões é significativamente maior, igual a 79,6% (p-valor=0,009 do teste qui-quadrado). A razão de chances é 3,2 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,3; 7,6) não contém o valor 1. Estima-se daí que a chance de um morador de rua que usa drogas ilícitas ter lesão de pele é 3,2 vezes a chance de um morador de rua que não usa drogas ilícitas ter lesão de pele.
- Entre os moradores de rua que não usa maconha, 59,7% apresentam lesões; entre os que usam maconha, a prevalência de lesões é significativamente maior, igual a 82,1% (p-valor=0,019 do teste qui-quadrado). A razão de chances é 3,1 e é significativa já que seu intervalo de confiança (1,2; 8,1) não contém o valor 1. Estima-se daí que a chance de um morador de rua que usa maconha ter lesão de pele é 3,1 vezes a chance de um morador de rua que não usa maconha ter lesão de pele.

Tabela 11: Análise dos fatores associados à ocorrência de lesão dos moradores de rua

Fator	Prevalência de lesão tissular no grupo que o fator é ausente		Prevalência de lesão tissular no grupo que o fator é presente		p-valor do teste qui-quadrado
Sexo Masculino	18	64,3%	51	69,9%	0,590
Raça Branca	57	70,4%	12	60,0%	0,372
Foi a escola	8	80,0%	61	67,0%	0,497*
Tem Escolaridade acima do Fundamental	50	68,5%	19	67,9%	0,951
Vive com alguém	42	65,6%	27	73,0%	0,444
Tem companheiro	55	66,3%	14	77,8%	0,341
Tem filho	14	56,0%	54	72,0%	0,137
Tem vínculo familiar	35	72,9%	34	64,2%	0,344
Possui documento	25	80,6%	44	62,9%	0,076
Já sofreu violência	27	52,9%	42	84,0%	0,001
Já sofreu violência física	31	54,4%	38	86,4%	0,001
Sofre violência as vezes ou frequentemente	48	63,2%	21	84,0%	0,052
Já foi impedido de entrar num lugar	51	65,4%	18	78,3%	0,243
Não tem ocupação	60	67,4%	9	75,0%	0,596

Tabagista	17	68,0%	52	68,4%	0,969
Etilista	18	48,6%	51	79,7%	0,001
Usa drogas ilícitas	26	55,3%	43	79,6%	0,009
Usa craque	62	68,9%	7	63,6%	0,724
Usa cocaína	47	65,3%	22	75,9%	0,301
Usa maconha	37	59,7%	32	82,1%	0,019
Tem alguma comorbidade	38	65,5%	31	72,1%	0,482
Tem HAS	57	67,9%	12	70,6%	0,825
Tem Doença do trato respiratório	61	69,3%	8	61,5%	0,574
Tem IST	61	67,0%	8	80,0%	0,403
Vive no centro da cidade	18	66,7%	51	68,9%	0,830
Procura serviço de saúde	12	66,7%	57	68,7%	0,868
Tem acesso a algum programa de governo	45	71,4%	24	63,2%	0,387

Fonte: dados da pesquisa.

Para investigar se a ocorrência de lesões de pele está associada às variáveis quantitativas, as distribuições das variáveis quantitativas foram comparadas nos grupos sem e com lesão de pele, pelo teste de Mann-Whitney. Os resultados exibidos na Tabela 12 mostram que a ocorrência de lesão de pele é associada ao tempo em que a pessoa vive em situação de rua (p-valor= 0,005 do teste de Mann-Whitney), ou seja há diferença significativa entre as distribuições do tempo de rua nos grupos sem e com lesão de pele. Comparando as estatísticas, observa-se que as pessoas que têm lesões de pele vivem na rua há um tempo significativamente maior do que as pessoas que não têm lesão de pele, a diferença na média é de 5,5 anos.

Tabela 12: Análise da associação de variáveis quantitativas com a ocorrência de lesão de pele dos moradores de rua

Variável	Sem lesão			Com lesão			p-valor do teste de Mann-Whitney
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Idade	46,8	48,0	13,2	42,6	41,0	12,4	0,075
Número de filhos	1,5	1,0	1,5	2,2	2,0	2,6	0,262
Número de cidades que já viveu	2,6	2,0	1,6	3,1	3,0	2,0	0,123
Tempo na rua (anos)	4,2	2,0	5,5	9,7	5,0	11,2	0,005
Média de Horas de sono	5,3	6,0	2,2	5,6	6,0	2,1	0,463
Média do número de refeições	3,0	3,0	0,8	2,8	3,0	0,9	0,248
Média do tempo que anda por dia	5,8	6,0	2,7	5,2	6,0	2,2	0,608
Número de comorbidades	0,6	0,0	1,0	0,8	0,0	1,2	0,472
Renda	440,6	250,0	587,2	455,9	200,0	530,4	0,549
Classificação do medo que tem de morar na rua	4,4	5,0	4,3	3,9	2,0	4,3	0,68

Fonte: dados da pesquisa