

Título: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDA PELAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA DO RECIFE

Título corrido: PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO CONSULTÓRIO NA RUA DO RECIFE

Maria Letícia de Aguiar Catão Rodrigues¹

Maria Jordana Barbosa Beltrão²

Yane Ferreira Cardoso²

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa³

Arturo de Pádua Walfrido Jordán⁴

Brena de Aguiar Leite⁵

1. Graduanda do 6º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica do Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira (PIBIC-IMIP).

2. Graduanda do 6º período do curso de Medicina (FPS).

3. Psicólogo; Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Coordenador do curso: Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS.

4. Médico (UFPE) com residência em Medicina de Família e Comunidade (IMIP); Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde; Tutor da FPS; Coordenação Geral das Residências em Saúde do Recife.

5. Psicóloga; Mestre em Psicologia (UFPE)

Recife, Agosto de 2019

RESUMO

Tendo em vista o atual panorama da saúde no Brasil, no que diz respeito às populações negligenciadas, o objetivo dessa pesquisa foi descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do Consultório na Rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife. A atenção à saúde desse grupo ainda é incipiente, em grande parte, devido à escassez de dados, bem como de geração de informações que subsidiem ações de saúde específicas para a pessoa em situação de rua. O presente estudo é do tipo descritivo transversal com metodologia quantitativa, realizado através de questionário sociodemográfico e epidemiológico, em uma amostra de 94 participantes. Em relação aos dados obtidos, alguns estavam em consonância com cenário nacional, uma vez que a maioria das pessoas entrevistadas eram homens (61,70%) pardos (59,57%). Cerca da metade (41,49%) dos entrevistados apontaram desavenças familiares como principal razão de estar na rua, notou-se ainda uma tendência da situação de rua se tornar crônica, dado o percentual de 35,11% estar nessa condição há mais de 10 anos. Identificou-se uma preferência pelo pernoite nas ruas (88,30%), sendo esse também o principal local usado para banho (35,11%) e necessidades fisiológicas (37,23%). Diante das precárias condições de higiene e autocuidado, esse grupo está suscetível a várias doenças, conforme identificado pelo percentual de 85,11% ter alguma morbidade. Por conseguinte, percebeu-se a necessidade de investir nos programas de assistência existentes e ampliá-los, para que, assim, os serviços voltados para essa população respeitem sua singularidade e supram suas necessidades.

Palavras Chave: Perfil de Saúde; Política Pública; Atenção Primária à Saúde; Pessoas em Situação de Rua.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Aplicando esse conceito à realidade brasileira, a atenção à saúde é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de tal forma que “é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.^{1, 2}

Diante dessa perspectiva teórica que abarca a dinâmica da saúde nacional, é válido perceber que ainda há um hiato entre a fundamentação e a efetivação do direito à cidadania e ao acesso aos serviços de saúde na prática. Pertencente a este panorama, as populações negligenciadas, em especial a população em situação de rua, traz consigo marcas históricas dessa ausência institucional e do estigma social que lhe é atribuído.

No Brasil, o número crescente de pessoas em situação de rua é consequência do agravamento de questões sociais e econômicas, como a aceleração da urbanização no século XX, a migração para grandes cidades, a disparidade social, a pobreza, o desemprego, os estigmas sociais perante essa população e, muitas vezes, a existência de políticas públicas pouco eficazes. Certamente, a invisibilidade é um dos graves problemas que atinge essa população e impede o reconhecimento de seus direitos.^{3,4}

Esse cenário é evidenciado quando, somente em 23 de dezembro de 2009, através do decreto Presidencial nº 7.053, instituiu-se a Política Nacional para População em Situação de Rua. De acordo com tal política, “considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”.^{3,5}

Atrelada a esta realidade, sabe-se que o cuidado à saúde no âmbito do SUS, tem como importante porta de entrada a Atenção Básica à Saúde. Esta se caracteriza pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que reverbere na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.⁶

Dessa forma, é importante evidenciar que foi através da articulação da Atenção Básica de Saúde com a Rede de Atenção Psicossocial que se originou a estratégia Consultório na Rua (CnaR). Esse instrumento foi instituído em 2011 com o objetivo de ofertar o acesso à população em situação de rua à rede de saúde, bem como a atenção integral de acordo com suas particularidades e vulnerabilidades, sendo resultado da conjunção entre as políticas que são essenciais para a efetivação de práticas de saúde no acompanhamento dessa população. As equipes do CnaR são multiprofissionais, composta por quatro a sete pessoas, a depender da demanda e disponibilidade de recursos da região, que atuam de modo itinerante por meio de busca ativa.^{6,7,8}

Buscando a consolidação desse instrumento no âmbito municipal, a cidade do Recife, seguindo a lógica de descentralização e regionalização de ações e serviços de saúde, implantou equipes do CnaR nos territórios em três de seus oito distritos sanitários - I, VI e VIII -. Tal feito também foi embasado pelo resultado da pesquisa “População em situação de rua na cidade do Recife - censo e análise qualitativa”, realizada pela Secretaria de Assistência Social do município em 2005, em que se estimou que o contingente de pessoas em situação de rua era de 1.390, sendo 888 adultos e 502 crianças e adolescentes vulneráveis.^{9,10,11,12,13}

Diante do exposto, faz-se necessário admitir que um importante impasse que permeia esse grupo populacional é a escassez de dados atualizados e oficiais sobre a população em situação de rua no Brasil, inclusive na cidade do Recife. Com isso, o presente estudo objetiva descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do CnaR dos distritos sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife.

MÉTODOS

Este estudo descritivo de corte transversal com metodologia quantitativa foi realizado com a população em situação de rua atendida pelas equipes do Consultório na Rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2018 a abril de 2019, através de entrevistas conduzidas pelos próprios pesquisadores. Foram incluídas as pessoas entrevistadas em situação de rua, maiores de 18 anos, atendidos pelas equipes do Consultório na Rua da cidade do Recife. Excluiu-se do estudo as pessoas em situação de rua não pertencentes a esses distritos sanitários ou com 18 anos incompletos.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário, construído pelos autores com base no Sumário Executivo da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizada no ano de 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O formulário foi validado com as equipes de saúde do CnaR do Recife e usuários dos serviços através de reuniões conjuntas nas quais realizou-se alterações para melhor adequação do instrumento de coleta de dados.¹⁵

Foram realizadas entrevistas, nas quais a abordagem inicial era executada em parceria com as equipes do CnaR de cada território e conduzidas pelos pesquisadores em campo. As variáveis sociodemográficas e epidemiológicas utilizadas no questionário foram: sexo, faixa etária, naturalidade, cor/raça, religião, renda, escolaridade, bem como aspectos voltados à própria situação de rua, como: razão de ida, tempo de permanência na rua e cidadania. Além disso, foram levantadas questões relativas à condição e ao acesso aos serviços de saúde.

Os dados foram digitados e analisados através do software para Windows R-3.5.2, sendo, posteriormente, analisados estatisticamente em gráficos e tabelas. Utilizou-se medidas de tendência central e suas dispersões para as variáveis numéricas contínuas.

O banco de dados gerado no R-3.5.2 foi criado considerando a sequência própria do questionário. A digitação foi realizada pelos estudantes envolvidos no projeto de pesquisa, após treinamento específico. Posteriormente, foi obtida uma listagem para correção, sob supervisão, de eventuais erros de digitação os quais foram devidamente corrigidos após consulta dos formulários arquivados correspondentes.

Ao término da digitação e conferência de todos os dados constantes nos formulários, foi realizada a revisão final, comparando-se as duas listagens e completando-se os dados ausentes pelos processos acima mencionados, ou ainda expungindo incongruências acaso existentes. O banco de dados definitivo assim criado foi utilizado

para análise estatística, sendo ainda submetido a testes de consistência. Inicialmente, foram construídas tabelas de distribuição de frequência. Nas variáveis numéricas contínuas, utilizou-se as medidas de tendência central e suas dispersões.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP), em agosto de 2018, sob o CAAE 95162818.8.0000.5201 e parecer: 2.890.133, de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi preenchido e assinado por todos os participantes desse estudo. Diante de relatos de doenças sem tratamento adequado e outras situações de vulnerabilidade, as entrevistadoras, seguindo a recomendação da coordenação do CnaR, estimularam os indivíduos a reportarem tais situações à equipe do CnaR a qual pôde promover os corretos encaminhamentos.

RESULTADOS

Foram realizadas 100 entrevistas, contudo, dessas, 6 não foram finalizadas devido ao advento de situações hostis ou mudanças climáticas no território. Com isso, totalizaram-se 94 indivíduos elegíveis neste estudo. Dentre esses, 58 (61,70%) são do sexo masculino, 90 (95,74%) se declararam cisgênero, 87 (92,55%) heterossexuais e 79 (84,04%) solteiros. A média de idade dos entrevistados foi de 35,88 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 63 anos (TABELA 1).

De acordo com a etnia, a frequência de autodeclarações foi a seguinte: 56 (59,57%) indivíduos se identificaram como pardos, 20 (21,28%) como pretos, 13 (13,83%) como brancos, 3 (3,19%) como indígenas e 2 (2,13%) não souberam ou não quiseram se declarar. Com relação à naturalidade, 71 (75,53%) entrevistados relataram ter nascido no Recife e Região Metropolitana, 12 (12,77%) em outros estados e 11 (11,70%) no interior de Pernambuco. (TABELA 1).

Em relação ao nível de escolaridade, 64 (68,09%) referiram ter o 1º grau incompleto, seguido de 10 (10,64%) com 1º grau completo, 9 (9,57%) com 2º grau completo e 8 (8,51%) nunca estudaram. As três pessoas restantes relataram ter o ensino superior completo, incompleto e não sabe ou não lembra, cada uma. De todas elas, 64 (68,09%) referiram sabem ler e escrever, 14 (14,89%) sabem somente assinar o próprio nome, 12 (12,77%) não sabe ler, escrever ou assinar o nome e 4 (4,26%) apenas sabem ler (TABELA 1).

No que concerne a questões religiosas, 55 indivíduos possuem religião, sendo a maioria católica 27 (49,09%), seguido da evangélica 22 (40,00%) (TABELA 1).

Dentre as razões para estar na rua, a principal citada foi desavenças familiares 39 (41,49%), seguida pelo uso de drogas ilícitas e tabaco 15 (15,96%). 53 (56,38%) dos entrevistados relataram ter morado em outras cidades além de Recife e 16 (30,19%) já havia residido em área rural. Apenas 5 (9,43%) dos entrevistados viveram em apenas uma cidade, enquanto os demais variaram desde duas cidades 30,19%, três 20,75%, quatro 1,89%, cinco 9,43%, até seis ou mais 28,30%. Nesses locais em que estiveram, 29 (54,72%) deles não viveram em situação de rua. Dentre as principais razões para a deslocamento entre cidades, estão desavenças familiares 16 (30,19%) e oportunidades de trabalho 15 (28,30%) (TABELA 2).

Ainda sobre a trajetória na rua, 15 (15,96%) entrevistados estão em situação de rua há menos de um ano, 11 (11,70%) entre um e dois anos, 22 (23,40%) de dois a cinco anos, 13 (13,83%) entre cinco e dez anos e 33 (35,11%) estão em situação de rua há mais

de 10 anos. Somado a isso, dentre as instituições que já frequentaram, 62 (65,96%) mencionaram já terem estado em hospital geral, seguido de 41 (43,65%) em abrigos ou orfanatos, 28 (29,79%) em unidade de acolhimento, 20 (21,78%) em comunidades terapêuticas e 18 (19,15%) em hospital psiquiátrico e unidade de ressocialização, cada (TABELA 2).

Quando questionados sobre os vínculos familiares, 65 afirmaram ter parentes em Recife e 58 afirmaram possuir contato com estes. Além disso, 71 (75,53%) afirmaram possuir filhos os quais, em sua maioria (38,03%), têm como cuidadores os avós.

No que diz respeito as atividades desenvolvidas pelos participantes, 73 (77,66%) deles exercem algum tipo de atividade remunerada, com destaque para 25 (26,60%) que seguem a mendicância, 21 (22,34%) que relataram ser flanelinhas, 19 (20,21%) são ambulantes, 18 (22,50%) são catadores de materiais recicláveis, 8 (8,51%) trabalham como carregador/estivador e profissional do sexo, cada, além de 4 (4,26%) se ocuparem como lavadores de carro, 2 (2,13%) como funcionários de limpeza e essa mesma quantidade como trabalhadores da construção civil (TABELA 3).

De todos os entrevistados, 92 (87,00%) não recebem aposentadoria e 57 (60,64%) disseram possuir alguma profissão, das quais se destacam: 20 (35,09%) na construção civil, 10 (17,54%) no comércio, 4 (7,02%) na gastronomia e, essa mesma quantidade, no trabalho doméstico, além de 3 (5,26%) na área de beleza e, essa mesma quantidade, como auxiliares de serviços gerais. Apenas 28 (29,79%) relataram já ter trabalhado com carteira assinada e, desses, apenas 1 (3,57%) trabalha formalmente. Dentre os entrevistados que declararam sua renda 67 (71,27%), a renda média semanal foi de R\$160,81, enquanto a renda mínima semanal foi de R\$20,00 e a máxima, R\$700,00 (TABELA 3).

Em relação a exploração do território, o local que é mais apontado para pernoite foi a rua, por 83 (88,30%) dos entrevistados, seguido de casa de parente ou quarto alugado, com 5 (5,32%). Em relação ao banho, 33 (35,11%) também utilizam a rua, além de 27 (28,72%) utilizarem banheiros públicos, seguidos de outros locais. Além disso, destaca-se que os principais locais utilizados para necessidades fisiológicas são rua 35 (37,23%) e banheiros públicos 31 (32,98%) (TABELA 4).

Sobre as questões relacionadas à alimentação, 45 (47,87%) dos participantes da pesquisa fazem de três a quatro refeições por dia, 36 (38,30%), de uma a duas, enquanto 13 (13,83%) se alimentam cinco ou mais vezes em um dia. É válido destacar que, dentre todos os entrevistados, 52 (55,32%) não costumam comprar comida com o próprio dinheiro (TABELA 4).

Um número relevante de participantes faz uso de drogas lícitas, tais como álcool 63 (67,02%) e tabaco 65 (69,15%). Em relação às drogas ilícitas, as citadas foram: maconha 49 (52,13%), crack 40 (42,55%), cola 23 (24,47%), loló 18 (19,15%), cocaína 10 (10,64%), LSD 1 (1,06%) e “pó virado” 1 (1,06%). Somado a isso, 42 (44,68%) entrevistados conseguem comprar comida com seu próprio dinheiro e, dentre esses, 27 (64,28%) tem acesso a três ou mais refeições (TABELA 4).

De todos os entrevistados, 80 (85,11%) disseram ter alguma doença. A principal morbidade citada foi lesões por causas externas (47,87%), seguida por problemas de visão (43,61%) e questões psiquiátricas (27,66%). Dentre todos os que apresentaram alguma enfermidade, somente 29 (36,25%) fazem uso de medicamentos. Desses últimos, 19 (65,52%) têm acesso a esses medicamentos através da equipe de saúde e 13 (44,83%) têm a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) como instituição de escolha para ter acesso aos serviços de saúde (TABELA 5).

Dos participantes da pesquisa, 35 (37,23%) disseram receber algum benefício do governo, sendo o Bolsa Família o principal benefício citado 31 (51,67%). Os entrevistados apresentaram pouco envolvimento em programas sociais, sendo o Programa Atitude, o que apresentou o maior número de participantes 16 (17,02%). Esse programa foi criado no ano de 2011 pelo governo do estado de Pernambuco, é pautado nas políticas de redução de danos e possui como principal objetivo o apoio aos usuários de drogas e sua família através do acolhimento, garantia de cuidados básicos e referenciamentos às redes de saúde e assistência social.¹⁴

Das pessoas em situação de rua, 44 (46,81%) já foram impedidas de entrar em determinados locais, sendo estabelecimentos comerciais 26 (38,81%) e transporte coletivo 24 (35,52%) os mais citados. Apenas 34 (36,17%) dos entrevistados exercem o direito do voto. Em relação à posse de documentação, 47 (50%) e 73 (77,66%) disseram ter posse da carteira de identidade e da certidão de nascimento, respectivamente. Os documentos que tiveram maior percentual de perda foram a Carteira de Trabalho 43 (45,74%) e o Título de Eleitor 38 (40,43%). Ademais, 81 (86,17%) dos entrevistados disseram nunca ter tido posse da Carteira Nacional de Habilitação.

DISCUSSÃO

Em consonância com o cenário nacional, o presente estudo encontrou prevalência do sexo masculino na população estudada. A maior parte dos entrevistados estava em idade economicamente ativa. No tocante à etnia autodeclarada, corroborando com o panorama nacional da população brasileira, houve predominância da etnia parda.^{15,16}

Ao contrário do que foi apontado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) na pesquisa realizada em 2008, a qual dizia que a principal razão para estarem em situação de rua eram álcool e outras drogas, a presente pesquisa identificou as desavenças familiares como fator de principal relevância nesse quesito. Da mesma forma, o censo de 2013 realizado em Belo Horizonte com a população em situação de rua, mostrou que 52,2% das pessoas estavam na rua devido a problemas familiares, sendo essa a principal causa. Não foi possível aprofundar durante esse estudo quais conflitos familiares motivaram a saída de casa. Contudo, um estudo feito na Austrália com 692 moradores em situação de rua entre 12 e 20 anos, identificou que dois terços deles saíram de casa por problemas familiares, principalmente envolvendo violência, abuso sexual e evento traumático. Tendo em vista a importância de conhecer quais são essas motivações a fim proteger crianças e adolescentes, como previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é fundamental que novos estudos sejam realizados nessa área.^{15,17,18,19}

A respeito de a maioria dos entrevistados nem sempre ter vivido em Recife, o fato de eles estarem fixos em uma capital não é explicado pela migração campo-cidade, ocorrida na primeira metade do século XX, uma vez que apenas 16 deles já viveram em zona rural. Os achados do MDS confirmam tal fato, pois identificaram que 71,9% dos entrevistados que migraram de outros municípios são originários de área urbana.²⁰

Apesar de conflitos familiares e busca por emprego terem sido apontadas como principais causas para a migração entre cidades, é importante considerar a existência de trecheiros. Esse grupo rompe com toda a malha da rede social, abandona os lugares de assentamento e sedentarização (família, trabalho, domicílio e tantos outros) e assumem o nomadismo como forma de vida. Eles são um reflexo do abandono das referências fixas e estáveis, sendo, de forma geral, caracterizados por egressos de hospitais psiquiátricos que vivem em extremo isolamento, desassistência, solidão e desamparo. Essa pesquisa identificou 15 pessoas que moraram em 6 ou mais cidades, já o MDS apontou que, no país, 3.799 pessoas migraram 6 ou mais vezes. Tais números mostram a importância de políticas de assistência dirigidas a andarilhos.^{15,21}

Esse estudo apontou que a maioria dos pesquisados está em situação de rua há mais de 10 anos. Segundo a literatura, quase metade dessa população está na rua há mais de 2 anos e, 30%, há mais de 5 anos. Censos realizados na cidade de Porto Alegre entre os anos de 2007 e 2008, bem como em 2011 e 2016, evidenciaram um aumento progressivo no número de pessoas que estão na rua há mais de 20 anos, sendo 262, 270, 647, respectivamente. Esses dados apontam uma tendência da situação de rua se tornar “crônica”, apesar de existir vontade de deixar essa situação, conforme foi constatado pelo censo de 2013 em Belo Horizonte, em que 94% dos entrevistados desejavam sair das ruas.^{15, 17, 22}

As pessoas em situação de rua, majoritariamente, possuem trabalho e exercem suas atividades com a finalidade de auto sustento, fuga do sofrimento e o estabelecimento da possibilidade de sua reinserção social. Como reflexo disso, dados da literatura demonstram que mais da metade desta população exerce alguma atividade remunerada: cenário nacional (70,9%), Fortaleza (78,72%) e Porto Alegre (60,6%). Além disso, 60,64% dos participantes dessa pesquisa e 58,6% dos entrevistados no cenário nacional disseram possuir uma profissão.^{15, 23}

Em oposição ao constatado pelo MDS, em que apenas 15,7% dos moradores em situação de rua exerciam a mendicância, na cidade do Recife, essa foi a atividade mais destacada. Esse dado pode indicar um estímulo à perpetuação da ideia de que esse grupo social é composto por “vagabundos” e “mendigos”.¹⁵

Apesar de apenas um entrevistado possuir emprego formal atualmente, constatou-se que a ausência de emprego regular não é uma consequência direta de estar em situação de rua, uma vez que 70,21% nunca possuiu carteira de trabalho assinada. Tais índices refletem o que já foi concluído durante os estudos feitos pelo MDS, uma vez que apesar de 1,9% dos entrevistados possuir carteira de trabalho assinada, 47,7% nunca tiveram um emprego formal.¹⁵

De acordo com os dados colhidos por essa pesquisa, os locais mais utilizados pelas pessoas em situação de rua para banho e necessidade fisiológicas são a rua e os banheiros públicos. No estudo do MDS, os principais locais usados para essas necessidades são a rua (32,5%) e albergues/abrigo (31,4%), sendo os banheiros públicos a terceira opção (14,2%). Já o censo de Porto Alegre, coloca como principal local usado as instituições assistenciais previstas para a sua acolhida - albergues, abrigo, CAPS ou

Centro POP - (40,1%), seguido por banheiros públicos (22,5%) e rua (15%). Devido à limitação a recursos de higiene, esse grupo, além de ficar suscetível a várias doenças, possui dificuldades ao procurar por assistência à saúde. Algumas pesquisas constataram que o preconceito e a discriminação relacionados às condições de higiene, prejudicada pelo uso de vestimentas sujas, falta de banho e odor fétido, impedem ou retardam a procura deles por um serviço de saúde.^{15,22,24}

Tanto nessa pesquisa (88,30%), como na realizada pelo MDS (46,5%) e no censo de 2012 de Belo Horizonte (56,6%), notou-se a preferência pelo pernoite nas ruas. Apesar de não ter sido avaliado nesse estudo, algumas pesquisas sugerem que a falta de liberdade nos albergues é uma das principais razões para esses locais não serem muito procurados. Eles alegam a imposição de regras rígidas, forma de tratamento hostil, proibição de uso de álcool e drogas e dificuldade para conseguir vagas. Nesse sentido, ao construir políticas públicas para determinado grupo social, é necessário conhecer suas histórias e vontades, a fim de atender às suas demandas. Caso contrário, inseri-los em um contexto em que suas concepções e valores não são considerados, é cercear a sua liberdade.^{15, 17, 22, 25}

O consumo de álcool e outras drogas por moradores em situação de rua, promove alívio físico e psíquico, tornando-se, muitas vezes, a única possibilidade de suportar a vulnerabilidade inerente às suas vidas. Reverberando esse fato, a presente pesquisa identificou o uso por mais da metade dos participantes de tabaco, álcool e maconha, além de consumo de crack por 42,55% deles. Por consequência desse consumo, há maior suscetibilidade às enfermidades e outros agravos à saúde, como a dependência de substâncias psicoativas as quais promovem a manutenção dessas pessoas na rua e justificam em parte o processo “crônico” que a rua se torna para grande parte desses indivíduos.⁹

Em relação à alimentação, verificou-se que menos da metade comprava comida com seu próprio dinheiro, embora mais da metade dos entrevistados tenha acesso a três ou mais refeições diárias, o que corrobora com os dados da última pesquisa realizada pelo MDS, em 2008.²⁶

Sobre a situação de saúde, a maioria revelou ser portadora de alguma doença e, dentre as principais citadas, estão lesões por causas externas, problemas de visão, problemas psiquiátricos e infecções sexualmente transmissíveis. Diante disso, é válido ressaltar que viver na rua expõe esse grupo populacional a diversos fatores de risco que ampliam sua vulnerabilidade, como ações de repressão por parte de políticas de

segurança pública, exposição às variações climáticas, condições insalubres de moradia e de alimentação, afetando negativamente sua condição de saúde.

Dentre os entrevistados que são portadores de alguma doença, cerca de um terço deles faz uso de medicamentos e, desses, mais da metade os obtém através de uma unidade de saúde, o que corrobora os dados divulgados na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, de 2008, e evidencia um certo vínculo dessa população com a rede de atenção à saúde, mesmo que esse ainda não ocorra de modo integral.²⁷

Mais da metade dos participantes utilizam as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais/emergência, confirmando que a população em situação de rua acaba procurando diretamente os serviços de urgência e emergência. Com isso, ocorre negligência da prevenção e a promoção à saúde. Em terceiro lugar, há a procura por Unidades Básicas de Saúde (UBS), fato que contradiz a lógica da referência e contrarreferência, uma vez que esta deveria ser a primeira porta de entrada desses usuários no sistema de saúde. Embora muitos dos indivíduos entrevistados afirmem ter acesso a esses serviços, um ponto a se considerar é a qualidade do atendimento oferecido, uma vez que há diferenças que obedecem a um fator estrutural em que o acompanhamento adequado da saúde dessa população pode ser dificultado pelo pré-julgamento por parte dos profissionais de saúde e dos demais usuários.^{27,28,29}

A população em situação de rua vive uma condição conflituosa com relação à posse de documentos. Se por um lado, eles ajudam a escapar de abusos policiais e são necessários para a conquista de determinados auxílios, como o Bolsa Família, e de um trabalho formal. Por outro lado, a posse deles permite que pessoas firam a sua privacidade e as obrigue a contactar familiares e voltar para casa. Além disso, existe sempre a possibilidade de perda de documentação por abuso de álcool e outras drogas ou por fuga de outras cidades, em que a perda é proposital. Assim como encontrado pelo MDS (58,9%), nesta pesquisa, mais da metade tinha posse da carteira de identidade. Aproximadamente metade dos entrevistados possuíam CPF, carteira de trabalho e título de eleitor. Um número que de destaque foi a posse do Cartão do SUS por 65,96% deles, o que demonstra um cuidado efetivo por parte da equipe do CnaR e um maior autocuidado das pessoas em situação de rua.^{24,30}

Em 2008, 85,5% das pessoas em situação de rua não recebia nenhum auxílio, 3,2% recebiam aposentadoria, 2,3% o Bolsa Família e 1,3% o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Nessa pesquisa, 37,23% dos entrevistados recebem algum benefício do governo, 51,67% recebe o Bolsa Família e 8,33% o BCP. Dessa forma, conforme

constatado pelo MDS, a cobertura dos programas governamentais ainda não atinge a maior parte da população.¹⁵

Cerca de metade das pessoas em situação de rua entrevistados pelo MDS (54,5%), pelo censo de Porto Alegre (45%) e neste estudo (46,81%) já foram expulsos ou impedidos de entrar em algum lugar, sendo transporte coletivo e estabelecimentos comerciais os principais locais de exclusão citados nos três estudos. Além desses números, muitos dos participantes relataram nunca ter sido impedidos, porque nunca tentaram entrar em determinados locais, colocando-se em uma situação de auto rejeição e baixa autoestima. A partir disso, nota-se a dificuldade para essas pessoas de relacionarem com outras que não vivem nas ruas e de se afirmarem enquanto cidadãos. Apesar de não ter sido foco deste estudo, a literatura científica aponta possíveis causas para esses dados. Alguns pontos citados foram a existência de preconceito associada às precárias condições de higiene, pela incapacidade física e mental de alguns indivíduos em situação de rua e pelo preconceito racial, além da construção midiática de um estereótipo relacionado à criminalidade, loucura e pobreza, provocando insegurança nas demais pessoas.^{24,26}

O tamanho da amostra pode ter sido uma limitação desse estudo, restringindo o universo estudado e, assim, a significância estatística. Essa circunstância se deve às adversidades encontradas pelos pesquisadores durante a coleta de dados no cenário da rua, desde questões meteorológicas até a hostilidade presente em determinadas situações as quais interromperam ou impossibilitaram a realização das entrevistas. Outro aspecto que dificultou a coleta foi a limitação da atuação das equipes do CnaR frente à insuficiência de material humano e operacional diante das heterogêneas necessidades da contingente população, haja vista que as entrevistas foram realizadas concomitantemente à atuação das equipes em seus territórios. Também se destaca que a escassez de estudos atuais com este escopo temático foi um obstáculo para a elaboração da discussão deste artigo.

Apesar das limitações, essa pesquisa permitiu a descrição da população em situação de rua da cidade do Recife diferente dos demais censos realizados nesse local anteriormente, uma vez que buscou-se reconhecer esse grupo indo além da epidemiologia, trazendo dados que demonstram reais aspectos de suas vidas. Por conseguinte, percebeu-se a necessidade de investir nos programas de assistência existentes e ampliá-los, para que assim, os serviços voltados a essa população respeitem sua singularidade e supram suas necessidades.

Por fim, esse estudo trouxe à vista os dados insuficientes e ultrapassados existentes nessa área o que, por conseguinte, provoca uma discussão limitada sobre o tema e permite a construção e perpetuação de estigmas excludentes e capazes de impedir que o indivíduo exerça a sua cidadania. Por sua vez, é urgente a necessidade de novos estudos sobre o tema.

COLABORADORES

M. L. A. C. Rodrigues, M. J. B. Beltrão e Y. F. Cardoso participaram da concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, bem como redação, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

L. N. F. Barbosa e A. P. W. Jordán colaboraram com a concepção do projeto e revisão crítica do conteúdo do artigo e aprovação da versão final. B. A. Leite contribuiu com a concepção do projeto e a revisão crítica do conteúdo do artigo e aprovação da versão final.

AGRADECIMENTOS

À população em situação de rua que participou do estudo.

À acolhida das equipes do Consultório na Rua da cidade do Recife.

Às orientações dos estatísticos Dalmir Cavalcanti dos Santos e Severino Catão Rodrigues.

Ao apoio do PIBIC-IMIP e ao financiamento do CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. (2017). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Retrieved June 12, 2017, from Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP website: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
2. Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Texto Constitucional Originalmente Publicado No Diário Oficial Da União de 5 de Outubro de 1988.*, 2016, 496. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
3. Mattos, R. M., & Ferreira, R. F. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 47–58. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822004000200007>
4. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. (2010). *Direitos do Morador de Rua - Um Guia na Luta pela Dignidade e Cidadania* (pp. 1–41). pp. 1–41. Retrieved from <https://domtotal.com/direito/uploads/pdf/90e770c3205200f768c65a9a3f164934.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA*. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf
6. Brasil. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. In *Ministério da Saúde*. Retrieved from <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011. 2011 [cited 2018 May 4];24:5. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
8. Paula, H. C. de, Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. de A., Brandão, P. S., & Scoralick, G. B. F. (2018). Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2843–2847. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>
9. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Of da União [Internet]. 2010 [cited 2018 May 4];4279(Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010):88–93. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_30_1210.pdf
10. Recife, S. de S. do R. (2014). *PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017*. Retrieved from <http://www2.recife.pe.gov.br/secretarias-e-orgaos/secretarias/saude/>
11. Brasil. (2016). *A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Série WWP Relatos de Uso de M&A*. 12. Retrieved from <https://wwp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Pesquisa-Nacional-sobre-a-População-de-Rua-Relato-de-Uso-WWP--PORT.pdf>
12. Ribeiro, M. O. (2003). A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 622–629. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlaenf

13. RECIFE, Secretaria de Assistência Social, Instituto de Assistência Social e Cidadania. População em situação de rua na cidade de Recife: censo e análise qualitativa. 2005 [cited 2018 May 4]. Available from: <https://www.recife.pe.gov.br/pr/secsocial/populacaorua.php>
<https://www.recife.pe.gov.br/pr/secsocial/populacaorua.php>
14. Ratton, SL. Políticas de Drogas e Redução de Danos no Brasil: o Programa ATITUDE em Pernambuco: Sumário Executivo. 2016.
15. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua (p. 240). p. 240. Retrieved from http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_a_aprendendo_a_contar.pdf
16. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). (2012). Censo demografico 2010. In *Censo Demografico 2010*.
17. Duarte, F., Ricardo, G., Souza Cristiane, A., Drumond De Brito, M., Napoli, L., Maila De Castro, A., Filho, S. (2014). *Terceiro censo de população em situação de rua do município de belo horizonte* (1st ed.; S. C. Souza, Ed.). Retrieved from [https://crr.medicina.ufmg.br/project/assets/ckfinder/files/Relato%CC%81rio%20Terceiro%20Censo%20POP%20em%20situac%CC%A7a%CC%83o%20de%20rua%20PBH\(1\).pdf](https://crr.medicina.ufmg.br/project/assets/ckfinder/files/Relato%CC%81rio%20Terceiro%20Censo%20POP%20em%20situac%CC%A7a%CC%83o%20de%20rua%20PBH(1).pdf)
18. Rosenthal, D., Mallett, S., & Myers, P. (2006). Why do homeless young people leave home? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30(3), 281–285. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2006.tb00872.x>
19. *ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE* (9th ed.). (2012). Retrieved from http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf
20. Silva, N. do V., & Barbosa, M. L. de O. (2006). População e estatísticas vitais. In *Estatísticas do século XX* (1st ed.). Retrieved from <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv37312.pdf>
21. Justo, J. S., & Nascimento, E. C. do. (2005). Errância e delírio em andarilhos de estrada. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 177–187. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722005000200005>
22. Pimenta, M. D. M. (2019). The homeless population in Porto Alegre: Social invisibility and stigmatization processes. *Civitas*, 19(1), 82–104. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30905>
23. De Alcantara, S. C., De Abreu, D. P., & Farias, A. A. (2014). Pessoas em Situação de Rua: Das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24(1), 129–143. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.40659>
24. Andrade, L. P., da Costa, S. L., & Marquetti, F. C. (2014). A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: Potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores

- de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Saude e Sociedade*, 23(4), 1248–1261. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400011>
25. Melo THAG. A rua e a sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. 2011. 194 f. Available from: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/ppga/files/2012/04/A-Rua-e-a-Sociedade-Melo-Completa2.pdf>
 26. BRASIL. (2012). *Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
 27. Hallais, J. A. da S., & de Barros, N. F. (2015). Consultório na Rua: Visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saude Publica*, 31(7), 1497–1504. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>
 28. Bezerra, I. H. P., Filho, I. M., Costa, R. J. L. M. da, Sousa, V. J. de, & Carvalho, M. V. G. de. (2015). População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. *Enfermagem Revista*; v. 18, n. 1 (2015). Retrieved from <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9365/10323>
 29. Schervinski, A. C., Negrão Merry, C., Evangelista, I. C., & Cardoso Pacheco, V. (2017). Atenção à saúde da população em situação de rua. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 14(26), 55. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p55>
 30. Sicari, A. A., & Zanella, A. V. (2018). Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 662–679. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>

APÊNDICE – Tabelas

TABELA 1 - Características sociodemográficas da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife

Características	n	%	Características	n	%
Distribuição por distrito sanitário			Local de naturalidade		
I	57	60,64%	Recife e Região Metropolitana	71	75,53%
VI	29	30,85%	Outros estados	12	12,77%
VIII	8	8,51%	Interior de Pernambuco	11	11,70%
Sexo			Possui religião		
Masculino	58	61,70%	Sim	55	58,51%
Feminino	36	38,30%	Não	39	41,49%
Gênero			Dentre os que possuem religião, as religiões citadas foram		
Cisgênero	90	95,74%	Católica	27	49,09%
Mulher transexual	4	4,26%	Evangélica	22	40,00%
			Outros	6	10,91%
Orientação sexual			Nível de escolaridade		
Heterossexual	87	92,55%	1º grau incompleto	64	68,09%
Homossexual	4	4,26%	1º grau completo	10	10,64%
Bissexual	3	3,19%	2º grau completo	9	9,57%
Estado civil			Nunca estudou	8	8,51%
Solteiro (a)	79	84,04%	Superior incompleto	1	1,06%
Casado (a)	9	9,57%	Superior completo	1	1,06%
Divorciado (a)	5	5,32%	Não sabe ou não lembra	1	1,06%
Viúvo (a)	1	1,06%	Formação escolar		
Cor			Sabe ler e escrever	64	68,09%
Parda	56	59,57%	Não sabe ler, escrever ou assinar	12	12,77%
Preta	20	21,28%	Sabe assinar o próprio nome	14	14,89%
Branca	13	13,83%	Apenas sabe ler	4	4,26%
Indígena	3	3,19%			
Não declarado	2	2,13%			

TABELA 2 - Características da trajetória na rua da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife

Características	n	%	Características	n	%
Razão de estar na rua			Viveu em situação de rua nas outras cidades		
Desavenças familiares	39	41,49%	Não	29	54,72%
Uso de outras drogas	15	15,96%	Sim	24	45,28%
Outros	11	11,70%			
Alcoolismo	10	10,64%	Razões para o deslocamento		
Falecimento de familiar	6	6,38%	Desavenças familiares	16	30,19%
Violência	5	5,32%	Oportunidade de trabalho	15	28,30%
Desemprego	3	3,19%	Outros	12	22,64%
Escolha pessoal	3	3,19%	Violência	10	18,87%
Fome	2	2,13%	Turismo	7	13,21%
			Questões de saúde	2	3,77%
Sempre viveu em Recife			Tempo em que vive em situação de rua em anos		
Não	53	56,38%	> 10	33	35,11%
Sim	41	43,62%	2-5	22	23,40%
Morou em área rural			< 1	15	15,96%
Não	37	69,81%	5-10	13	13,83%
Sim	16	30,19%	1-2	11	11,70%
Viveu em quantas cidades			Instituições que já frequentou		
2	16	30,19%	Hospital Geral	62	65,96%
6 ou mais	15	28,30%	Abrigo/Orfanato	41	43,65%
3	11	20,75%	Unidade de Acolhimento	28	29,79%
1	5	9,43%	Comunidade Terapêutica	20	21,78%
5	5	9,43%	Hospital Psiquiátrico	18	19,15%
4	1	1,89%	Unidade de Ressocialização	18	19,15%

TABELA 3 - Características de trabalho e renda da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife

Características	n	%	Características	n	%
Exerce atividade remunerada			Possui profissão		
Sim	73	77,66%	Sim	57	60,64%
Não	21	22,34%	Não	37	39,36%
Atividades remuneradas exercidas			Áreas profissionais em que atuam		
Mendicância	25	26,60%	Construção civil	20	35,09%
Flanelinha	21	22,34%	Outros	13	22,81%
Ambulante	19	20,21%	Comércio	10	17,54%
Catador de materiais recicláveis	18	22,50%	Gastronomia	4	7,02%
Profissional do sexo	8	8,51%	Trabalho doméstico	4	7,02%
Carregador/Estivador	8	8,51%	Auxiliar de serviços gerais	3	5,26%
Outros	7	7,45%	Beleza/Estética	3	5,26%
Lavador de carros	4	4,26%			
Trabalhador de construção civil	2	2,13%	Já trabalhou com carteira assinada		
Funcionário de limpeza	2	2,13%	Não	66	70,21%
			Sim	28	29,79%
Recebe aposentadoria			Quando trabalhou com carteira assinada		
Não	92	87,00%	Há mais de um ano	27	96,43%
Sim	2	13,00%	Atualmente	1	3,57%

TABELA 4 - Características da alimentação, higiene e uso de álcool e drogas da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife

Características	n	%	Características	n	%
Local em que costuma passar a noite			Refeições feitas por dia		
Rua	83	88,30%	3 - 4	45	47,87%
Casa, casa de parente ou quarto alugado	5	5,32%	1 - 2	36	38,30%
Abrigo	4	4,26%	> 5	13	13,83%
Outros	2	2,13%			
Local em que costuma tomar banho			Compra comida com o próprio dinheiro		
Rua	33	35,11%	Sim	42	44,68%
Banheiros públicos	27	28,72%	Não	52	55,32%
Outros locais	12	12,72%			
Estabelecimentos comerciais	8	8,51%	Uso de álcool e outras drogas		
Centro POP	5	5,32%	Tabaco	65	69,15%
Abrigos	4	4,26%	Álcool	63	67,02%
Casa de parentes ou amigos	4	4,26%	Maconha	49	52,13%
Não toma banho	1	1,06%	Crack	40	42,55%
			Cola	23	24,47%
			Loló	18	19,15%
Local usado para necessidades fisiológicas			Cocaína	10	10,64%
Rua	35	37,23%	LSD	1	1,06%
Banheiros públicos	31	32,98%	Pó virado	1	1,06%
Estabelecimentos comerciais	13	13,83%			
Outros locais	11	11,70%			
Abrigos	4	4,26%			

TABELA 5 - Características das condições de saúde da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife

Características	n	%	Comorbidades	Sim		Não		Não sabe	
				n	%	n	%	n	%
Possui alguma doença									
Sim	80	85,11%	Lesões por causas externas	45	47,87%	39	41,49%	-	-
Não	14	14,89%	Problemas de visão	41	43,61%	43	45,74%	-	-
			Problemas psiquiátricos	26	27,66%	58	61,70%	-	-
			Outros	19	20,21%	75	79,79%	-	-
Faz uso contínuo de medicamento									
Não	65	69,15%	IST's	19	20,21%	62	65,96%	3	3,19%
Sim	29	30,85%	Doenças de pele	16	17,02%	68	72,34%	-	-
			Hipertensão arterial	15	15,96%	66	70,21%	3	3,19%
			Pneumonia	15	15,96%	68	72,34%	1	1,06%
			Tuberculose	15	15,96%	67	71,28%	2	2,13%
Possui a unidade/equipe de saúde como via de acesso ao medicamento									
Sim	19	65,52%	Diabetes	6	6,38%	76	80,85%	2	2,13%
Não	10	33,33%	Asma	5	5,32%	89	94,68%	-	-
			Hanseníase	-	-	83	88,30%	1	1,06%
Primeiro serviço de saúde procurado									
UPA	49	52,13%							
Hospital/emergência	13	13,83%							
UBS	12	12,77%							
Não procura nenhum serviço	8	8,51%							
Farmácia	5	5,32%							
CAPS	3	3,19%							
CnaR	2	2,13%							
Outros	2	2,13%							

NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA ESCOLHIDA

Revista: **Cadernos de Saúde Pública**

ISSN: (impresso) 0102-311X

ISSN: (on-line) 1678-4464

Instrução para Autores

(Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>)

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas ([Leia mais](#)).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#). Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [Clinical Trials](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do [ORCID](#) no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação *Cadernos de Saúde Pública* o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o [Editorial 34\(1\)](#).

Passo -a-passo

(Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/passo-a-passo>)

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: ensp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo.

5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras.