

Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo¹

Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo

Rita Barradas Barata

Santa Casa de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas.
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: rita.barradasbarata@gmail.com

Nivaldo Carneiro Junior

Santa Casa de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas.
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: nicarneirojr@uol.com.br

Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

Santa Casa de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas.
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: mcrcmacal@terra.com.br

Cássio Silveira

Santa Casa de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas.
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: cassio@cealag.com.br

Projeto de Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo²

Correspondência

Nivaldo Carneiro Junior
Rua Dr. Cesário Motta Junior, 61, 6 andar, Vila Buarque.
São Paulo, SP, Brasil. CEP 01221-020.

Resumo

Descrever as características sociodemográficas, o estado de saúde e o acesso a serviços na população em situação de rua em uma amostra em três albergues do centro da cidade de São Paulo. Amostra de 251 indivíduos: 171 do sexo masculino, 78 do sexo feminino e duas pessoas que se autodenominaram transexuais. Foi aplicado um questionário estruturado contendo dados sociodemográficos, trajetória e tempo de vida na rua, atividade física, discriminação, rede e suporte social, estado de saúde, consumo de álcool ou drogas, violência e acesso a serviços de saúde. Verificou-se o predomínio de adultos do sexo masculino, não brancos, com baixo nível de escolaridade, e com renda mensal menor que ½ (meio) salário mínimo. Um terço dos entrevistados já se encontrava nessa situação há mais de cinco anos. 45% dos entrevistados consideraram sua saúde boa ou muito boa. A maioria prefere utilizar as unidades básicas de saúde quando tem necessidade. As precárias condições financeiras e ausência de família somam-se às situações de violência física sofrida. Discriminação, péssimas condições de higiene e incapacidade física ou mental são comuns em suas vidas. O desafio que se coloca para a formulação da política de saúde é incorporar as representações e as práticas de cuidados desses sujeitos, como também dos serviços, como ponto de partida para a organização da assistência.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Condições de Vida; Condições de Saúde; Acesso a Serviços de Saúde.

¹ Auxílio à pesquisa CNPq (Processo nº 409740/2006-3), bolsas de produtividade em pesquisa CNPq, bolsa de iniciação científica CNPq, FAPESP e CEALAG.

² Autoria grupal descrita ao final do artigo.

Abstract

To describe the sociodemographic characteristics, health status and access to services of the population living on the streets in a sample obtained from three homeless shelters in the downtown area of Sao Paulo. The sample included 251 subjects: 171 males, 78 females and 2 people who reported themselves as transgender. A structured questionnaire was applied about: sociodemographic characteristics, time on the street, physical activity, discrimination, social network and support, health status, alcohol or drug use, violence and access to health services. The subjects were adults, non-white, low education level, and with a monthly income lower than half the minimum wage. A third of the respondents had already been in this situation for more than 5 years. The health status for 45% of the respondents was considered good or very good health. The majority preferred to use primary care centers when needed and the precarious financial conditions and lack of family added to physical violence situations. Discrimination, poor hygiene and physical or mental disabilities are common in their lives. The challenge of formulating health policy is to incorporate the representations and care practices of these individuals, but also the services, as a starting point for organizing care.

Keywords: Homeless, Living Conditions, Health Conditions, Access to Health Services.

Introdução

A existência de população em situação de rua é um fenômeno social que assume expressões novas na sociedade contemporânea, particularmente nos grandes centros urbanos (Hwang et al., 2009). Esse grupo social, que habita em logradouros ou em albergues públicos ou filantrópicos, vivencia situações de trabalho, condições de vida e inserção social precárias (Vannucchi; Barros, 2009; Vieira; Bezerra; Rosa, 1992).

Viver em situação de rua é um problema que ultrapassa a falta de moradia. Ter uma casa significa ter raízes, identidade, segurança, sentimento de pertencimento e um lugar de bem estar emocional (Editorial, 2008).

Nas transformações experimentadas pelas sociedades ocidentais, os processos de exclusão e inclusão sociais têm produzido diferentes grupos, mais ou menos marginalizados, dentre os quais a população em situação de rua (Castel, 1997; Nascimento, 1994).

A heterogeneidade dos grupos sociais na composição da área central de São Paulo é muito grande. Nessa área da cidade, coexistem pessoas em situação de rua, mulheres e travestis em situação de prostituição, classes médias baixas ocupando casas e apartamentos, muitas vezes intercalados por cortiços e oficinas de trabalhadores imigrantes bolivianos, entre outros. Dependendo do local, a vizinhança pode ser composta, também, por núcleos habitacionais construídos pelo poder público, apresentando condições estruturais precárias, em franco processo de deterioração e com histórico de violência, delinquência e crime organizado. Existem, ainda, pequenas favelas e bairros de classe alta (Silveira; Amaral; Marsiglia, 2009; Frúgoli Junior, 1995).

As pessoas em situação de rua estão entre os grupos mais marginalizados na sociedade. Mesmo entre eles existem diferenças em função das trajetórias individuais, como o tempo de permanência na situação de rua e as estratégias de vida particulares (Martins, 1997; Carneiro Junior et al., 1998; Hwang et al., 2010).

O último censo, de 2011, relacionou 14.478 indivíduos em situação de rua na cidade de São

Paulo, dos quais 47% pernoitavam nos logradouros públicos e 53% em albergues municipais ou filantrópicos. Houve um incremento de 65%, em 10 anos, do número de pessoas nessa população em São Paulo. Os distritos administrativos com maior número de pessoas vivendo na rua são os que se situam na “área central” da cidade, sendo Santa Cecília e Sé os bairros que mais concentram essa população, somando 16% (Prefeitura do Município de São Paulo e Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 2012).

Tomar a população em situação de rua como uma questão social para a área da saúde é pertinente, pois suas condições de vida determinam processos de saúde-doença-cuidado muito diferenciados, demandando novos arranjos tecnoassistenciais e políticas públicas (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010).

Com o objetivo de formular políticas públicas destinadas a essa população, o Governo brasileiro editou o Decreto 7.053/2009, que institui a política nacional para a população em situação de rua, visando a construção de mecanismos institucionais e sociais que promovam programas e ações intersetoriais destinados a garantia de acesso aos bens públicos e efetivação da cidadania (Brasil, 2009).

O objetivo deste artigo é descrever as características sociodemográficas, o estado de saúde e o acesso a serviços em uma amostra de albergados vivendo no centro da cidade de São Paulo, comparando esses aspectos àqueles observados entre moradores em situação de maior vulnerabilidade social, vivendo na mesma área.

Metodologia

Este artigo utiliza resultados da pesquisa “Desigualdades Sociais no estado de saúde e no acesso a serviços para grupos com diferentes graus de vulnerabilidade e exclusão social vivendo no centro de São Paulo”, inquérito domiciliar realizado no ano de 2008 incluindo quatro grupos: moradores residentes com vulnerabilidade social; moradores residentes

sem vulnerabilidade social; imigrantes bolivianos; e pessoas em situação de rua.

Para o grupo em situação de rua, foram selecionados, por conveniência, três albergues municipais situados no centro da cidade de São Paulo, com 642 vagas para adultos, 532 (83%) ocupadas por homens e 110 (17%) por mulheres. Na amostra foram incluídos 251 indivíduos. Todas as mulheres (78) presentes nos três albergues foram incluídas. Para os homens, foi obtida uma amostra sistemática de 173 indivíduos. Os dados foram obtidos em um único dia, por uma equipe de 30 entrevistadores.

A amostra de moradores residentes em área de vulnerabilidade social foi obtida em três etapas. Todos os setores censitários da área central foram classificados segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, desenvolvido pela Fundação SEADE, baseado em dados socioeconômicos e tipologia das famílias residentes. Foram sorteados 25 setores censitários dentre aqueles classificados com média, alta ou muito alta vulnerabilidade social. Os domicílios ocupados destes 25 setores foram listados, sendo sorteados 40 endereços (20 + 20 reservas) em cada um dos setores, por meio de procedimento sistemático. Apenas um dos moradores, com 18 anos ou mais, em cada domicílio foi sorteado. Foram incluídos 487 moradores com vulnerabilidade social. A coleta foi feita em um mês por uma equipe de entrevistadores treinados.

Foi aplicado um questionário estruturado contendo dados sociodemográficos, trajetória e tempo de vida na rua, discriminação, suporte social, estado de saúde, consumo de álcool, tabaco ou drogas, violência e acesso a serviços de saúde. Os dados foram submetidos à dupla digitação e processados com o software SPSS 17³.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com o protocolo 061/07. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3 O SPSS v17 é um software pago desenvolvido e comercializado pela IBM que permite o processamento e análise estatística dos dados de pesquisa. O banco de dados pode ser criado e digitado no próprio software ou importado de outros softwares. O processamento e análise são realizados por meio de comandos.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos indivíduos em situação de rua, de moradores em setores censitários com vulnerabilidade social, área central do município de São Paulo, 2008

Variáveis	População em situação de rua		Moradores com vulnerabilidade social	
	Número	%	Número	%
Idade*				
20-39	69	27,7	262	53,8
40-59	147	59	160	32,9
60 e mais	33	13,3	65	13,3
Sexo*				
Masculino	171	68,1	209	42,9
Feminino	78	31,1	278	57,1
Cor**				
Branco	90	36,3	220	45,2
Não branco	158	63,7	259	53,2
Escolaridade*				
Analfabeto funcional	69	27,5	128	26,3
Ensino Fundamental	75	29,9	191	39,2
Ensino Médio	29	11,6	142	29,2
Ensino Superior	8	3,2	26	5,3
Situação conjugal*				
Solteiro	132	52,6	162	33,3
Casado	25	10	192	39,4
Separado/divorciado/viúvo	94	37,4	133	27,3
Renda mensal*				
< ½ salário mínimo	122	64,9	10	2,1
½ a 1 salário mínimo	49	26,1	47	9,7
> 1 salário mínimo	17	9	402	82,5
Situação ocupacional*				
Ocupado ^a	29	11,9	346	71
Eventual ^b	75	30,6	0	0
Desempregado ^c	53	21,3	64	13,1
Fora do mercado de trabalho ^d	71	29	29	6
Aposentado ^e	17	6,9	46	9,4

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

* $p < 0,001$, ** $p < 0,05$

Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas da amostra de população albergada constituída majoritariamente por adultos do sexo masculino, não brancos (foram usadas no questionário as classes de cor utilizadas pelo IBGE. Nos não brancos estão inclusos: preta, amarela parda e indígena), com baixo nível de escolaridade, vivendo sem companheiro, com renda mensal menor que ½ (meio) salário mínimo (R\$ 207,00, no momento da pesquisa) e exercendo trabalhos eventuais ou fora do mercado de trabalho.

A Tabela 2 mostra o tempo de vivência na rua e os motivos que levaram a essa situação. Um terço

dos entrevistados se encontra nessa situação há mais de cinco anos enquanto outro terço está na rua há menos de um ano. Para a maioria, os motivos para albergar-se são as precárias condições financeiras e a ausência de família. Os que têm família encontram-se separados dela por escolha pessoal ou por outros motivos não especificados. Quase a totalidade dos entrevistados declara intenção em sair dessa situação.

A Tabela 3 trata da percepção de discriminação e da rede de apoio social dos entrevistados. Ampla maioria dos entrevistados sentem-se discriminados, principalmente, por sua condição de albergado. A esse motivo somam-se as condições de higiene, o aspecto físico e a incapacidade fí-

Tabela 2: Trajetória de ida para a rua e tempo de vivência na rua, indivíduos albergados vivendo no centro do município de São Paulo, 2008

Variável	Número	%
Motivos que o levaram a ir para a rua/albergue		
Condições financeiras	158	62,9
Ausência de família	81	32,3
Foi expulso pela família	37	14,7
Tratamento de saúde em São Paulo	25	10
Trabalho temporário em São Paulo	14	5,6
Está de passagem pela cidade	12	4,8
Trabalho distante da moradia	8	3,2
Afastamento da família		
Sim	183	73,8
Não	65	26,2
Motivos para o afastamento da família		
Escolha pessoal	53	30,1
Divergências conjugais	30	17
Perda do emprego	17	9,7
Uso de álcool ou drogas ilícitas	15	8,5
outros	61	34,7
Planos de sair da rua/albergue		
Sim	222	89,2
Não	27	10,8
Tempo de vivência na rua		
< 1 ano	76	31,1
1 a 2 anos	34	13,9
3 a 5 anos	53	21,7
> 5 anos	81	33,2

sica ou mental. Cerca de dois terços sentem-se inseguros em andar no centro à noite. A maioria não conta com amigos ou parentes vivendo nas proximidades e não identificam instituições com que possam contar caso tenham algum problema. No albergue, 40% identificam as assistentes sociais como pessoas que os apoiam, enquanto 22% dizem não poder contar com ninguém, mas 60% afirmam sentir-se bem no albergue.

A situação de saúde e a exposição à violência estão apresentadas na Tabela 4. A maioria dos entrevistados considera seu estado de saúde regular ou ruim, porém 45% referem ter saúde boa ou muito boa. Apenas 30% consideram que suas condições de saúde interferem com as atividades cotidianas. A vivência de agressões no último mês foi referida por 46% dos entrevistados, dos quais 16% relataram agressões física ou sexual, no próprio albergue ou na rua. As agressões foram cometidas por albergados ou outras pessoas em situação de rua. Cerca de 10% referiram ter sofrido agressões por parte da polícia.

Quanto a exposições de risco: 57% são fumantes; 34% consomem álcool, dos quais 18% relataram o consumo de mais de três doses por vez e 19% responderam afirmativamente a três ou quatro questões do CAGE⁴ (consumo de risco). Cerca de um terço referiu já ter usado maconha; 10% a 14% referiram o uso de cocaína inalada, crack, anfetamina; 8% relataram o uso de lança perfume, cola, *loló* e outras drogas inaladas; 5% referiram o uso de drogas injetáveis, LSD ou ecstasy.

A Tabela 5 apresenta o acesso aos serviços de saúde. A maioria dos entrevistados procura sempre o mesmo serviço e dois terços procuram unidades básicas de saúde. Só 20% referiram procurar pronto-socorro quando têm problemas de saúde. Cerca de 42% relataram problemas de saúde na semana anterior à entrevista. Destes, 62% buscaram atendimento em um serviço de saúde e 95% conseguiram ser atendidos. Os serviços mais procurados foram as unidades básicas de saúde. Apenas 19% procuraram pronto-socorro. A maioria avaliou o atendimento recebido como bom ou muito bom (84%).

Dentre os que tiveram problemas de saúde, mas não procuraram atendimento, 43% consideraram desnecessário e 22% recorreram à automedicação. Apenas 5% referiram falta de dinheiro e 8% alegaram que o atendimento seria demorado.

As internações hospitalares foram referidas por 21% dos entrevistados e 7% nunca foram a uma consulta odontológica. Dos demais, 49% tinham tido

4 O Instrumento CAGE (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener) é utilizado como screening para abuso ou dependência de álcool (CASTELLS; FURLANETTO, 2005).

Tabela 3: Discriminação, vizinhança e rede de suporte social, indivíduos albergados vivendo no centro do município de São Paulo, 2008

Variáveis	Número	%	Variáveis	Número	%
Percepção de preconceito/discriminação			Segurança para andar a pé quando escurece		
Sim	212	85,8	Sim	82	34,7
Não	35	14,2	Não	154	65,3
Motivos do preconceito/discriminação			Sente-se bem no albergue		
Por viver na rua	189	89,2	Sim	146	59,6
Aspecto físico/higiene	128	60,4	Não	99	40,4
Incapacidade física/mental	108	50,9	Parentes ou amigos morando perto		
Cor ou raça	77	36,3	Sim	67	27,1
Idade	77	36,3	Não	180	72,8
Orientação sexual	61	29,3	Com quem pode contar quando precisa de ajuda		
Outro	57	27	Serviços de proteção social do governo	95	38
Local onde ocorre discriminação			Serviços de saúde	68	27,1
Ruas, praças e outros locais públicos	184	87,6	Instituições sociais como igrejas, ONGs, e outras	57	22,7
Restaurantes	138	65,7	Amigos	55	21,9
Lojas e outros estabelecimentos comerciais	117	55,7	Parentes	28	11,2
Bancos e estabelecimentos financeiros	111	53,4	Quem o apóia no albergue		
Local de trabalho	100	47,4	Assistente social	99	41,6
Albergue	99	47,4	Outros funcionários	38	16
Locais de lazer	88	42,5	Colegas	20	8,4
Serviços de saúde	72	34,3	Diretores	10	4,2
			Ninguém	52	21,8

uma consulta odontológica há três anos ou mais e 26% há menos de um ano. Cerca de dois terços das mulheres referiram um exame de Papanicolaou nos últimos três anos e 42% referiram mamografia nos últimos dois anos.

Discussão

O perfil sociodemográfico dos indivíduos pesquisados é semelhante ao do último censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo. Esse grupo populacional é predominantemente mascu-

lino, com média de 40 anos, “não brancos”, com escolaridade até o ensino fundamental e oriundos do Sudeste, particularmente do estado de São Paulo (São Paulo, 2012). Perfis semelhantes são relatados em estudos realizados em cidades canadenses, em Glasgow, na Escócia, e em Los Angeles, nos Estados Unidos (Hwang et al., 2009; Morrison, 2009; Teruya et al., 2010; Palepu et al., 2012).

Mesmo quando comparados às populações socialmente mais vulneráveis residindo no centro da metrópole, o grupo dos indivíduos em situação de rua mostrou condições de extrema vulnerabilidade

Tabela 4: Estado de saúde, violência, uso de álcool, drogas e tabaco, indivíduos albergados vivendo no centro do município de São Paulo, 2008

Variável	Número	%	Variável	Número	%
Estado de Saúde auto referido			Consumo semanal de alcool		
Muito bom	25	10	Nunca	161	65,7
Bom	88	35	< 1 vez	24	9,8
Regular	87	34,7	1 a 2 vezes	23	9,4
Ruim	51	20,3	3 ou mais vezes	37	15,1
Problemas de saúde interferem nas atividades cotidianas			Doses de álcool consumidas a cada vez		
Sim	73	29,3	1	20	8
Não	176	70,7	2 a 3	19	7,6
Agressão no último mês			> 3		
Verbal	76	30,3		46	18,3
Física	38	15,1	Teste CAGE		
Sexual	1	0,4	1 ou 2 respostas positivas	25	10
Local da agressão			3 ou 4 respostas positivas		
Rua	42	45,7		48	19,2
Albergue	42	45,7	Uso de drogas na vida		
Bar	5	5,4	Maconha	68	27,5
Outros	20	21,7	Cocaína inalada	34	13,7
Agressor			Crack	32	12,9
Outro albergado	32	35,2	Anfetaminas	26	10,5
Outra pessoa em situação de rua fora do albergue	24	26,4	Lança perfume, cola, etc...	20	8,1
Polícia	9	9,9	Injetáveis	12	4,8
Empregados de estabelecimentos comerciais	4	4,4	LSD	10	4
Outro	32	35,2	Ecstasy	10	4
Consumo diário de cigarros			Uso de drogas nos últimos 6 meses		
Nenhum	106	42,6	Maconha	16	6,4
1 a 10	86	34,3	Cocaína inalada	7	2,8
> 10	57	22,7	Crack	8	3,2
			Anfetaminas	4	1,6
			Lança perfume, cola, etc...	1	0,4
			Injetáveis	1	0,4
			LSD	1	0,4
			Ecstasy	1	0,4

e exclusão social. Eles têm precária inserção no mercado de trabalho, caracterizando-se por trabalhos eventuais e desocupação. Entre aqueles que auferiam alguma renda mensal, grande parcela vivia com menos de meio salário mínimo. Esses dados são compatíveis com aqueles observados no censo e em estudos realizados em outros centros urbanos (São Paulo, 2012; Teruya et al., 2010; Palepu et al., 2012).

Pequena parcela dos entrevistados apresentou motivos circunstanciais para estarem albergados, tais como tratamento de saúde na capital ou trabalhos temporários. A maioria atribuiu sua condição a problemas de ordem econômica ou afastamento/ausência de relações familiares motivados por desavenças, desemprego e uso de álcool ou drogas. Motivos semelhantes aparecem em estudos reali-

Tabela 5: Acesso e utilização de serviços de saúde, indivíduos albergados e moradores em setores censitários com vulnerabilidade social, área central do município de São Paulo, 2008

Variável	População em situação de rua		Moradores com vulnerabilidade social	
	Número	%	Número	%
Serviço que procura quando está doente*				
Centro de Saúde	141	59,2	143	29,4
Pronto Socorro	50	21	141	29
Ambulatório	29	12,2	63	12,9
Outros	18	7,6	140	28,7
Procura sempre o mesmo serviço				
Sim	192	80,7	390	80,1
Não	46	19,3	77	15,8
Problema de saúde na última semana ***				
Sim	106	42,4	243 ⁺	49,9
Não	144	57,6	244 ⁺	50,1
Procurou serviço de saúde**				
Sim	66	62,3	182	74,9
Não	40	37,7	61	25,1
Foi atendido				
Sim	63	95,5		
Não	3	4,5		
Serviço procurado*				
Centro de Saúde	36	56,3	56	30,8
Ambulatório	13	20,3	42	23,1
Pronto socorro	12	18,8	28	15,4
Outros	3	4,7	55	30,2
Motivos para não procurar serviço				
Não achou necessário	16	43,2	19	31,1
Tomou remédio por conta própria	8	21,6	18	29,5
Motivos para não procurar serviço				
Achou que o atendimento seria demorado	3	8,1	4	6,6
Não tinha dinheiro	2	5,4	1	1,6
Outro	8	21,6	19	31,1
Considerou o atendimento recebido				
Bom ou muito bom	53	84,1	134	73,6
Regular	7	11,1	32	17,6
Ruim ou muito ruim	3	4,8	14	7,7
Internação hospitalar no último ano*				
Sim	52	20,9	10	5,5
Não	197	79,1	172	94,5
Última consulta odontológica*				
Há menos de 1 ano	63	25,7	217	44,6
De 1 a 2 anos	44	18	107	22
3 ou mais anos	120	49	150	30,8
Nunca foi ao dentista	18	7,3	10	2,1
Exame Papanicolau últimos 3 anos*				
Sim	48	63,2	219	78,8
Não	28	36,8	58	21,2
Mamografia últimos 2 anos				
Sim	32	42,1	113	40,6
Não	44	57,9	162	58,3

+ nos últimos 30 dias

* $p < 0,001$; ** $p < 0,050$; *** $p = 0,053$

zados em outras cidades (Editorial, 2008; Palepu et al., 2012; Hudson et al., 2010).

A percepção de discriminação é extremamente alta no grupo em situação de rua, superando amplamente a referida por moradores com vulnerabilidade social (16%) vivendo no centro da metrópole. Dentre os motivos assinalados, o grupo identifica sua própria condição de viver na rua como o principal motivo de discriminação. A ele se sobrepõem outras formas de discriminação racial, geracional e de orientação sexual. Milburn et al. (2010) estudaram adolescentes em situação de rua em Los Angeles, encontrando valores de discriminação racial variando entre 12% em brancos e 42% entre imigrantes latinos. No grupo estudado a discriminação racial foi apontada por 36% dos entrevistados.

Cerca de um terço dos entrevistados sentiram-se discriminados nos serviços de saúde. Embora a proporção seja alta, foi a menor dentre os locais investigados. Em Toronto, houve relato de discriminação nos serviços de saúde por 40% dos albergados entrevistados (Khandor et al., 2011).

A sensação de insegurança nas ruas da cidade é, de fato, alta entre esse grupo que vive nas ruas (65%), no entanto bastante inferior ao referido pelos moradores com vulnerabilidade social (96%) ou moradores sem vulnerabilidade social (78%).

Boa parte dos entrevistados vive só e, quando há companhia, não há parentesco. Muitos deles referem ter filhos, com os quais não mantêm contato nem esporadicamente. São poucos os que participam de atividades políticas e sociais promovidas por entidades voltadas para essa população.

Os entrevistados destacam os assistentes sociais, que trabalham nos albergues, como as pessoas com quem podem contar caso tenham problemas ou dificuldades no cotidiano. Em pesquisa realizada em quatro cidades canadenses, os autores identificaram percepções conflitantes entre aspectos negativos e positivos relacionados aos albergues entre os participantes. Entre os aspectos negativos apareciam as restrições impostas pelos regulamentos, conflitos com as equipes, falta de privacidade e interferência em aspectos da vida cotidiana. Como aspectos positivos foram mencionados ter um teto, ou seja, estar abrigado (Palepu et al., 2012).

A ausência ou precariedade desses vínculos sociais tem efeitos deletérios sobre a saúde física, mental e sobre a probabilidade de sofrer novas agressões (Hwang et al., 2009). Viver na rua significa um acúmulo de desvantagens que se traduzem em maior discriminação social, ausência ou precariedade de vínculos, sensação de insegurança, ausência de confiança nas pessoas e instituições, exposição a inúmeras situações de risco para a saúde, comportamentos não saudáveis, maior possibilidade de mortalidade e esperança de vida menor (Morrison, 2009; Dibben et al., 2011).

Expressiva parcela do grupo em situação de rua (55%) considerou sua saúde regular, ruim ou muito ruim, refletindo as precárias condições de vida. Comparativamente aos moradores do centro, tanto em áreas sem quanto em áreas com vulnerabilidade social, esse grupo referiu maior proporção de indivíduos com saúde regular, ruim ou muito ruim (18% e 39%, respectivamente). Em amostra dos albergados da cidade de Ghent, na Bélgica, 40% referiram estado de saúde regular, ruim ou muito ruim, comparativamente a 34% da população geral (Verlinde et al., 2010).

A violência física soma-se às violências impostas por ações preconceituosas e pela discriminação sofrida no cotidiano das pessoas em situação de rua. A violência física sofrida nos logradouros, muitas vezes se repete nos espaços institucionalizados, como albergues, não restando a essas pessoas espaços seguros que garantam sua integridade física e mental.

A proporção de fumantes é alta superando a observada entre os moradores com vulnerabilidade social (50%). Já a proporção dos que referem consumo de álcool é inferior para o grupo em situação de rua (34% *versus* 52%), entretanto, o consumo de risco é quase três vezes mais frequente nesse grupo. O consumo, na vida, de drogas ilícitas é muito mais frequente entre o grupo em situação de rua, para todas as drogas consideradas.

Em uma amostra de pessoas em situação de rua em Toronto, registrou-se 36% de uso de álcool, taxa semelhante à observada em São Paulo; e 46% de uso de drogas, taxa maior do que a relatada neste estudo (Hwang et al., 2009). Em quatro estudos realizados em Detroit, o abuso do álcool foi

referido em 11% dos adolescentes, chegando a 57% entre os idosos. O uso de drogas variou de 19%, entre adolescentes, a 56%, nos idosos (Tompsett; Fowler; Toro, 2009). As diferenças podem ser atribuídas a diferentes fatores, como a possibilidade de omissão de informação em São Paulo, visto que o consumo é considerado crime no Brasil, o menor acesso, dado o custo de aquisição, ou, ainda, o viés amostral pela inclusão exclusiva de albergados no presente estudo.

Gelberg, Andersen e Leak (2000) propuseram um modelo comportamental para populações vulneráveis que pode ser útil na análise do acesso a serviços de saúde. Nesse modelo o acesso é visto como a resultante de fatores predisponentes que determinam a propensão a buscar serviços; facilitadores ou inibidores do acesso e uso dos serviços buscados; e necessidades de saúde que determinam a busca por cuidado. O conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo, destacando-se três dimensões: disponibilidade - oferta; acessibilidade - organização do serviço; e aceitabilidade - satisfação do usuário (Aday; Andersen, 1992; Frenk, 1992; Bronfman et al., 1997; Hortale; Pedroza; Rosa, 2000; Mendoza-Sassi; Bérua, 2001; Travassos; Martins, 2004; Marsiglia; Carneiro Junior, 2009).

A propensão em buscar serviços habitualmente aumenta com a idade, é menor nos homens e maior entre indivíduos com menor escolaridade e menor renda para serviços curativos, mas, para esse mesmo grupo, a busca para práticas preventivas é menor. A percepção de discriminação, a pouca ou nula confiança nas instituições e a precariedade dos vínculos sociais nesse grupo podem funcionar como fatores que dificultariam a busca efetiva por serviços de saúde. Por outro lado, a existência de um sistema público com acesso universal e grande ênfase na atenção primária poderia facilitar o acesso e uso de serviços, mesmo por grupos marginalizados. Finalmente, as necessidades de saúde expressas pelo estado de saúde auto referido, pela exposição a situações de agressão, pelo uso de drogas, de álcool e de tabaco, pressupõem a necessidade de uma busca maior pelo cuidado.

O tipo de serviço mais procurado pelos albergados foram as unidades básicas de saúde e as unidades de emergência, sendo que as unidades

básicas foram referidas duas vezes mais pelo grupo em situação de rua em comparação aos moradores com vulnerabilidade social. Cerca de 80% referiram buscar sempre os mesmos serviços quando apresentam um problema de saúde, não diferindo neste aspecto do comportamento referido pelos moradores com vulnerabilidade social. Esses dados divergem dos dados prevalentes na literatura que apontam exatamente a baixa utilização da atenção básica no grupo em situação de rua e o uso quase exclusivo de serviços de emergência. Mesmo no Reino Unido, que conta com um sistema nacional de saúde, foram identificadas barreiras no acesso desse grupo populacional aos *GP*s (Clínicos Gerais). Entretanto, albergados da cidade de Ghent, na Bélgica, também consultaram mais frequentemente um *GP* do que um serviço de emergência, em consonância com este estudo (Verlinde et al., 2010).

A prevalência de problemas de saúde na semana anterior à entrevista, nos albergados de São Paulo, foi extremamente alta, atingindo cerca de 42% dos entrevistados (três vezes maior do que o observado nos moradores com vulnerabilidade social). Essa prevalência alta é esperada para os albergados dadas as precárias condições de vida e as inúmeras exposições nocivas deste grupo.

Aproximadamente 40% dos indivíduos que referiram ter tido um problema de saúde não procuraram atendimento, entre aqueles em situação de rua. Os motivos alegados foram uso de automedicação e não considerar necessário a busca por atendimento. Para o grupo de moradores em área com vulnerabilidade social a proporção de não procura foi menor (25%) mas as razões alegadas foram semelhantes. Provavelmente, a menor taxa de procura pelo grupo em situação de rua revela menor valorização dos problemas de saúde, atitude fatalista diante dos problemas de saúde, falta de conhecimento dos próprios direitos em relação ao uso de serviços, atitude de evitação diante de experiências anteriores de discriminação e preconceito, menor pressão por solução decorrente da não inserção no mundo do trabalho, predomínio de homens nesse subgrupo populacional. Dados semelhantes foram observados entre albergados em Toronto (Khandor et al., 2011).

Quando se explora a dimensão “saúde e serviços” no censo de população em situação de rua, a maioria dos entrevistados revela não ter problemas de saúde, embora destaquem agravos relacionados a quedas, brigas e atropelamentos e também problemas respiratórios. É frequente a menção de utilização do pronto-socorro para essas situações (São Paulo, 2012). Os dados não são coincidentes com os encontrados na pesquisa, provavelmente por diferenças metodológicas na formulação das questões ou ainda pela existência de diferenças entre as pessoas em situação de rua, albergadas ou não.

Dentre os que procuraram serviços de saúde, 95% foram atendidos, demonstrando, assim, que, apesar dos fatores de barreira, os indivíduos tiveram acesso. Essa alta taxa de atendimento pode refletir maior facilidade de acesso para indivíduos albergados, supondo a intermediação dos funcionários e profissionais do albergue na obtenção do cuidado. Para os que foram atendidos, o atendimento recebido foi considerado bom ou muito bom em 84% dos casos. Esse alto grau de satisfação pode decorrer do simples fato de ter conseguido o atendimento ou ainda significar um menor nível de expectativa por parte desses indivíduos, sugerindo padrões menos exigentes.

As taxas de internação no último ano também foram altas para uma população composta fundamentalmente por adultos de 40 a 59 anos, refletindo, mais uma vez, as necessidades de saúde intimamente relacionadas com as precárias condições de vida desse grupo populacional. Vários autores mencionam o maior risco de internação e a maior permanência para pessoas em situação de rua, inclusive entre jovens (Hudson et al., 2010; Baggett et al., 2010). A existência de um sistema público de saúde com cobertura universal e oferta de serviços em todos os níveis de complexidade pode garantir o acesso mesmo de grupos com maior grau de exclusão social.

Quanto ao acesso ao atendimento odontológico, chama a atenção a proporção de pessoas que nunca receberam esse tipo de atendimento, sendo quase 4 vezes maior entre os albergados em comparação aos moradores em áreas com vulnerabilidade social. Entretanto, essa proporção é menor do que a observada para a população

brasileira no mesmo ano, provavelmente em função da grande oferta de serviços na cidade de São Paulo e a existência de atenção odontológica nas unidades básicas de saúde (Peres et al., 2012). Quanto ao tempo em relação à última consulta, a situação da população brasileira é bem semelhante à observada entre os moradores de áreas com vulnerabilidade social na cidade de São Paulo. O grupo em situação de rua apresenta situação pior nesse aspecto, uma vez que praticamente 50% refere a última consulta há três ou mais anos. Um inquérito nacional com pessoas adultas em situação de rua, nos Estados Unidos, encontrou 41% de necessidades insatisfeitas no atendimento odontológico (Baggett et al., 2010).

O acesso aos exames preventivos para câncer de mama foi semelhante nas mulheres do grupo vivendo em situação de rua e moradoras em áreas com vulnerabilidade social, no centro de São Paulo. Para o câncer de colo a prevalência do exame foi menor nas mulheres em situação de rua. Para o mesmo ano, na população de mulheres brasileiras com 25 anos ou mais, as taxas de exame de Papanicolaou e mamografia foram 70% e 55% respectivamente. Entre as mulheres em situação de rua vivendo na região central da cidade de São Paulo, as proporções foram inferiores à taxa média nacional.

O foco nas especificidades desse grupo e em suas diferenças internas, parece ser o melhor caminho à compreensão das suas necessidades. A consideração das especificidades permitiria vislumbrar as complexas necessidades e a criação de projetos que contemplassem a integralidade como eixo norteador das ações em saúde e dos serviços sociais visando maior inclusão social.

As políticas de assistência social e saúde exigem do poder público: flexibilidade nos modos de observar e compreender essa diversidade; contemplar a participação, em sua concepção, dos vários segmentos sociais interessados; e implementação de ações e serviços que permitam incorporar as diversas necessidades de saúde, tais como, violências em ambientes públicos ou na vida privada, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas e respiratórias, doenças mentais, entre outras (Nakamura, 1996; Carneiro Junior; Silveira, 2003; Silveira et al., 2009).

O Decreto nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, vai ao encontro da incorporação dessa especificidade, tendo como referencial a equidade, quando diz que um dos seus princípios é o “respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência” (Brasil, 2009).

A implementação dessa política exigirá do Estado e da sociedade civil esforços para a superação dessa realidade social, enfrentando obstáculos de várias dimensões, como a própria dinâmica de vida desses indivíduos, as precárias inserções sociais, as relações sociais fragmentadas e não solidárias, as frágeis articulações intersetoriais, a capacidade da gestão pública, entre outras; limitando, portanto, a possibilidade da efetivação dessa política.

Referências

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: White, K. (Ed.). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, DC: OPAS, 1992. p. 604-613. (Publicación Científica, n. 534).

BAGGETT, T. P. et al. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *American Journal of Public Health*, Oxford, v. 100, n. 7, p. 1326-1333, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. “Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências”. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 2009. p. 16.

BRONFMAN, M. et al. Del “cuánto” el “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, México, DF, v. 39, n. 5, p. 442-450, 1997.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, 2003.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Caderno CRH*, Salvador, v. 10, n. 26/27, p. 19-40, 1997.

CASTELLS, M. A.; FURLANETTO, L. M. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent inpatients on hospital wards. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 54-57, 2005.

DIBBEN, C. et al. Differences in 5 year survival after a homeless or housed drugs-related hospital admission: a study of 15-30 years old in Scotland. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, London, v. 65, p. 780-785, set. 2011.

THE PLOS MEDICINE EDITORS. Homelessness is not just a housing problem. *PloS Medicine*, San Francisco, v. 5, n. 12, 2008. Editorial. Disponível em: < <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000003>>. Acesso em: dd mmm. aaaa.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. In: WHITE, K. (Ed.). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, DC: OPAS, 1992. p. 929-943.

FRÚGOLI JÚNIOR, H. *São Paulo: espaços públicos e interação social*. São Paulo: Marco Zero, 1995.

GELBERG, L.; ANDERSEN, R. M.; LEAK, B. D. The behavioral model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Service Research*, Chicago, v. 34, n. 6, p. 1273-1302, 2000.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesse e descentralização na análise de sistemas de saúde.

- Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.
- HUDSON, A. L. et al. Health-seeking challenges among homeless youth. *Nursing research*, New York, v. 59, n. 3, p. 212-218, 2010.
- HWANG, S. W. et al. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *Journal of Urban Health*, New York, v. 86, n. 5, p. 791-803, 2009.
- HWANG, S. W. et al. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American Journal Public Health*, Washington, DC, v. 100, n. 8, p. 1454-1461, 2010.
- KHANDOR, E. et al. Access to primary care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the street health survey. *Penn Medicine*, Philadelphia, v. 5, n. 2, p. 94, 2011.
- MARSIGLIA, R. M.; CARNEIRO JUNIOR, N. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: COHN, A. (org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 95-112.
- MARTINS, J. S. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.
- MENDOZA-SASSI, R.; BÉRUA, J. V. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, 2001.
- MILBURN, N. G. et al. Discrimination and mental health problems among homeless minority young people. *Public Health Reports*, Washington, DC, v. 125, p. 61-67, jan. 2010.
- MORRISON, D. S. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 38, n. 3, p. 877-883, 2009.
- NAKAMURA, E. Algumas considerações antropológicas sobre o processo de urbanização e suas consequências sobre a saúde mental das crianças. *Infância - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 52-56, 1996.
- NASCIMENTO, E. P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Cadernos CRH*, Salvador, v. 7, n. 21, p. 29-47, 1994.
- PALEPU, A. et al. Quality of life themes in Canadian adults and street youth: who are homeless or hard-to house: a multi-site focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 10, p. 93, ago. 2012.
- PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.
- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal; FUNDAÇÃO ESCOLA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA DE SÃO PAULO. *Censo da população em situação de rua da municipalidade de São Paulo (2011): principais resultados*. São Paulo, 2012.
- SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.; MARSIGLIA, R. M. (Org.). *Projeto inclusão social urbana: nós do centro: metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009.
- SILVEIRA, C.; AMARAL, D. P.; MARSIGLIA, R. M. Aspectos metodológicos sobre as intervenções junto aos segmentos sociais em situação de vulnerabilidade social: contribuição para a formação de redes sociais. In: SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.; MARSIGLIA, R. M. (Org.). *Projeto inclusão social urbana: nós do centro: metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009. pp. 45-59.
- TERUYA, C. et al. Health and health care disparities among homeless woman. *Women & Health*, Philadelphia, v. 50, n. 8, p. 719-736, 2010.
- TOMPSETT, C. J.; FOWLER, P.; TORO, P. A. Age differences among homeless individuals: adolescence through adulthood. *Journal of*

prevention & intervention in the community, New York, v. 37, n. 2, p. 86-99, 2009.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

VANNUCCHI, A. M. C.; BARROS, J. O. População em situação de rua: identificando necessidades para políticas públicas de inclusão social. In: SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.; MARSIGLIA, R. M. (Org.). *Projeto inclusão social urbana: nós do centro: metodologia de pesquisa*

e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009. p. 61-90.

VERLINDE, E. et al. Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. *BMC Health Services Research*, London, v. 10, p. 242, ago. 2010.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. São Paulo: Hucitec, 1992.

Autoria Grupal

Projeto de Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo

Maria Amélia Veras, Karina Ribeiro, Marta Andrade, Ting Ching, Cecília Proença, Karen Misawa, Maria Carolina Madi e Patrícia Marques - Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Social; Denise Andrade - Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão.

Contribuição dos autores

Barradas Barata foi responsável pela elaboração do texto e revisão final. Carneiro Junior e Silveira participaram da elaboração do texto. Ribeiro participou da elaboração do texto e na análise dos dados estatísticos. Os autores listados na seção "autoria grupal" participaram nas etapas da pesquisa e das discussões dos resultados.

Recebido: 14/02/2014

Reapresentado: 11/07/2014

Aprovado: 28/07/2014