



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

JOYCE VÂNIA RODRIGUES LOPES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA EM PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÕES DE
APOIO EM UMA CAPITAL BRASILEIRA**

**Goiânia
2019**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS
DE TESES E
DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

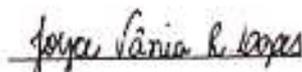
Nome completo do autor: Joyce Vânia Rodrigues Lopes

Título do trabalho: Sintomas depressivos e desesperança em pessoas em situação de rua atendidas em instituições de apoio em uma capital brasileira.

3. Informações de acesso ao documento:

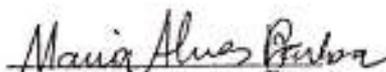
Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:



Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 26/ 02 /2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente
- Submissão de artigo em revista científica
- Publicação como capítulo de livro
- Publicação da dissertação/tese em livro

²A assinatura deve ser escaneada.

JOYCE VÂNIA RODRIGUES LOPES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA EM PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÕES DE
APOIO EM UMA CAPITAL BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Maria Alves Barbosa
Co-orientador: Prof. Dr. Marcos André de Matos

**Goiânia
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Vânia Rodrigues Lopes, Joyce

Sintomas depressivos e desesperança em pessoas em situação de rua atendidas em instituições de apoio em uma capital brasileira [manuscrito] / Joyce Vânia Rodrigues Lopes. - 2019.

CLI, 151 f.

Orientador: Profa. Dra. Maria Alves Barbosa; co-orientadora Dra. Marcos André de Matos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. População em situação de rua. 2. Sintomas depressivos. 3. Saúde mental. I. Alves Barbosa, Maria, orient. II. Título.

CDU 159.9

Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado realizada por **Joyce Vânia Rodrigues Lopes**. Aos vinte e nove dias do mês de janeiro de 2019, às 08:00 horas, reuniu-se na Sala de Defesa da Faculdade de Medicina/UFG, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA EM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM UMA CAPITAL BRASILEIRA", como parte de requisitos necessários a obtenção do título de Mestre, área de concentração DINÂMICA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. A Presidente da Comissão julgadora, Prof^a. Dr^a. **Maria Alves Barbosa**, iniciando os trabalhos concedeu a palavra à candidata, para exposição em até 50 minutos do seu trabalho. A seguir, a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se a ela igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultramada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada ou reprovada.

Banca Examinadora

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Prof^a. Dr^a. **Maria Alves Barbosa** - Presidente
Prof^a. Dr^a. **Lilian Varanda Pereira** – Membro
Prof. Dr. **Marcelo Medeiros** – Membro
Prof. Dr. **Marcos André de Matos** – Suplente

Aprovada
Reprovada
Aprovada
M. Barbosa

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Joyce Vânia Rodrigues Lopes** Habilitada () Não habilitada. Nada mais havendo a tratar, eu, Prof^a. Dr^a. **Maria Alves Barbosa**, levei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Assinatura:

Prof^a. Dr^a. **Maria Alves Barbosa** - Presidente
Prof^a. Dr^a. **Lilian Varanda Pereira** – Membro
Prof. Dr. **Marcelo Medeiros** – Membro
Prof. Dr. **Marcos André de Matos** – Suplente

M. Barbosa
L. Varanda
M. Medeiros
M. de Matos

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

Sintomas depressivos e desesperança em
peças em situação de rua atendidas,
em instituições de apoio em uma capital
brasileira

Joyce Vânia R. Lopes

Joyce Vânia Rodrigues Lopes

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): Joyce Vânia Rodrigues Lopes

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Alves Barbosa

Co-Orientador(a): Prof. Dr. Marcos André de Matos

Membros:

1. Profa. Dra. Maria Alves Barbosa (Presidente)

2. Profa. Dra. Lilian Varanda Pereira

3. Prof. Dr. Marcelo Medeiros

OU

4. Prof. Dr. Marcos André de Matos

Data: 29/01/2019

***Dedico este trabalho a todas as
pessoas especiais, que me apoiaram
durante esta caminhada.***

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que iluminou a minha caminhada e me deu coragem para enfrentar as adversidades que se apresentaram ao longo do caminho.

À minha família, grata pelo apoio e compreensão. Especialmente aos meus pais, que não mediram esforços para que esta etapa fosse concluída. Agradeço pelo amor incondicional, pelas palavras de incentivo e pelo apoio nas horas difíceis, nos momentos de desânimo e cansaço. Seus cuidados, carinho e apoio, me deram, em vários momentos, a força para seguir em frente e reforçaram a certeza de que eu não estava sozinha nessa caminhada.

Aos meus amigos e companheiro, com vocês as pausas entre uma página e outra de produção contribuíram com a melhoria de tudo que tenho produzido na vida.

À orientadora Professora Dra. Maria Alves Barbosa e ao coorientador Professor Dr. Marcos André de Matos, pelos ensinamentos, pela paciência e prestatividade.

À professora Dra. Lilian Varanda Pereira e ao professor Dr. Marcelo Medeiros pelas contribuições.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Ciências da Saúde, que fizeram parte da minha vida acadêmica e que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

Meus agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma fizeram esse momento valer a pena. Minha terna gratidão a cada um que colaborou para que este sonho pudesse ser concretizado! Esta caminhada não seria a mesma sem vocês!

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 SAÚDE MENTAL E CONDIÇÕES SOCIAIS | 19 |
| 1.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA..... | 21 |
| 1.3 SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO BRASILEIRO E POLÍTICAS PÚBLICAS | 26 |
| 1.4 SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA | 30 |
| 1.5 TESTES PSICOLÓGICOS COMO INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA | 34 |
| 2. OBJETIVOS | 37 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 37 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 37 |
| 3. MÉTODO | 38 |
| 3.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO | 38 |
| 3.2 PARTICIPANTES | 39 |
| 3.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 39 |
| 3.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 40 |
| 3.3 VARIÁVEIS..... | 40 |
| 3.3.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES..... | 40 |
| 3.3.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES | 41 |
| 3.4 INSTRUMENTOS | 41 |
| 3.5 COLETA DE DADOS | 43 |
| 3.6 TRATAMENTO DOS DADOS | 44 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS..... | 45 |
| 4. RESULTADOS | 46 |
| 5. DISCUSSÃO | 56 |
| 6. CONCLUSÕES | 66 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| REFERÊNCIAS | 70 |

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Análise descritiva de características sociodemográficas, procedência e planos de sair das ruas em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás,2017..... | 47 |
| Tabela 2. Uso de substâncias em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2017..... | 48 |
| Tabela 3. Análise descritiva de antecedentes de tratamento psicológico/psiquiátrico e ideação suicida em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2017 | 48 |
| Tabela 4. Análise descritiva dos escores de sintomas depressivos (BDI)..... | 48 |
| Tabela 5. Intensidade da sintomatologia depressiva em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017..... | 49 |
| Tabela 6. Análise bivariada dos potenciais fatores associados à sintomatologia depressiva moderada a grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017 | 49 |
| Tabela 7. Fatores independentemente associados à sintomatologia depressiva moderada e grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017 | 51 |
| Tabela 8. Análise descritiva dos escores de desesperança (BHS)..... | 51 |
| Tabela 9. Intensidade de desesperança em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017..... | 52 |
| Tabela 10. Análise bivariada dos potenciais fatores associados à desesperança moderada a grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017 | 52 |
| Tabela 11. Fatores independentemente associados à desesperança moderada a grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017..... | 54 |

| | |
|---|----|
| Figura 1. Análise de correlação entre a escala de depressão (BDI) e desesperança (BHS) em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017..... | 55 |
|---|----|

ANEXOS E APÊNDICES

| | |
|---|-----|
| Anexo I. Parecer Consubstanciado | 83 |
| Anexo II. Carta Acordo | 85 |
| Anexo III. Escala de Depressão de BECK – BDI | 86 |
| Anexo IV. Escala de Desesperança de BECK – BHS | 88 |
| Anexo V. Normas para publicação do periódico Revista de Saúde Pública | 89 |
| Anexo VI. Normas para publicação do periódico BMC Public Health..... | 102 |
| Anexo VII. Submissão do artigo 1 ao periódico Revista de Saúde Pública..... | 113 |
| Anexo VIII. Declaração de submissão do artigo 2 ao periódico BMC Public Health | 114 |
| Apêndice A. TCLE | 115 |
| Apêndice B. Questionário sócio demográfico, clínico e social..... | 117 |
| Apêndice C. Artigo 1 submetido ao periódico Revista de Saúde Pública..... | 118 |
| Apêndice D. Artigo 2 submetido ao periódico BMC Public Health | 128 |

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------|--|
| BDI | Inventário de Depressão Beck |
| BHS | Escala de Desesperança Beck |
| CAC | Casa de Acolhida Cidadã |
| CADÚnico | Cadastro Único de Programas Sociais |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| Centro POP | Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua |
| CFP | Conselho Federal de Psicologia |
| DP | Desvio padrão |
| FIPE | Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas |
| GTI | Grupo de Trabalho Interministerial |
| IC | Intervalo de Confiança |
| IIQ | Intervalo Interquartil |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros |
| LOAS | Lei Orgânica da Assistência Social |
| MDS | Ministério do Desenvolvimento Social |
| MNMR | Movimento Nacional dos Moradores de Rua |
| MNPR | Movimento Nacional da População de Rua |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OSC | Organizações da Sociedade Civil |
| ONGs | Organizações não Governamentais |
| PSR | População em Situação de Rua |
| RP | razão de prevalência |

| | |
|---------|---|
| RPaj | Razão de prevalência ajustada |
| rs | Análise de Correlação de Spearman |
| SATEPSI | Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos |
| SEMAS | Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia |
| SPSS | <i>Statistical Package of Social Science</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNODC | Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime |

Lopes, J.V.R. **SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA EM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDAS EM INSTITUIÇÕES DE APOIO EM UMA CAPITAL BRASILEIRA.** [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG); 2018. 151p.

A investigação da saúde mental na população em situação de rua, amplia a construção do conhecimento e pode contribuir, de forma significativa, para uma efetiva atenção à saúde destes indivíduos. Este estudo objetivou investigar desesperança e sintomatologia depressiva, moderada a grave, na população em situação de rua atendida em instituições de apoio, em uma capital brasileira do Brasil Central. Estudo transversal, analítico, realizado no período de julho a agosto de 2017, em duas unidades públicas municipais que prestam serviço especializado a esta população. A sintomatologia depressiva foi investigada por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a desesperança por meio da Escala de Desesperança de Beck (BHS). Foram realizadas análises bivariadas e múltiplas. As variáveis com valores de p menores que 0,20 na análise bivariada e idade, como potencial variável de confusão, foram incluídas em um modelo de Poisson multivariado com variância robusta. Para verificar a relação entre o BDI e BHS foi utilizada análise de correlação de *Spearman*. Participaram do estudo 132 pessoas, com média de idade de 37,4 anos. A maior parte dos participantes eram solteiros (57,6%), negros (82,6), heterossexuais (94,7%), naturais da região centro-oeste, do sexo masculino (78,8%), em situação de rua há 12 meses ou menos (70,5%) e com baixo nível de escolaridade, predominando menos de 8 anos de estudo formal (56,8%). O uso de substâncias foi manifestado pela maioria (92,4%). Ideação suicida (40,9%) e tratamento psicológico/psiquiátrico (47%) estiveram presentes em quase metade da amostra. Dentre os indivíduos em situação de rua investigados, 24,2% (IC95%: 17,7 – 32,2) e 49,2% (IC95%: 30,9-57,7) relataram desesperança e sintomatologia depressiva moderada a grave, respectivamente. Sintomatologia depressiva moderada a grave prevaleceu no sexo feminino (RP: 1,42; p= 0,048) e naqueles com orientação sexual homossexual ou bissexual (RP: 1,81; p= 0,001). Orientação sexual homossexual ou bissexual e religião foram estatisticamente associadas à sintomatologia moderada a grave. Praticar alguma religião foi considerado fator de proteção, e diminuiu em 32 % a chance do indivíduo apresentar sintomatologia depressiva moderada a grave, (RPaj: 0,68; IC 95%: 0,47-0,99). Já a orientação homossexual ou bissexual aumentou em 89% a probabilidade de apresentar sintomatologia depressiva moderada a grave (RPaj: 1,89; IC 95%: 1,18-3,04). Desesperança moderada a grave prevaleceu em mulheres (RP: 2,54; p= 0,001), nos indivíduos com ideação suicida (RP: 1,86; p= 0,048), e se mostrou menor naqueles que faziam uso

de álcool (RP: 0,49; p-valor: 0,019) ou tabaco (RP: 0,47; p= 0,018). Sexo, escolaridade, uso de tabaco e uso de crack foram estatisticamente associados à desesperança moderada a grave. Ser do sexo feminino elevou em 132% (RPaj: 2,32; IC 95%: 1,24-4,99) a chance do indivíduo apresentar desesperança moderada a grave. Ser usuário de tabaco diminuiu em 52% (RPaj: 0,48; IC 95%: 0,27-0,87) e ser usuário de crack ou similares aumentou em 154% (RPaj: 2,54; IC 95%: 1,25-5,17) quando comparado aos não usuários dessa substância. Aqueles com escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (RPaj: 2,72; IC 95%: 1,20-6,14) e maior que 12 anos de estudo (RPaj: 2,62; IC 95%: 1,31-5,25) apresentaram maior prevalência quando comparado aos indivíduos com escolaridade mais baixa (menor que 8 anos de estudo). Ainda, verificou-se uma correlação positiva moderada entre as duas escalas ($r= 0,525$; $p< 0,001$). Os elevados índices de sintomatologia depressiva moderada a grave e o índice considerável de desesperança moderada a grave apontam a necessidade de maior atenção ao aspecto mental da população em situação de rua. Índices mais acentuados em mulheres indicam que esta é uma parcela que demanda cuidados específicos às suas particularidades.

Palavras-chave: População em situação de rua, sintomas depressivos, saúde mental.

Lopes, J.V.R. **DEPRESSIVE SYMPTOMS AND HOPELESSNESS in HOMELESS SERVED IN SUPPORT INSTITUTIONS IN A BRAZILIAN CAPITAL** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG); 2018. 153p.

The investigation of the mental health in homeless, expands the construction of the knowledge and can contribute, in a significant way, to an effective attention to the health of these individuals. This study aimed to investigate the hopelessness and depressive symptomatology, moderate to severe, in the street population of a Brazilian capital of Central Brazil. A cross-sectional, analytical study carried out between July and August of 2017 in two municipal public units that provide specialized services to this population. The depressive symptomatology was investigated through the Beck Depression Inventory (BDI) and hopelessness through the Beck Despair Scale (BHS). Bivariate and multiple analyzes were performed. Variables with p-value less than 0.20 in bivariate analysis and age, as potential confounders, were included in a multivariate Poisson model with robust variance. Spearman correlation analysis was used to verify the relationship between BDI and BHS. A total of 132 people participated in the study, with a mean age of 37.4 years. The majority of the participants were single (57.6%), black (82.6), heterosexual (94.7%), natural of the central-west region, male (78.8%) 12 months or less (70.5%) and with a low level of education, with less than 8 years of formal education (56.8%) predominating. Substance use was manifested by the majority (92.4%). Suicidal ideation (40.9%) and psychological / psychiatric treatment (47%) were present at a significant level. Among the individuals in the street situation investigated, 24.2% (95% CI: 17.7 - 32.2) and 49.2% (95% CI: 30.9-57.7) reported hopelessness and moderate to severe depressive symptomatology, respectively. Moderate to severe depressive symptomatology prevailed in women (PR: 1.42, p = 0.048) and in those with homosexual or bisexual orientation (PR: 1.81; p = 0.001). Homosexual or bisexual sexual orientation and religion were statistically associated with moderate to severe symptomatology. Practicing some religion was considered a protective factor, and decreased by 32% the chance of presenting moderate to severe depressive symptomatology (RPaj: 0.68; 95% CI: 0.47-0.99). On the other hand, homosexual or bisexual orientation increased the probability of presenting moderate to severe depressive symptomatology by 89% (RPaj: 1.89, 95% CI: 1.18-3.04). Moderate to severe despair prevailed in women (PR: 2.54, p = 0.001), in individuals with suicidal ideation (RP: 1.86, p = 0.048), and was lower in those who used alcohol (RP: 0, 49; p-value: 0.019) or tobacco (RP: 0.47, p = 0.018). Sex, schooling, tobacco use and crack use were statistically associated with moderate to severe hopelessness. Being female increased 132% (RPaj: 2.32, 95% CI: 1.24-4.99) the chance of the individual presenting moderate to severe hopelessness. Being a tobacco user decreased by 52%

(RPaj: 0.48, 95% CI: 0.27-0.87) and being a crack or similar user increased by 154% (RPaj: 2.54, 95% CI: 1.25 -5.17) when compared to non-users of this substance. Those with education of 8 to 11 years of study (RPaj: 2.72, 95% CI: 1.20-6.14) and greater than 12 years of study (RPaj: 2.62, 95% CI: 1.31 -5.25) were more prevalent when compared to individuals with lower education (less than 8 years of schooling). Furthermore, a moderate positive correlation was observed between the two scales ($r = 0.525$, $p < 0.001$). The high rates of moderate to severe depressive symptomatology and the considerable index of moderate to severe hopelessness point to the need for greater attention to the mental aspect of the street population. More accentuated indexes in women indicate that this is a portion that demands care specific to their particularities.

Key words: Homeless, depressive symptoms, mental health

É inquestionável que a população em situação de rua (PSR) trata-se de uma problemática nacional visível, real e crescente. Também é indiscutível que, para a formulação de políticas públicas efetivas a qualquer população, se faz importante, primeiramente, um amplo conhecimento a respeito da mesma.

Conforme apontado pelo cenário literário, são recentes os estudos nacionais direcionados a esta população. A exposição a diversas vulnerabilidades influencia negativamente sua saúde como um todo, incluindo aqui, a saúde mental. Apesar da importância desta para a saúde geral do indivíduo, poucos estudos nacionais se propuseram a investigá-la na PSR. Assim, tornam-se pertinentes os estudos voltados à esta temática, a fim de apresentar um panorama que dê subsídios à formulação de políticas públicas e metodologias de ação efetivas e direcionadas às especificidades deste segmento populacional.

Neste contexto, a relevância deste estudo se dá na medida em que investiga os sintomas depressivos e desesperança na PSR atendida em instituições de apoio, bem como os fatores associados, em uma capital do Centro-oeste, não havendo, na literatura científica, registros relacionados.

O presente estudo se faz um dos componentes de uma investigação maior intitulada “Avaliação da situação de saúde da população em situação de rua de Goiânia, Brasil Central: elementos para o cuidado a grupos sociais vulneráveis”, e complementa o conhecimento a respeito da população estudada.

1.1 SAUDE MENTAL E CONDIÇÕES SOCIAIS

Ao longo da história o modelo de saúde evoluiu. Atualmente, parece existir um consenso no que tange à importância da assistência em saúde não considerar apenas os fatores biológicos, como nos primórdios, mas também os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como a subjetividade do indivíduo. A saúde deixou de ser compreendida apenas como a ausência de doença para ser compreendida sob o ponto de vista biopsicossocial, remetendo, assim, a uma produção de saúde integral mais efetiva (BRASIL, 2012; OMS, 2014).

Em 2001, uma importante publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental nova concepção, nova esperança – contemplou a compreensão de como a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais influenciam a saúde mental do indivíduo. O relatório ressalta que a compreensão da saúde mental é de suma importância no contexto geral da saúde, sendo impossível falar sobre esta e não falar sobre aquela, devido à interdependência existente entre ambas (OMS, 2001).

Fatores sociais como baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, desemprego, falta de suporte social e de moradia adequada estão associados a uma maior frequência de transtornos mentais. Assim, os mais empobrecidos e os carentes apresentam uma maior prevalência de perturbações mentais e comportamentais, sendo o stress, ansiedade, sintomas depressivos, desesperança, falta de autoestima e suicídio, alguns dos efeitos comumente identificados (OMS, 2001; BOTTI, CASTRO, SILVA, SILVA, OLIVEIRA, CASTRO & FONSECA, 2010b; KRAUSZ, CLARKSON, STREHLAU, TORCHALLA, LI & SCHUETZ, 2013; MADIANOS,

CHONDRAKI & PAPADIMITRIOU, 2013; SANTANA & ROSA, 2016; ROZE, VANDENTORREN, VAN DER WAERDEN & MELCHIOR, 2018).

No cenário social retratado acima, se encaixa a realidade vivenciada pela PSR (VARANDA & ADORNO, 2004; SILVA, 2009). Os poucos estudos nacionais e internacionais relacionados à saúde mental destes indivíduos, têm apontado para a vulnerabilidade e alto risco de desenvolverem transtornos mentais (COSTA, 2005; BRASIL, 2008b; KRAUSZ et al. 2013; MADIANOS, CHONDRAKI & PAPADIMITRIOU, 2013; SANTANA & ROSA, 2016; ROZE, VANDENTORREN, VAN DER WAERDEN & MELCHIOR, 2018). No que concerne à PSR brasileira, uma pesquisa nacional sobre PSR, realizada em 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), reforçou tal constatação, ao indicar que um dos problemas mais prevalentes foram os psiquiátricos/mentais (BRASIL, 2014a). Todavia, as políticas nacionais não contemplam tal problemática, parecendo desconsiderar os achados, no que tange a uma tratativa da situação.

Uma revisão narrativa das produções científicas nacionais, a partir de 2001, identificou que, os serviços de saúde mental apresentam dificuldades em estabelecer estratégias para o atendimento àqueles com sofrimento mental na rua e em inseri-los em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a rede socioassistencial, frequentemente, usada como porta de entrada (BORYSOW & FURTADO, 2013).

A Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), cuja qual é responsável pela pesquisa censitária e caracterização socioeconômica da PSR na cidade de São Paulo, registrou em 2015, um aumento de pessoas com problemas de saúde mental. Dentre os agravos de saúde mais mencionados estão depressão/"doenças dos nervos", aparecendo com mais frequência nos relatos do grupo feminino. Apesar da imprecisão da categoria depressão/"doença dos nervos", esta pode ser uma indicação da necessidade de se conhecer melhor o quadro de saúde mental da população estudada (FIPE, 2015).

O fato é que, a operacionalização de estudos com pessoas sem endereço fixo é complexa e reconhecida como um impasse às investigações de grande envergadura. Assim é que, o Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada (IPEA), fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o qual fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais, sugere que para contornar essa dificuldade iniciativas de âmbito municipal devem ser estimuladas. Assim, é possível que cada município conheça sua PSR e planeje suas ações de forma mais efetiva (NATALINO, 2016).

1.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O movimento de urbanização do Brasil, no século XX, gerou como consequência o crescimento das cidades e o agravamento das contradições sociais, refletidos na segregação do espaço urbano, violência, marginalização, desigualdade e exclusão social (BORGES, 2009; BRASIL, 2014a; BURMANN & CENCI, 2017).

O termo “exclusão social”, empregado de forma mais frequente no vocabulário das ciências sociais e senso comum a partir da década de 1990, apresenta uma diversidade de definições. A mais presente na literatura aponta para o enfraquecimento ou a ruptura dos laços sociais que ligam o indivíduo à sociedade e/ou a condição a que ele chega após tal ruptura (LEAL, 2009).

Um claro exemplo que remete à exclusão social é o fenômeno PSR, cujas causas, embora sejam multifatoriais, estão em sua maioria atreladas à estrutura da sociedade capitalista (CARVALHO, 2013).

Para a realização de um estudo sobre PSR, é necessário, primeiramente, atentar-se ao conceito e à nomenclatura utilizada para se referir a ela. Tal população já foi nomeada de diversas maneiras no decorrer da história, como por exemplo: mendigos, trecheiros, sofredores de rua, moradores de rua, população de rua, dentre outros (BEZERRA, FIRMINO, JAVARROTTI, MELO, CALHEIROS & SILVA, 2015a).

É fato que a nomenclatura utilizada e a forma como caracterizamos essa população não irá reduzir as desigualdades vivenciadas (PRATES, PRATES & MACHADO, 2011). Entretanto, o cuidado com a nomenclatura e com a definição visa também minimizar o preconceito sofrido bem como a

associação a ideias pejorativas que levem a uma visão distorcida em relação à PSR. Assim, vai além da intenção de denominá-la ou defini-la corretamente.

Historicamente, o termo mendigo foi bastante utilizado, sendo ainda muito empregado pelo senso comum. Porém, remete a uma noção pejorativa e estigmatizante. Além do mais, de acordo com o dicionário Michaelis (2017), mendigo significa aquele indivíduo que vive de pedir esmolas, e isto não corresponde à realidade vivenciada pela maioria das pessoas em situação de rua, conforme apontado pela pesquisa nacional sobre a PSR. De acordo com esta, menos de 16% desta população pede dinheiro para sobreviver (BRASIL, 2008a), sendo, portanto, um equívoco atribuir essa prática à maioria. Assim é que, “mendigo” não é a melhor nomenclatura para designar este grupo.

Outras nomenclaturas que já foram bastante utilizadas são “marginal” e “morador de rua”. Haja vista que, esta é uma população que vive à margem da sociedade, o termo marginal poderia sim ser utilizado, entretanto, ele é embutido de preconceitos, pois leva a uma imediata associação ao vandalismo, delinquência, banditismo e drogadição. Já a expressão morador de rua não contempla a totalidade da população, haja vista que, existem também aqueles que habitam instituições de acolhimento (CERQUEIRA, 2011).

A expressão “população de rua” parece ser mais apropriada do que os termos anteriores, sendo aceita por parte da própria PSR, o que pode ser constatado por meio do nome dado ao movimento social criado por ela, o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), destinado a lutar pela garantia dos seus direitos violados (CERQUEIRA, 2011). Entretanto, alguns autores preferem utilizar a nomenclatura população em situação de rua, por entenderem que estar na rua pode ser apenas um momento pelo qual estes indivíduos estão passando (BEZERRA et al. 2015a).

Além do dilema em relação à nomenclatura mais apropriada, outro desafio encontrado está na conceituação desta população, em virtude da heterogeneidade deste segmento (BUSCH-GEERTSEMA, CULHANE & FITZPATRICK, 2016). São pessoas com diferentes condições pessoais, modos de subsistência, tempo de permanência na rua, bem como imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e

psiquiátrico, entre outros. Esta grande diversidade dificulta a formulação de um conceito unidimensional (BRASIL, 2008b; 2011b).

Outra questão recorrente na literatura é a multiplicidade de fatores que conduzem um indivíduo à situação de rua, como: rupturas dos vínculos familiares; ausência de trabalho regular; ausência de renda, ou então renda insuficiente e uso frequente de álcool e outras drogas (SILVA, 2006; BRASIL, 2008b).

A Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), responsável pelo Censo da PSR em São Paulo, afirmou em seu relatório de 2015, a necessidade de critérios que permitam a identificação da PSR para que as pesquisas possam produzir dados fidedignos sobre a mesma, subsidiando políticas públicas efetivas direcionadas a ela (FIPE, 2015).

Assim, é importante frisar que para os fins deste estudo, será utilizada a nomenclatura “população em situação de rua”, e será considerada a mesma definição utilizada no âmbito do MDS, por tratar-se da definição oficial que orienta em âmbito nacional os programas, serviços e projetos destinados a esta população (BRASIL, 2008a; CORREIO & COSTA, 2014).

Portanto, considera-se que PSR é um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os espaços públicos e as áreas degradadas para fins de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento temporárias para pernoite ou como moradia provisória (BRASIL, 2008a; 2009b).

Uma quantidade significativa de indivíduos em situação de rua é encontrada no Brasil, apontando para uma marcante desigualdade e um crescente desafio ao poder público. Entretanto, é surpreendente a constatação de que até poucos anos atrás quase nada se sabia sobre esta população. Por muito tempo ela esteve desconhecida (para não dizer invisível) pelo governo e pela população no geral, como se tal fenômeno social não se configurasse em um problema coletivo (VÁZQUEZ, PANADERO & ZÚÑIGA, 2017).

Foi a partir de 1991, que algumas cidades brasileiras iniciaram seus estudos a fim de obter maior conhecimento a respeito de sua PSR. Tais

pesquisas permitiram concluir que se trata de um segmento populacional que vem crescendo consideravelmente a nível nacional e merece atenção do poder público (BRASIL, 2009a). Tal evolução numérica se confirma por dados concretos obtidos pelos poucos municípios que realizaram mais de um censo voltados a essa população, como São Paulo e Belo Horizonte (BRASIL, 2006; FIPE, 2015).

Apesar do aumento significativo em relação ao quantitativo de pessoas em situação de rua no decorrer dos anos, poucos são os estudos nacionais que abordam a saúde destes indivíduos, principalmente no que concerne à saúde mental.

O desconhecimento sobre as características próprias de uma determinada população se torna um empecilho para que as políticas públicas destinadas a ela sejam bem-sucedidas, além de alimentar o imaginário popular (de forma positiva ou negativa) em relação à mesma, reforçando estigmas propagados na sociedade.

A sociedade tem participação ativa no processo de formação do estigma (GOFFMAN, 1988; SIQUEIRA & CARDOSO, 2011). Para Goffman (1988, p. 6),

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.

Enquanto o pobre, na antiguidade, era visto como algo definitivo e de vontade divina, na contemporaneidade essa representação social se reconfigura, tornando-o, geralmente, um ser inferiorizado, desvirtuoso, incapaz, associado à vadiagem, criminalidade e vagabundagem (GUIMARÃES, 2016).

Consensualmente, a “pobreza” é permeada por concepções relacionadas a recursos financeiros e definida a partir da ausência destes e

de posses materiais. Concepções estas que se refletem inclusive em programas governamentais (GUIMARÃES, 2016), como no Plano Brasil Sem Miséria, instituído pelo Governo Federal, em 2011, por meio do Decreto nº 7.492, tendo como objetivo a superação da situação de extrema pobreza da população brasileira. Para tal, o MDS estabeleceu à época uma linha oficial, R\$ 70,00 per capita mensal, para definir famílias em situação de extrema pobreza e R\$ 140,00 para definir a pobreza (TRONCO & RAMOS, 2017; BRASIL, 2011a).

O próprio Estado efetuou uma busca ativa destas pessoas e as incluiu no Cadastro Único de Programas Sociais (CADÚnico), um cadastro da população brasileira de baixa renda, a partir do qual estas pessoas são inscritas em programas sociais, como o Bolsa Família (TRONCO & RAMOS, 2017), um programa federal de transferência de renda não contributivo direcionado a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, na tentativa de amenizar a situação vivenciada, a fome e promover a inclusão social (BRASIL, 2014b).

Em 2014, a redação dada pelo Decreto 8.232 passou a considerar em extrema pobreza a população com renda familiar per capita mensal de até R\$ 77,00, e em 2016, o Decreto 8.794, passou a considerar em extrema pobreza a população com renda familiar per capita mensal de até R\$ 85,00 (BRASIL, 2014a; 2016).

Em relação a esta linha estipulada pelo MDS, Tronco e Ramos (2017) apontam ressalvas em relação ao seu uso, uma vez que, ela é única para todo o país, não levando em consideração as diferenças existentes entre zonas rurais e urbanas, regiões metropolitanas e não metropolitanas, além de não existir regra estabelecida para a atualização dos valores.

Outra questão relevante é que, restringir a pobreza apenas ao fator financeiro é minimizar este fato social. É preciso também levar em consideração cultura, estruturas sociais, historicidade, representatividade, relações de igualdade ou diferenciação (GUIMARÃES, 2016). Assim, a pobreza precisa ser entendida como estado de limitação humana que inibe cidadãos de gozarem plenamente de sua cidadania quer seja no campo financeiro, social, cultural, educacional, político, religioso e produtivo (SEN, 2010 apud GUIMARÃES, 2016).

Portanto, é imprescindível compreender a pobreza e sua relação existencial, de forma ampliada, não se restringindo apenas ao campo financeiro-econômico. As condições enfrentadas pela PSR refletem de forma clara a pobreza no sentido ampliado do termo.

1.3 SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO BRASILEIRO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Apesar da PSR existir a muito tempo, a discussão sobre estratégias que garantam os direitos dessas pessoas é algo recente (CERQUEIRA, 2011). Foi somente a partir do final da década de 80, que o poder público iniciou reflexões sobre este segmento, e passou a incluí-lo como ponto de discussão na agenda de alguns governos municipais (FERRO, 2012).

São Paulo foi a primeira cidade a realizar levantamento sobre sua PSR, o que ocorreu em 1991. Já em 1997, foi aprovada a Lei Municipal nº 12.316/97, a primeira lei no país a reconhecer a PSR como um grupo com necessidades próprias a serem supridas pela responsabilidade pública, estabelecendo, assim, os direitos deste segmento. No mesmo ano foi aprovado o decreto regulamentador nº 40.232/01 que exigia que todo governo da cidade, durante seu mandato, deveria realizar o censo deste segmento populacional (BRASIL, 2009a).

A exemplo de São Paulo, Belo Horizonte, em 1998, se tornou a segunda cidade brasileira a realizar o censeamento. Na sequência, Porto Alegre e Recife também realizaram seus estudos próprios (BRASIL, 2009a).

Apesar dos avanços obtidos por esta população em relação à atenção pública, foi o assassinato de pessoas em situação de rua na Praça da Sé (São Paulo), em 2004, que ampliou a atenção voltada a ela. Este é apontado por alguns autores como um marco para a visibilidade de tal população e um impulso em relação à construção de políticas federais de inclusão social (BEZERRA et al. 2015a). Organizações sociais intensificaram as reivindicações por um papel ativo do poder público seguido de um processo nacional de articulação e organização das pessoas em situação de rua, impulsionando o surgimento do Movimento Nacional dos Moradores de Rua (MNMR), em 2005 (FERRO, 2012).

O MNMR conquistou avanços no cenário brasileiro, como a realização da primeira Pesquisa Nacional da População de Rua, em 2008, a participação no Conselho Nacional de Saúde, em 2013, no Conselho Nacional da Assistência Social, em 2014, e a implantação de seis Comitês Estaduais e Municipais da População em Situação de Rua, dentre eles o recente Comitê Estadual de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua de Goiás (BRASIL, 2014a).

Ainda em 2005, ocorreu em Brasília, o I Encontro sobre população em situação de rua, considerado um evento marcante para a relação entre o poder público e a população em questão. Representantes e entidades ligadas ao tema tiveram a oportunidade de discutir com membros do governo a temática PSR, considerando seus desafios, estratégias e recomendações para formulação de políticas públicas nacionais. Destacou ainda, como ação prioritária estudos destinados a quantificar e caracterizar socioeconomicamente tal população (já que o censo demográfico brasileiro não a contemplava pelo fato da coleta de dados ser com base domiciliar), de forma a orientar a elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas a mesma (BRASIL, 2008c; 2009a).

Mais um triunfo foi obtido em 2005, quando em 30 de dezembro a Lei Federal nº 11.258/05 alterou a redação do artigo 23 da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742/93, contemplando nos serviços da assistência social a criação de programas de amparo às pessoas que vivem em situação de rua (BRASIL, 2009a).

Em 25 de outubro de 2006 foi assinado pelo presidente da república, o decreto criando o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI). Formado por diversos ministérios, e contando com a participação ativa de representantes do MNPR, este grupo possuía como finalidade a elaboração de estudos e propostas de políticas públicas dirigidas à população em situação de rua (BRASIL, 2009a; FERRO 2012).

Foi entre agosto de 2007 e março de 2008, que se deu início a pesquisa nacional, promovida pelo MDS. Tal pesquisa buscou não somente quantificar, mas também identificar o perfil das pessoas em situação de rua, buscando conhecer, assim, aspectos considerados pertinentes para

subsidiar a construção de políticas públicas adequadas a esta população (BRASIL, 2008a, 2008c; 2009a).

O levantamento foi realizado pelo Instituto Meta em 71 cidades brasileiras (23 capitais e 48 municípios) com população superior a 300.000 habitantes (BRASIL, 2008a; 2008c; 2009a), sendo excluídos os municípios de Belo Horizonte, São Paulo e Recife, uma vez que haviam realizado estudos semelhantes recentes à época, e Porto Alegre, que estava conduzindo uma pesquisa municipal simultaneamente (BRASIL, 2008c).

Os resultados obtidos na Pesquisa Nacional apontam para semelhanças às pesquisas municipais supracitadas. Documentos oficiais chegam a estimar que, se considerado juntamente às pesquisas já existentes de outras cidades, existiria à época um número aproximado de 50.000 pessoas em situação de rua nas capitais, Distrito Federal e cidades com mais de 300 mil habitantes do Brasil (BRASIL, 2008a).

Porém, Cerqueira (2011) critica a junção dos dados, uma vez que, as pesquisas existentes foram realizadas por instituições distintas, em momentos diferentes, bem como utilizados metodologias e questionamentos diversos na fase de coleta de dados, o que impossibilita uma simples junção das informações para obtenção de um cenário mais amplo. Assim, diante dessas diferenças apontadas, e diante da não inclusão de todos os municípios brasileiros, também não seria possível saber ao certo quantas pessoas se encontram em situação de rua no Brasil.

De fato, a pesquisa nacional não permitiu a quantificação exata da população em situação de rua a nível nacional, porém não podemos desmerecer sua relevância, uma vez que diante de escassos estudos voltados a esta população, a pesquisa ampliou o pouco conhecimento existente.

Em 2009 ocorreu o II Encontro Nacional sobre população em situação de rua, bem como a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, por meio do decreto Nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009, e ainda a criação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, por meio da portaria nº 3305, de 24 de Dezembro. Ao Comitê foi atribuído o desafio de propor ações para garantir o acesso à atenção à

saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela PSR, além de colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde relacionadas a ela (BRASIL, 2012).

Em 2016, a LEI Nº 9.778, DE 29 DE MARÇO DE 2016, foi sancionada em Goiânia, dispendo sobre o Plano Municipal de Atenção à População em Situação de Rua. A lei compreendia dentre outras coisas, a implantação e manutenção pelo Poder Público Municipal dos Centros de Referência Especializada para a População em Situação de Rua - Centro POP (GOIÂNIA, 2016a).

Apesar dos avanços notórios, alguns autores tecem duras críticas às políticas públicas até então instituídas. O Brasil se vê marcado, historicamente, por uma atenção aos pobres centrada na caridade, assistencialismo e filantropia (BEZERRA et al. 2015a; CARVALHO, 2013), enquanto o que é preciso são ações intersetoriais, bem como programar políticas que estejam pautadas pelos conceitos de garantia de direitos humanos e inclusão social (CARVALHO, 2013; CORREIO & COSTA, 2014).

Além do mais, são necessárias reflexões sobre a dificuldade de acesso desse segmento aos projetos, aos programas e a outros serviços sociais da rede pública, diante do paradoxo que existe nos tempos atuais entre a conquista de direitos sociais e os entraves que impedem sua concretização. Exemplo disso é a exigência formal de documentos e endereço fixo, bem como a falta de habilidade e capacitação dos profissionais da rede de atendimento no âmbito da saúde para lidar com esse segmento (COSTA, 2005; CARVALHO, 2013).

Correio e Costa (2014) ao analisarem o cenário nacional em 2014, ano em que a Política Nacional para a População em Situação de Rua completou cinco anos, concluíram que apesar da mesma ter sido identificada por muitos como marco na transição da população em situação de rua para 'sujeitos coletivos de direitos', não se havia cumprido a maioria dos objetivos propostos.

Tal cenário, mesmo nos dias atuais, não parece ter sofrido muitas mudanças. Cabe destacar que o Estado de Goiás não possui um Censo sobre sua PSR, o que, por sua vez, prejudica sobremaneira a criação e efetivação de políticas públicas de atenção a esse importante grupo social

vulnerável. Ainda, as poucas estratégias existentes são, em sua maioria, assistencialistas, de cunho caritativo pelas Organizações não Governamentais (ONGs).

1.4 SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA

Para Beck e Alford (2011) os sintomas depressivos se encaixam em quatro principais aspectos:

1) emocionais: umas das queixas subjetivas mais comuns é o humor deprimido, manifestado por declarações como "eu me sinto infeliz", "eu só me sinto sem esperança", "estou desesperado", "estou preocupado com tudo". Outras manifestações envolvem sentimentos negativos em relação a si próprio, com alta frequência de baixa auto-estima, que pode ir do grau leve, onde o paciente se sente decepcionado com ele mesmo, passando pelo grau moderado onde o sentimento é mais forte podendo evoluir para a repulsa por si mesmo, e o grave que chega ao ponto em que o paciente se odeia; redução da satisfação que parece começar com algumas atividades e se difunde para praticamente tudo o que o paciente faz, inclusive a atividades biológicas como comer, atividade sexual; perda dos vínculos emocionais (sentimento ou interesse por outras pessoas); crises de choro que vão do grau leve, onde geralmente existe maior tendência ao choro, e podem chegar até ao estado grave, onde os pacientes que choravam com facilidade na fase anterior podem descobrir que não conseguem mais chorar, mesmo quando querem.

2) motivacionais: incluem paralisia da vontade, sendo que o grau grave remete a pacientes que não tem vontade de fazer nada, inclusive as coisas essenciais da vida; desejos de evitação, escapismo e retraimento que podem ir de uma forte inclinação para evitar ou adiar certas atividades até acentuado isolamento; desejos suicidas; dependência que pode ir do desejo de ser ajudado, orientado, apoiado até querer que alguém faça tudo por ele.

3) vegetativos e físicos: incluem perda de apetite, perturbação do sono, perda da libido, fadigabilidade.

4) cognitivos: incluem autoavaliação negativa (baixa autoestima, autodesvalorização); autorrecriminação e autocrítica, propensão a atribuir

ocorrências adversas a alguma deficiência em si mesmos; indecisão; distorção da imagem corporal e expectativas negativas, intimamente relacionadas aos sentimentos de desesperança. Estas expectativas negativas giram em torno da visão negativista que a pessoa tem de si mesma, se vendo como inadequado, indesejável e sem valor; visão negativista do mundo tendendo a interpretar suas experiências de forma negativista, e o mundo como obstáculo insuperável ao atingimento de seus objetivos de vida; e visão negativista do futuro.

Sintomas depressivos podem ser manifestados em diversos quadros clínicos, como por exemplo, em pacientes cujo diagnóstico primário é a esquizofrenia, transtorno de estresse pós-traumático, demência, alcoolismo, dentre outros (DEL PORTO, 1999; FIGUEIREDO, 2000; BRESSAN, 2000; ARAÚJO, PETRIBÚ & BASTOS, 2002; BERLIM, PERIZZOLO & FLECK, 2003; CARDOSO, CAIAFFA, BANDEIRA, SIQUEIRA, SILVA & FONSECA, 2007; SOUSA, PINHO & PEREIRA, 2017). Assim sendo, nenhum sinal ou sintoma psicopatológico é por si só, patognomônico. A depressão, por exemplo, como entidade nosológica específica, presume além dos sinais e sintomas característicos, outros aspectos consistentes, como por exemplo início, curso, duração e resultado, devendo preencher todos os critérios diagnósticos para tal (BECK & ALFORD, 2011).

A prevalência de sintomas depressivos no sexo feminino é algo notório e bem sedimentado na literatura científica nacional e internacional, indicando que mulheres têm sintomatologia depressiva mais intensa (FLECK, LIMA, LOUZADA, SCHESTASKY, HENRIQUES, BORGES & SUZI, 2002; MASSIE, 2004; LARA, NAVARRO, ACEVEDO, BEREZON, MONDRAGON & RUBI, 2004; NDUNA, JEWKES, DUNKLE, SHAI & COLMAN, 2010; ROMBALDI, SILVA, GAZALLE, AZEVEDO & HALLA, 2010; BATISTONI, NERI & CUPERTINO, 2010; RAMÍREZ & MARTÍNEZ, 2011; CUNHA, BASTOS & DUCA, 2012; OMS, 2014; COHEN, PASKULIN & PRIEB, 2015; FERREIRA, BICALHO, NEVES, MENEZES, SILVA, FAIER & MACHADO, 2016; CAMARGO, SIGNOR, BORTOLON, MOREIRA, FERIGOLO & BARROS, 2016). Entretanto, existem estudos que apontam não haver diferenciação em relação ao sexo (FORTES-BURGOS, NERI & CUPERTINO, 2008; ALVARENGA, OLIVEIRA, FACCENDA, CERCHIARI &

AMENDOLA, 2010; BRETANHA, FACCHINI, NUNES, MUNHOZ, TOMASI & THUMÉ, 2015).

A literatura também tem apontado para comorbidade entre sintomas depressivos e uso de drogas (ANDRADE & ARGIMON, 2006; FERIGOLO, STEIN, FUCHS & BARROS, 2009; MARCON, RUBIRA, ESPINOSA & BARBOSA, 2012; PEREIRA, MARQUES, HÜBNER & SILVA, 2014; MARCON, XAVIER, BARCELON, ESPINOSA & BARBOSA, 2014; CAMARGO et al. 2016).

Uma estreita relação entre menor nível educacional e maior nível de sintomas depressivos, bem como depressão, também tem sido apontada em estudos nacionais (BATISTONI, NERI & CUPERTINO, 2010; MINGHELLI, TOMÉ, NUNES, NEVES & SIMÕES, 2013; COHEN, PASKULIN & PRIEB, 2015; CAMARGO, SIGNOR, BORTOLON, MOREIRA, FERIGOLO & BARROS, 2016) e internacionais (LARA et al. 2004; RAMÍREZ & MARTÍNEZ, 2011; NGUYEN, TCHETGEN, KAWACHI, GILMAN, WALTER & GLYMOUR, 2017).

Já o envolvimento religioso/espiritual é tido como forte fator de proteção. Em uma meta análise, onde 147 estudos foram examinados, destaca-se a correlação negativa entre religiosidade e sintomas depressivos, assim, maior religiosidade está associada a menos sintomas (MOREIRA-ALMEIDA, NETO & KOENING, 2006).

Experenciar expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto se relaciona à concepção de desesperança (BECK, WEISSMAN, LESTER & TREXLER, 1974). O conceito de desesperança opõe-se ao conceito de esperança que por sua vez, relaciona-se com a vida e com expectativas positivas perante o futuro (HILLMAN, 2011).

A desesperança tem sido apontada como importante fator de risco para ideações e comportamentos suicidas. A falta de perspectiva e ausência de crenças positivas em relação ao futuro, podem elevar o risco do indivíduo experimentar o desejo de interromper sua vida. Quando essas percepções negativas, associam-se à ideação suicida, a morte pode ser vista como única saída (CASSARETTO & MARTÍNEZ, 2012; ARGIMON, LOPES, TERROSO, FARINA & COUTINHO, 2013; OMS, 2014; WANG, JIANG, CHEUNG, SUN & CHAN, 2015).

Alguns estudiosos consideram a desesperança um nexos causal entre depressão e suicídio (CUNHA, BASTOS & DUCA, 2012; MINKOFF, BERGMAN, BECK & BECK, 1973).

O estudo de Medeiros e Sougey (2010) com pacientes deprimidos mostrou que a desesperança foi o pensamento mais recorrente entre eles, com prevalência de 85,5%, seguido da ideação suicida, com 65,5%. Tais dados corroboram com o estudo conduzido por Argimon e colaboradores (2013), com pacientes internados por tentativa de suicídio, nos quais foram encontrados alto índice de depressão e alta índice de desesperança.

Quando existe um episódio depressivo, usualmente há presença de desesperança (BROWN & HARRIS, 1978 apud WHIPPLE, LEWIS, SUTTON-TYRRELL, MATTHEWS, BARINAS-MITCHELL, POWELL & EVERSON-ROSE, 2009), entretanto, desesperança não é critério diagnóstico para depressão. O indivíduo pode apresentar sentimentos de desesperança, sem haver critérios para depressão (GREENE, 1989 apud WHIPPLE, LEWIS, SUTTON-TYRRELL, MATTHEWS, BARINAS-MITCHELL, POWELL & EVERSON-ROSE, 2009).

Apesar de apontada como um dos pilares associados à depressão, a desesperança também pode estar amplamente associada a outras condições clínicas como por exemplo a esquizofrenia (BECK, WEISSMAN, LESTER & TREXLER, 1974; BECK, 1976).

Estudos apontam que alcoolistas apresentam maiores níveis de desesperança (CONNER, MC CLOSKEY & DUBERTEIN, 2008; SILVA, VENTURA, VARGENS, LOYOLA, ALBARRACÍN, DIAZ, FUNES, HERNÁNDEZ, TORRES & RODRIGUEZ, 2009; CALIXTO, 2014). No estudo de Calixto (2014) além do álcool, substâncias estimulantes também estiveram associadas a maior nível de desesperança.

São escassos os estudos relacionados à sintomatologia depressiva e desesperança na PSR. Especificamente, em relação aos sintomas depressivos, na PSR, foi identificado na literatura nacional apenas um estudo. O mesmo foi conduzido em Belo Horizonte, junto à população masculina e indicou alta prevalência de sintomas depressivos moderados a graves (BOTTI, CASTRO, SILVA, SILVA, OLIVEIRA, CASTRO & FONSECA, 2010a).

O levantamento literário também apontou um único estudo nacional, que traz considerações a respeito da desesperança na PSR. Realizado no Município de Ribeirão Preto, indicou que a maioria dos participantes apresentaram forte conteúdo discursivo de desesperança em relação a vida (FIORATI, CARRETA, KEBBE, CARDOSO & XAVIER, 2016).

1.5 TESTES PSICOLÓGICOS COMO INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E DESESPERANÇA

Os testes psicológicos são procedimentos sistemáticos que atuam como uma forma de obtenção de amostras de comportamento e informações relevantes a um contexto de avaliação psicológica, sendo instrumentos privativos de uso do Psicólogo (CFP, 2001; 2003a; 2003b).

Especificamente no Brasil, um dos princípios éticos básicos da Psicologia, trata-se da utilização, no contexto profissional, apenas dos testes psicológicos com parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia (CFP), ou seja, instrumentos aprovados pelo CFP, cujos quais se encontram listados no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI (CFP, 2013; REPPOLD, SERAFINI, RAMIRES & GURGEL, 2017).

A organização do SATEPSI se encontra descrita na Resolução CFP 002/2003 (CFP, 2003b), posteriormente alterada pela resolução CFP 005/2012 (CFP 2012), na qual também está definida e regulamentada o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos, bem como estipulado os requisitos técnicos e científicos que os testes devem apresentar para que possam ser reconhecidos como testes psicológicos em condições de uso (CFP, 2003b).

A busca por instrumentos de mensuração dos sintomas depressivos, no SATEPSI, apresentou três instrumentos que avaliam exclusivamente sintomas depressivos: Inventário de Depressão de Beck (BDI); Escala Baptista de Depressão - Versão Adulto; Escala de Pensamentos Depressivos.

Uma vez que o BDI é considerado padrão-ouro (GORENSTEIN & ANDRADE, 1998; CUNHA, 2001) e apontado como um dos instrumentos

mais utilizados para mensuração do construto (ELY, NUNES & CARVALHO, 2014), optou-se pela utilização do mesmo no presente estudo. Sem intenção de diagnóstico de quadros específicos, Beck e colaboradores, procuraram oferecer um guia para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos: mínimos, leves, moderados e graves (CUNHA, 2001), sendo este modelo um dos mais conhecidos e utilizados (MATOS & OLIVEIRA, 2013). Cada sintoma depressivo pode ter sua intensidade graduada, e as intensidades mais leves se assemelham aos fenômenos observados em indivíduos normais que se sentem tristes (BECK & ALFORD, 2011)

Já em relação à desesperança, a busca no SATEPSI resultou na Escala de Desesperança de Beck (BHS) como escala que avalia exclusivamente a desesperança, cuja qual também foi utilizada no presente estudo.

Tanto o BDI quanto a BHS compõem as Escalas Beck, um instrumento composto por quatro medidas escalares, indicadas para sujeitos de 17 a 80 anos de idade, que podem ser aplicadas isoladamente umas das outras, a saber: Inventário de Depressão de Beck (BDI); Escala de Desesperança de Beck (BHS), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Ideação Suicida (BSI).

O BDI foi originariamente criado por Beck e colaboradores, em 1961 (CUNHA 2001), e tem por objetivo medir a intensidade de sintomas depressivos, sendo um dos instrumentos de auto relato mais reconhecidos e mais utilizados no mundo (PARANHOS, ARGIMON & WERLANG, 2010). Não era intenção dos autores construir um instrumento para diagnóstico de quadros específicos, mas criar uma medida escalar, com itens descritivos de atitudes e sintomas depressivos que podem ser encontrados em diferentes categorias nosológicas. O inventário compreende 21 categorias de sintomas e atividades, com quatro alternativas cada. A soma dos escores identifica o nível da sintomatologia depressiva. Esse instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: zero a 11- mínimo; 12 a 19- leve; 20 a 35- moderado e 36 a 63- Grave (CUNHA, 2001).

Já a BHS, desenvolvida por Beck e colaboradores, em 1974, é uma escala dicotômica que engloba 20 itens consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. O indivíduo deve concordar ou

discordar da afirmação, permitindo-se avaliar a extensão das expectativas negativas que o paciente tem com respeito ao futuro imediato e remoto. A soma dos escores identifica o nível de desesperança. Esse instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: zero a 4- mínimo; 5 a 8-leve; 9 a 13- moderado e 14 a 20 - grave (CUNHA, 2001).

2.1 OBJETIVO GERAL

- Traçar o perfil epidemiológico da população em situação de rua com desesperança e sintomatologia depressiva moderadas a graves, atendida em instituições de apoio, em uma capital do Brasil Central.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar características sociodemográficas, clínicas e sociais da população estudada;
- Estimar a prevalência de sintomatologia depressiva e desesperança, moderadas a graves na população do estudo;
- Determinar os fatores associados à sintomatologia depressiva e à desesperança, moderadas a graves na população estudada;
- Correlacionar escores de sintomatologia depressiva e desesperança, moderadas a graves.

3.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo transversal, analítico, realizado no período de julho a agosto de 2017, em duas instituições geridas pela esfera pública municipal: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e Casa de Acolhida Cidadã (CAC). Ambas estão localizadas em uma capital do Centro-oeste brasileiro e prestam atendimento especializado às pessoas em situação de rua.

O Centro Pop está localizado no Setor Sul, no município de Goiânia, e possui funcionamento diurno. Foi criado em 2015, pela Secretaria Municipal de Assistência Social, levando em consideração as práticas de políticas públicas previstas no Decreto nº 7.053/2009, bem como a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Seus serviços incluem: alimentação, condições para que a realização de higiene pessoal, oficinas, rodas de conversa e atividades culturais com o objetivo de trabalhar a coletividade, subjetividade, fortalecimento da autoestima e autonomia (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2015).

A CAC, criada em 2007, pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia (SEMAS), abarca a função de abrigar, temporariamente, famílias e adultos em situação de rua. Localizada no Setor Campinas, no município de Goiânia, possui capacidade para atender em média 240 pessoas, para as quais oferta serviços que vão desde a provisão das necessidades básicas, como higiene pessoal, alimentação, pernoite com segurança, até o atendimento psicossocial (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2016b). O espaço é subdividido em duas alas: homens solteiros e mulheres solteiras/famílias.

A opção pela coleta de dados em instituições geridas pela esfera pública municipal deveu-se, principalmente, à facilidade de acesso à população a ser estudada, proporcionando contato direto com os possíveis

participantes e colaborando para a captação de sujeitos para a investigação. A população que faz uso destas instituições se enquadra na definição de PSR utilizada para fins deste estudo (BRASIL, 2008a; 2009b), e possui características semelhantes àqueles que estão nas ruas – uma vez que, os serviços institucionais são utilizados apenas temporariamente, e posteriormente o indivíduo retorna à rua. Outro fator decisório foi a flexibilidade de horários (matutino, vespertino, noturno), por parte das instituições, para a realização da coleta de dados. Além do mais, ambas já atuaram como parceiras do projeto, o que remete também à existência de relações já estabelecidas com a equipe institucional.

3.2 PARTICIPANTES

No presente estudo, a amostra por conveniência foi composta por 132 indivíduos, com idade de 18 a 80 anos, que se encontravam em situação de rua - de acordo com a definição utilizada neste estudo - e que faziam uso dos serviços das instituições selecionadas, no período de julho a agosto de 2017.

Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, divulgada em 2008, pelo MDS, afirmou que Goiânia possuía 563 pessoas em situação de rua, algo em torno de 0,045% do total de 1.244.645 habitantes da capital do Estado de Goiás (BRASIL, 2008a).

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na amostra os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios:

- Ser considerado indivíduo em situação de rua (Brasil, 2008a);
- Fazer uso dos serviços proporcionados pelas instituições alvo do estudo, no momento da coleta de dados;
- Ter idade maior que 18 anos de idade.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Como critérios de exclusão foram utilizados:

- Ter idade superior a 80 anos em virtude da indicação etária, constante no manual de orientação para aplicação das Escalas Beck;
- Demonstrar falta de compreensão em relação às questões que compõem os instrumentos.

3.3 VARIÁVEIS

3.3.1 Variáveis Dependentes

- Sintomatologia depressiva moderada a grave;
- Desesperança moderada a grave.

Optou-se por sintomatologia depressiva com intensidade moderada a grave pelos seguintes fatores: intensidades mais leves de sintomas depressivos se assemelham aos fenômenos observados em indivíduos normais que se sentem tristes (BECK & ALFORD, 2011); intensidade moderada a grave são aquelas que trazem mais prejuízos ao funcionamento do indivíduo. Enquanto os níveis de intensidade mínimo e leve correspondem a sintomas depressivos reduzidos, que interferem muito pouco no funcionamento da pessoa, as intensidades moderada e grave indicam um quadro mais intenso de sintomas e maior probabilidade de vir a se tornar um transtorno. Assim, níveis moderado e grave devem receber maior atenção, pois demandam intervenção mais imediata, podendo colaborar de forma preventiva (PARANHOS & WERLANG, 2009).

A mesma linha de raciocínio foi utilizada em relação à desesperança moderada a grave: quanto maior a intensidade dos sintomas mais prejuízos ao funcionamento do indivíduo.

3.3.2 Variáveis Independentes

- Idade em anos (menor que 30 anos, de 30 a 49 anos, maior ou igual a 50 anos);
- Sexo (masculino, feminino);
- Procedência (CAC, Centro Pop);
- Tempo em situação de rua - em meses (menos de 6 meses, de 6 a 12 meses, de 13 a 59 meses, maior ou igual a 60 meses);
- Região de naturalidade (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul, Outro país);
- Principal motivo que o levou a viver na rua (Problemas de saúde, Problemas familiares, Problemas financeiros ou desemprego, Uso de drogas, Escolha própria, Outros);
- Cor da pele (branca, preta, parda, outra);
- Religião (sim, não);
- Orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual);
- Estado civil (solteiro (a), casado (a)/união consensual, separado (a)/divorciado (a), viúvo (a));
- Escolaridade - em anos formais de estudo (menos de 8 anos, de 8 a 11 anos, igual ou maior a 12 anos);
- Consumo de drogas (Sim, Não);
- Tipo de droga (Maconha, Cocaína, Crack, Merla, Pasta Base, OXI, Cola/Solvente / Tiner, Lança-perfume, Álcool, Cigarro/Tabaco, Outra);
- Planos de sair da rua (Sim, Não);
- Tratamento Psicológico/ Psiquiátrico (Sim, Não);
- Ideação Suicida (Sim, Não).

3.4 INSTRUMENTOS

a) Questionário sócio-demográfico, clínico e social (Apêndice B)

Composto por 16 questões contemplando as variáveis independentes.

b) Inventário de Depressão Beck – BDI (Anexo III)

Escala sintomática de depressão, indicada para sujeitos de 17 a 80 anos, podendo ser autoaplicável ou via administração oral conduzida por um aplicador. Compreende 21 categorias de sintomas e atividades, com quatro alternativas cada. A soma dos escores identifica o nível da sintomatologia depressiva. Não era intenção dos autores construir um instrumento para diagnóstico de quadros específicos, mas criar uma medida escalar, com itens descritivos de atitudes e sintomas depressivos que podem ser encontrados em diferentes categorias nosológicas. Esse instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: zero a 11- mínimo; 12 a 19- leve; 20 a 35- moderado e 36 a 63- grave (CUNHA, 2001).

O instrumento tem por objetivo medir a intensidade de sintomas depressivos, sendo um dos instrumentos de auto relato mais reconhecidos e mais utilizados no mundo (PARANHOS, ARGIMON & WERLANG, 2010).

No presente estudo o resultado do coeficiente Alfa de Cronbach para o BDI foi de 0,84, sugerindo boa consistência interna.

c) Escala de Desesperança Beck – BHS (Anexo IV)

Escala dicotômica, que engloba 20 itens consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. O indivíduo deve concordar ou discordar da afirmação, permitindo-se avaliar a extensão das expectativas negativas que o paciente tem com respeito ao futuro imediato e remoto. A soma dos escores identifica o nível de desesperança. Os escores variam de 0 a 20 pontos. Esse instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: zero a 4 - mínimo; 5 a 8 - leve; 9 a 13 - moderado e 14 a 20 - grave (CUNHA, 2001).

No presente estudo o resultado do coeficiente Alfa de Cronbach foi de 0,77, indicando que este instrumento possui boa consistência interna.

3.5 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, as pessoas foram abordadas nas instalações das instituições que fizeram parte do estudo, sendo convidadas a responder a pesquisa de forma individual, e em espaço reservado.

Um texto de esclarecimento, contendo informações relativas à pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A - era inicialmente apresentado. O participante obtinha acesso aos instrumentos apenas após assinatura do TCLE. A aplicação total durou de 40 a 60 minutos com cada participante.

Premissas éticas promulgadas pelo CFP tratam da responsabilidade do psicólogo no que diz respeito a cuidar da adequação do ambiente, do espaço físico e de outros estímulos que possam interferir na aplicação dos testes psicológicos, bem como do sigilo em relação às informações prestadas, como forma de preservar a relação de confiança (CFP, 2005; 2012; 2013). Assim, de forma a evitar interferência ou interrupção durante a aplicação dos instrumentos, bem como preservar os participantes e garantir sigilo em relação às informações prestadas, eles foram entrevistados em locais privativos, nas dependências das instituições escolhidas para a realização do estudo, em dias e turnos alternados para garantir oportunidade de participação de todos os indivíduos que estavam em atenção nas instituições de estudo.

Os dados foram coletados pela pesquisadora responsável, e por auxiliares de pesquisa devidamente qualificados para abordagem a grupos sociais vulneráveis e estigmatizados, bem como para aplicação dos instrumentos utilizados. O BDI e a BHS foram aplicados, exclusivamente, por auxiliares de pesquisa estudantes da área da Psicologia, sob supervisão de um profissional graduado em Psicologia, uma vez que são considerados testes psicológicos, portanto, instrumentos privativos desta área.

A literatura aponta baixo nível de escolaridade na população alvo, assim, uma vez que os instrumentos utilizados permitem tanto a autoadministração, quanto a administração oral conduzida por um aplicador,

optou-se por esta segunda forma de aplicação, acreditando sê-la mais apropriada a esta população.

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

As informações coletadas no presente estudo formaram um banco de dados que recebeu tratamento estatístico por meio do software *Statistical Package of Social Science* (SPSS), versão 24.0 e *Stata*, versão 14.0.

Inicialmente, foi realizada análise descritiva de todas as variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram apresentadas como média, desvio-padrão (DP), mediana, intervalo interquartil (IIQ), mínimo e máximo.

Para análise da consistência interna das escalas na amostra foi realizado o alfa de *Cronbach* padronizado (CRONBACH, 1951; TAVAKOL & DENNICK, 2011).

Para verificar os fatores associados aos desfechos foram realizadas análises bivariadas e múltiplas. Para verificar a associação entre cada variável e o desfecho foi realizada regressão de *Poisson* bivariada. As variáveis com *p*-valor menor que 0,20 e idade, como potencial variável de confusão foram incluídas em um modelo de *Poisson* multivariado com variância robusta (BARROS & HIRAKATA, 2003; COUTINHO, SCAZUFCA & MENEZES, 2008). Os resultados foram apresentados em razão de prevalência (RP), razão de prevalência ajustada (RPaj) e respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

Para verificar a relação entre o BDI e BHS foi utilizada análise de correlação de *Spearman* (*rs*), uma vez que ambas as variáveis apresentaram desvio de normalidade (*p*-valor do teste de Kolmogorov-Smirnov < 0,05). Os valores de *rs* foram classificados como: muito alta (+0.90-1.00); alta (+0.70-0.90), moderada (+0.50-0.70), baixa (+0.30-0.50) e correlação negligenciável (+0.00-0.30) (MUKAKA, 2012).

Em todas as análises, valores de *p* menor que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

3.7 ASPECTOS ETICOS E LEGAIS

O presente estudo é parte de uma investigação maior intitulada “Avaliação da situação de saúde da população em situação de rua de Goiânia, Brasil Central: elementos para o cuidado a grupos sociais vulneráveis”, com financiamento pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) (ANEXO II), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal da Universidade Federal de Goiás, sob Protocolo 045/2013 – Adendo 01 (ANEXO I).

Foram cumpridos todos os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados da presente investigação foram disponibilizados para a Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia, Goiás, para os devidos encaminhamentos, conforme parceria prévia no momento de planejamento conjunto da pesquisa.

4 RESULTADOS

No total, 150 sujeitos aceitaram participar da pesquisa, entretanto, 18 participações foram excluídas, pelo fato dos sujeitos demonstrarem falta de compreensão em relação às questões que compõem os instrumentos. Restaram, portanto, 132 participações válidas, das quais 30 (22,7%) correspondem ao Centro Pop e 102 (77,3%) à CAC.

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição dos 132 participantes, levando em consideração variáveis sociodemográficas, procedência e planos de sair das ruas.

A média de idade foi de 37,4 anos (DP = 12,1), com mediana de 36 anos (extremos de 18 e 68 anos), e maioria compreendida entre 30 e 49 anos de idade (56,1%).

A maioria se declarou solteiro (57,6%), heterossexual (94,7%), havendo predomínio de participantes do sexo masculino (78,8%). Em relação à cor autorreferida, 55,3% se declararam pardos, seguida da cor preta (27,3%). A baixa escolaridade foi predominante, haja vista que 56,8% dos participantes apresentaram até oito anos de estudo formal.

Quanto à naturalidade, houve preponderância de estados pertencentes à região Centro-Oeste (30,3%). É válido ressaltar que 47,7% dos participantes são provenientes das regiões norte e nordeste.

A maioria dos indivíduos (69,7%) afirmou seguir alguma religião.

Para a maioria (74,2%) a principal motivação para estar em situação de rua foram os problemas familiares ou problemas financeiros/desemprego. O uso de drogas foi o terceiro motivo mais citado, correspondendo a 10,6% dos entrevistados. Os demais indivíduos (15,2%) relataram outros motivos, tais como: o fato de ter sido assaltado no trajeto para Goiânia perdendo todo o dinheiro que possuía, bem como documentos; ter passado por situação de encarceramento e posteriormente não ter conseguido se reestabelecer profissionalmente e financeiramente; problemas de saúde e escolha própria.

Tabela 1. Análise descritiva de características sociodemográficas, procedência e planos de sair das ruas em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

| Variáveis | N | % |
|--|----------|----------|
| Idade (anos) | | |
| < 30 | 36 | 27,3 |
| 30-49 | 74 | 56,0 |
| ≥50 | 22 | 16,7 |
| Sexo | | |
| Masculino | 104 | 78,8 |
| Feminino | 28 | 21,2 |
| Procedência | | |
| Casa de Acolhida Cidadã | 102 | 77,3 |
| Centro Pop | 30 | 22,7 |
| Tempo em situação de rua (meses) | | |
| < 6 | 78 | 59,1 |
| 6-12 | 15 | 11,4 |
| 13-59 | 21 | 15,9 |
| ≥ 60 | 18 | 13,6 |
| Região de naturalidade | | |
| Centro-oeste | 40 | 30,3 |
| Norte | 33 | 25,0 |
| Nordeste | 30 | 22,7 |
| Sudeste | 22 | 16,7 |
| Sul | 6 | 4,5 |
| Outro país | 1 | 0,8 |
| Motivo principal que levou a viver na rua | | |
| Problemas de saúde | 3 | 2,3 |
| Problemas familiares | 35 | 26,5 |
| Problemas financeiros ou desemprego | 63 | 47,7 |
| Uso de drogas | 14 | 10,6 |
| Escolha própria | 7 | 5,3 |
| Outros | 10 | 7,6 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 23 | 17,4 |
| Preta | 36 | 27,3 |
| Parda | 73 | 55,3 |
| Religião | | |
| Não | 40 | 30,3 |
| Sim | 92 | 69,7 |
| Orientação sexual | | |
| Heterossexual | 125 | 94,7 |
| Homossexual, bissexual | 7 | 5,3 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 76 | 57,6 |
| Casado/união consensual | 30 | 22,7 |
| Separado/divorciado/viúvo | 26 | 19,7 |
| Escolaridade (anos formais de estudo) | | |
| < 8 | 75 | 56,8 |
| 8-11 | 25 | 18,9 |
| ≥ 12 | 32 | 24,2 |
| Planos de sair da rua | | |
| Não | 14 | 10,6 |
| Sim | 54 | 89,4 |

Mais da metade dos participantes (70,5%) estavam em situação de rua há 12 meses ou menos, e uma quantidade massiva apresentou intenção de deixá-la (89,4%).

Conforme apontado na Tabela 2, somente 7,6% declararam não utilizar nenhum tipo de droga. O álcool e o tabaco foram as drogas mais recorrentes (69,7% e 59,1%, respectivamente), seguida da maconha (45,5%). Ressalta-se que um mesmo participante pode ter indicado mais de um tipo de droga, o que justifica a porcentagem relativa a cada uma.

Tabela 2. Uso de substâncias em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia- Goiás, 2017

| Variáveis | N | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Uso de substâncias | | |
| Sim | 122 | 92,4 |
| Não | 10 | 7,6 |
| Tipo de substância (n= 122)* | | |
| Maconha | 60 | 49,2 |
| Crack e similares | 34 | 27,9 |
| Cocaína | 33 | 27,0 |
| Álcool | 92 | 75,4 |
| Tabaco | 78 | 63,9 |
| Cola | 14 | 11,5 |
| Lança perfume | 15 | 12,3 |
| Outra | 4 | 3,3 |

* Apenas aqueles que relataram consumir algum tipo de droga

Uma parcela significativa (47%) apresenta antecedentes de tratamento psicológico/psiquiátrico, e 40,9% manifestaram a presença de ideação suicida, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3. Análise descritiva de antecedentes de tratamento psicológico/psiquiátrico e ideação suicida em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia- Goiás, 2017

| Variáveis | N | % |
|---|----|------|
| Antecedente de tratamento psicológico/psiquiátrico | | |
| Não | 70 | 53,0 |
| Sim | 62 | 47,0 |
| Ideação suicida | | |
| Não | 78 | 59,1 |
| Sim | 54 | 40,9 |

A análise descritiva da pontuação do BDI indicou que a média foi 19,71, com desvio padrão de 10,57, conforme Tabela 4.

Tabela 4. Análise descritiva dos escores de sintomas depressivos (BDI)

| | Média | DP | Mediana | IIQ | Min-Max |
|-----|-------|-------|---------|-------|---------|
| BDI | 19,71 | 10,57 | 19,0 | 13-24 | 0-51 |

DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil.

A tabela 5 apresenta dados relativos à intensidade da sintomatologia depressiva na amostra estudada. Os dados indicam que quase metade

(49,2%; IC 30,9-57,7) da população do estudo apresentou sintomatologia depressiva moderada a grave.

Tabela 5. Intensidade da sintomatologia depressiva em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

| Variáveis | N = 132 | % | IC 95% |
|---|-----------|-------------|------------------|
| Sintomatologia depressiva | | | |
| Mínima | 26 | 19,7 | 13,8-27,3 |
| Leve | 41 | 31,1 | 13,8-39,4 |
| Moderada | 54 | 40,9 | 32,9-49,4 |
| Grave | 11 | 8,3 | 4,7-14,3 |
| Sintomatologia Depressiva Moderada/Grave | 65 | 49,2 | 30,9-57,7 |

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; *Considerado pontuação ≥ 20 (moderada/grave)

Na sequência foram realizadas análises inferenciais. A análise bivariada apontou que sintomatologia depressiva moderada a grave prevaleceu no sexo feminino (RP: 1,42; $p=0,048$), e naqueles com orientação sexual homo ou bissexual (RP: 1,81; $p=0,001$), conforme apontado na Tabela 6.

Tabela 6. Análise bivariada dos potenciais fatores associados à sintomatologia depressiva moderada a grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

| Variáveis | Sintomatologia depressiva | | RP (IC 95%) | p-valor |
|---|---------------------------|------|------------------|--------------|
| | n/Total | % | | |
| Idade (anos) | | | | |
| < 30 | 18/36 | 50,0 | 1,00 | |
| 30-49 | 37/74 | 50,0 | 1,00 (0,67-1,49) | 1,000 |
| ≥ 50 | 10/22 | 45,5 | 0,90 (0,52-1,60) | 0,741 |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 47/104 | 45,2 | 1,00 | |
| Feminino | 18/28 | 64,3 | 1,42 (1,00-2,01) | 0,048 |
| Procedência | | | | |
| Casa da acolhida | 48/102 | 47,1 | 1,00 | |
| Centro Pop | 17/30 | 56,7 | 1,20 (0,82-1,75) | 0,333 |
| Tempo em situação de rua (meses) | | | | |
| < 6 | 34/78 | 43,6 | 1,00 | |
| 6-12 | 9/15 | 60,0 | 1,37 (0,85-2,23) | 0,198 |
| 13-59 | 12/21 | 57,1 | 1,31 (0,84-2,05) | 0,238 |
| ≥ 60 | 10/18 | 55,6 | 1,27 (0,78-2,07) | 0,328 |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | 14/23 | 60,9 | 1,00 | |
| Preta | 16/36 | 44,4 | 0,75 (0,46-1,22) | 0,252 |
| Parda | 33/73 | 45,2 | 0,75 (0,49-1,13) | 0,180 |
| Religião | | | | |
| Não | 24/40 | 60,0 | 1,00 | |
| Sim | 41/92 | 44,6 | 0,74 (0,52-1,04) | 0,088 |
| Orientação sexual | | | | |
| Heterossexual | 59/125 | 47,2 | 1,00 | |
| Homo/bissexual | 6/7 | 85,7 | 1,81 (1,27-2,59) | 0,001 |
| Estado civil | | | | |

| | | | | |
|---|--------|------|------------------|-------|
| Continuação Tabela 6 | | | | |
| Solteiro | 37/76 | 48,7 | 1,00 | |
| Casado/união consensual | 17/30 | 56,7 | 1,16 (0,79-1,71) | 0,446 |
| Separado/divorciado/viúvo | 11/26 | 42,3 | 0,87 (0,52-1,44) | 0,587 |
| Escolaridade (anos) | | | | |
| < 8 | 38/75 | 50,7 | 1,00 | |
| 8-11 | 13/25 | 52,0 | 1,03 (0,66-1,59) | 0,908 |
| ≥ 12 | 14/32 | 43,8 | 0,86 (0,54-1,36) | 0,526 |
| Uso de substâncias | | | | |
| Maconha | | | | |
| Não | 34/72 | 47,2 | 1,00 | |
| Sim | 31/60 | 51,7 | 1,09 (0,77-1,54) | 0,611 |
| Crack e similares (oxi, pasta base e merla) | | | | |
| Não | 36/98 | 46,9 | 1,00 | |
| Sim | 19/34 | 55,9 | 1,19 (0,82-1,71) | 0,351 |
| Cocaína | | | | |
| Não | 46/99 | 46,5 | 1,00 | |
| Sim | 19/33 | 57,6 | 1,23 (0,86-1,78) | 0,246 |
| Álcool | | | | |
| Não | 23/40 | 57,5 | 1,00 | |
| Sim | 42/92 | 45,7 | 0,79 (0,56-1,12) | 0,195 |
| Tabaco | | | | |
| Não | 28/54 | 51,9 | 1,00 | |
| Sim | 37/78 | 47,4 | 0,91 (0,64-1,29) | 0,617 |
| Cola | | | | |
| Não | 58/118 | 49,2 | 1,00 | |
| Sim | 7/14 | 50,0 | 1,02 (0,58-1,77) | 0,952 |
| Lança perfume | | | | |
| Não | 56/117 | 47,9 | 1,00 | |
| Sim | 9/15 | 60,0 | 1,25 (0,79-1,98) | 0,332 |
| Antecedente de tratamento psicológico/psiquiátrico | | | | |
| Não | 32/70 | 45,7 | 1,00 | |
| Sim | 32/62 | 51,6 | 1,15 (0,81-1,63) | 0,442 |
| Planos de sair da rua | | | | |
| Não | 9/15 | 60,0 | 1,00 | |
| Sim | 56/117 | 47,9 | 0,79 (0,50-1,26) | 0,332 |
| Ideação suicida | | | | |
| Não | 33/78 | 42,3 | 1,00 | |
| Sim | 32/54 | 59,3 | 1,40 (0,99-1,97) | 0,053 |

RP: Razão de prevalência; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

Após a análise bivariada, realizou-se análise multivariada. A técnica escolhida foi a regressão de Poisson com variância robusta. Foram incluídas no modelo aquelas variáveis que apresentaram p-valor inferior a 0,20 na análise bivariada. Idade, pelo seu potencial de confundimento também foi incluída no modelo para ajuste.

Duas variáveis foram estatisticamente associadas à sintomatologia depressiva moderada a grave: orientação sexual homossexual ou bissexual e religião. Observa-se que possuir alguma religião diminuiu em 32% (RPaj:

0,68; IC 95%: 0,47-0,99) a chance do indivíduo apresentar sintomatologia depressiva moderada a grave, sendo considerada fator de proteção. Já a orientação homossexual ou bissexual aumentou em 89% a probabilidade das pessoas apresentarem sintomatologia depressiva moderada a grave (RPaj: 1,89; IC 95%: 1,18-3,04), conforme tabela 7.

Tabela 7. Fatores independentemente associados à sintomatologia depressiva moderada a grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

| Variáveis | RPaj* (IC 95%) | p-valor |
|---|------------------|--------------|
| Idade (anos) | | |
| < 30 | 1,00 | |
| 30-49 | 1,05 (0,69-1,61) | 0,812 |
| ≥50 | 1,00 (0,58-1,72) | 0,987 |
| Sexo | | |
| Masculino | 1,00 | |
| Feminino | 1,34 (0,79 2,28) | 0,148 |
| Tempo em situação de rua (meses) | | |
| < 6 | 1,00 | |
| 6-12 | 1,34 (0,79-2,28) | 0,277 |
| 13-59 | 1,21 (0,74-1,96) | 0,439 |
| ≥ 60 | 1,18 (0,51-1,44) | 0,524 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 1,00 | |
| Preta | 0,86 (0,51-1,14) | 0,569 |
| Parda | 0,88 (0,57-1,34) | 0,555 |
| Religião | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 0,68 (0,47-0,99) | 0,042 |
| Álcool | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 0,93 (0,64-1,37) | 0,730 |
| Ideação suicida | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 1,18 (0,81-1,73) | 0,391 |
| Orientação sexual | | |
| Heterossexual | 1,00 | |
| Homossexual/bissexual | 1,89 (1,18-3,04) | 0,008 |

RPaj: Razão de prevalência ajustada; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. *Modelo ajustado por idade, sexo, tempo em situação de rua, religião, cor da pele, uso de álcool e ideação suicida.

Para a BHS, a análise descritiva da pontuação indica que a média foi 6,36, com desvio padrão de 3,60, conforme Tabela 8.

Tabela 8. Análise descritiva dos escores de desesperança (BHS)

| | Média | DP | Mediana | IIQ | Min-Max |
|-----|-------|------|---------|------------|---------|
| BHS | 6,36 | 3,60 | 5,50 | 4,00-12,00 | 1-16 |

A tabela 9 mostra a intensidade da desesperança na amostra estudada. O resultado aponta que desesperança moderada a grave esteve presente em 24,2% da amostra (IC 95%: 17,7-32,2).

Tabela 9. Intensidade de desesperança em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

| Variáveis | N = 132 | % | IC 95% |
|-------------------------------------|---------|------|-----------|
| Graus de desesperança | | | |
| Mínimo | 45 | 34,1 | 26,4-42,5 |
| Leve | 55 | 41,7 | 33,6-50,2 |
| Moderado | 24 | 18,2 | 12,5-25,6 |
| Grave | 8 | 6,1 | 3,1-11,5 |
| Desesperança Moderada/Grave* | 32 | 24,2 | 17,7-32,2 |

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; *Definida como pontuação ≥ 9 (grave/moderada).

A Tabela 10 mostra a análise bivariada dos potenciais fatores associados a desesperança moderada a grave. Tal intensidade prevaleceu em mulheres (46,4%), as quais apresentaram mais chance de manifestá-la (RP:2,54; $p=0,001$) quando comparadas aos homens (18,3%). Também prevaleceu nos indivíduos com ideação suicida (33,3%), os quais apresentaram mais chance de manifestá-la (RP:1,86; $p=0,048$) quando comparados àqueles sem ideação. Por fim, indivíduos que faziam uso de álcool (RP:0,49; $p=0,019$) ou tabaco (RP:0,47; $p=0,018$), apresentaram menor chance de manifestá-la, sendo considerados fator de proteção.

Tabela 10. Análise bivariada dos potenciais fatores associados à desesperança moderada a grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

| Variáveis | Desesperança | | RP (IC 95%) | p-valor |
|---|--------------|------|------------------|--------------|
| | n/Total | % | | |
| Idade (anos) | | | | |
| < 30 | 9/36 | 25,0 | 1,00 | |
| 30-49 | 19/74 | 25,7 | 1,02 (0,51-2,04) | 0,939 |
| ≥ 50 | 4/22 | 18,2 | 0,72 (0,25-2,09) | 0,554 |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 19/104 | 18,3 | 1,00 | |
| Feminino | 13/28 | 46,4 | 2,54 (1,43-4,49) | 0,001 |
| Procedência | | | | |
| Casa da acolhida | 25/102 | 24,5 | 1,00 | |
| Centro | 7/30 | 23,3 | 0,95 (0,46-1,98) | 0,896 |
| Tempo em situação de rua (meses) | | | | |
| < 6 | 16/78 | 20,5 | 1,00 | |
| 6-12 | 5/15 | 33,3 | 1,62 (0,70-3,77) | 0,258 |
| 13-59 | 4/21 | 19,0 | 0,93 (0,35-2,49) | 0,883 |
| ≥ 60 | 7/18 | 38,9 | 1,89 (0,92-3,92) | 0,085 |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | 7/23 | 30,4 | 1,00 | |
| Preta | 8/36 | 22,2 | 0,75 (0,21-1,79) | 0,519 |
| Parda | 16/73 | 21,9 | 0,73 (0,34-1,56) | 0,415 |
| Religião | | | | |

Continuação Tabela 10

| | | | | |
|---|--------|------|------------------|--------------|
| Não | 9/40 | 22,5 | 1,00 | |
| Sim | 23/92 | 25,0 | 1,11 (0,56-2,19) | 0,761 |
| Orientação sexual | | | | |
| Heterossexual | 30/125 | 24,0 | 1,00 | |
| Homossexual, bissexual | 2/7 | 28,6 | 1,19 (0,35-4,01) | 0,779 |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro | 19/76 | 25,0 | 1,00 | |
| Casado/união consensual | 8/30 | 26,7 | 1,07 (0,52-2,17) | 0,859 |
| Separado/divorciado/viúvo | 5/26 | 19,2 | 0,77 (0,32-1,86) | 0,560 |
| Escolaridade (anos) | | | | |
| < 8 | 14/75 | 18,7 | 1,00 | |
| 8-11 | 7/25 | 28,0 | 1,50 (0,68-3,30) | 0,314 |
| ≥ 12 | 11/32 | 34,4 | 1,84 (0,94-3,62) | 0,076 |
| Uso de substâncias | | | | |
| Maconha | | | | |
| Não | 20/72 | 27,8 | 1,00 | |
| Sim | 12/60 | 20,0 | 0,72 (0,38-1,35) | 0,337 |
| Crack e similares (oxi, pasta base e merla) | | | | |
| Não | 21/98 | 21,4 | 1,00 | |
| Sim | 11/34 | 32,4 | 1,51 (0,81-2,80) | 0,192 |
| Cocaina | | | | |
| Não | 26/99 | 26,3 | 1,00 | |
| Sim | 6/33 | 18,2 | 0,69 (0,31-1,54) | 0,367 |
| Álcool | | | | |
| Não | 15/40 | 37,5 | 1,00 | |
| Sim | 17/92 | 18,5 | 0,49 (0,27-0,89) | 0,019 |
| Tabaco | | | | |
| Não | 19/54 | 35,2 | 1,00 | |
| Sim | 13/78 | 16,7 | 0,47 (0,25-0,88) | 0,018 |
| Cola | | | | |
| Não | 30/118 | 25,4 | 1,00 | |
| Sim | 2/14 | 14,3 | 0,56 (0,15-2,11) | 0,394 |
| Lança perfume | | | | |
| Não | 31/117 | 26,5 | 1,00 | |
| Sim | 1/15 | 6,7 | 0,25 (0,04-1,72) | 0,160 |
| Antecedente de tratamento psicológico/psiquiátrico | | | | |
| Não | 13/70 | 18,6 | 1,00 | |
| Sim | 19/62 | 31,1 | 1,68 (0,90-3,11) | 0,101 |
| Planos de sair da rua | | | | |
| Não | 3/15 | 20,0 | 1,00 | |
| Sim | 18/117 | 24,8 | 1,24 (0,43-3,59) | 0,693 |
| Ideação suicida | | | | |
| Não | 14/78 | 17,9 | 1,00 | |
| Sim | 18/54 | 33,3 | 1,86 (1,01-3,41) | 0,046 |

RP: Razão de prevalência; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

Após a análise bivariada, realizou-se análise de regressão múltipla. A técnica escolhida foi a regressão de Poisson com variância robusta. Foram incluídas no modelo, apenas variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada. Também, idade, pelo seu potencial de confundimento foi incluída no modelo para ajuste.

A Tabela 11 mostra os resultados do modelo de análise final. Sexo, escolaridade, uso de tabaco e uso de crack foram associados à desesperança moderada a grave. Mulheres apresentaram prevalência 132% maior (RPaj: 2,32; IC 95%: 1,24-4,99) quando comparado aos homens. Aqueles com escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (RPaj: 2,72; IC 95%: 1,20-6,14) e maior ou igual a 12 anos de estudo (RPaj: 2,62; IC 95%: 1,31-5,25) apresentaram maior prevalência quando comparado aos indivíduos com escolaridade mais baixa (menor que 8 anos de estudo). Usuários de tabaco apresentaram prevalência 52% menor (RPaj: 0,48; IC 95%: 0,27-0,87) quando comparados a não usuários. Por outro lado, usuários de crack ou similares apresentaram prevalência 154% maior (RPaj: 2,54; IC 95%: 1,25-5,17) quando comparado aos não usuários dessa substância.

Tabela 11. Fatores independentemente associados à desesperança moderada a grave em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

| Variáveis | RPaj* (IC 95%) | p-valor |
|---|-----------------------|----------------|
| Idade (anos) | | |
| < 30 | 1,00 | |
| 30-49 | 1,04 (0,57-1,88) | 0,900 |
| ≥50 | 0,92 (0,33-2,60) | 0,881 |
| Sexo | | |
| Masculino | 1,00 | |
| Feminino | 2,32 (1,24-4,24) | 0,008 |
| Tempo em situação de rua (meses) | | |
| < 6 | 1,00 | |
| 6-12 | 1,40 (0,69-2,85) | 0,346 |
| 13-59 | 0,63 (0,19-2,08) | 0,453 |
| ≥ 60 | 1,52 (0,60-3,89) | 0,379 |
| Escolaridade (anos) | | |
| < 8 | 1,00 | |
| 8-11 | 2,72 (1,20-6,14) | 0,016 |
| ≥ 12 | 2,62 (1,31-5,25) | 0,006 |
| Álcool | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 0,57 (0,30-1,07) | 0,082 |
| Tabaco | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 0,48 (0,27-0,87) | 0,016 |
| Crack | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 2,54 (1,25-5,17) | 0,010 |
| Lança perfume | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 0,19 (0,03-1,33) | 0,094 |
| Ideação suicida | | |
| Não | 1,00 | |
| Sim | 1,17 (0,64-2,14) | 0,616 |

RPaj: Razão de prevalência ajustada; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. *Modelo ajustado por idade, sexo, tempo de moradia na rua, escolaridade, uso de tabaco, uso de álcool, uso de crack, uso de lança perfume e ideação suicida.

A Figura 1 mostra a análise de correlação entre as escalas BHS e BDI. Verificou-se uma correlação positiva moderada entre as duas escalas ($r=0,525$; $p< 0,001$). Isso sugere que a medida que aumenta a sintomatologia depressiva aumenta a desesperança e vice-versa na amostra de pessoas vivendo em situação de rua.

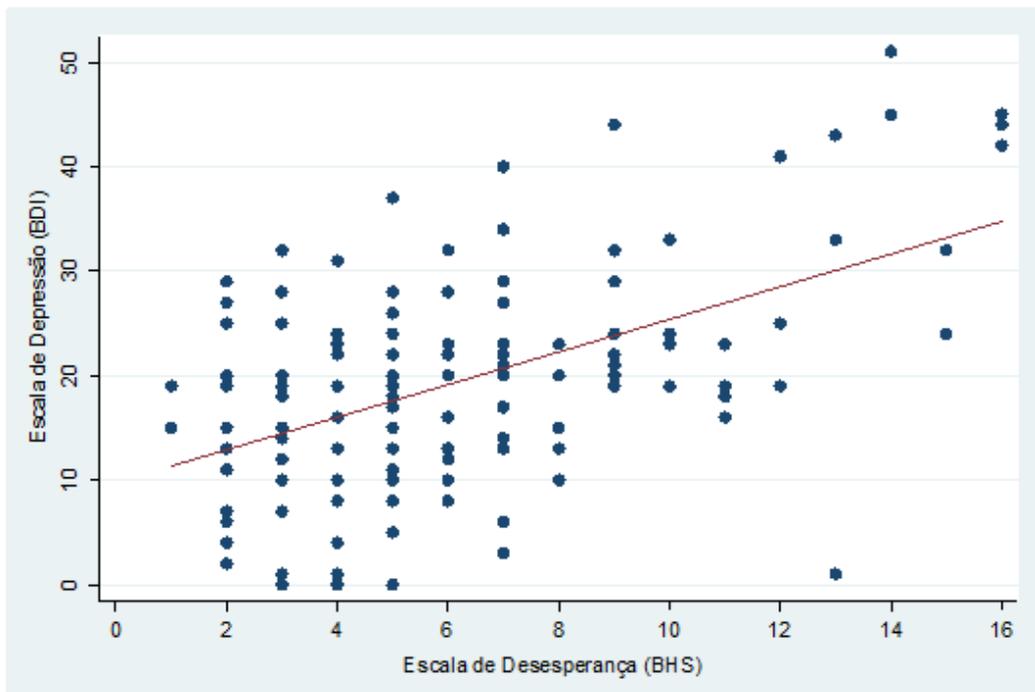


Figura 1. Gráfico de dispersão dos escores de sintomas depressivos e desesperança em 132 pessoas em situação de rua, Goiânia - Goiás, 2017

Na PSR estudada houve predomínio de pessoas do sexo masculino (78,8%), negras (82,6%), solteiras (57,6%), com faixa etária média entre 30 e 49 anos e média de idade de 37,4 anos. Tais dados se aproximam a outros estudos já realizados e refletem uma realidade na PSR brasileira (DANTAS, 2007; BRASIL, 2009a; BEZERRA, FIRMINO, JAVARROTTI, MELO, CALHEIROS & SILVA, 2015b; GRANGEIRO, HOLCMAN, ONAGA, ALENCAR, PLACCO & TEIXEIRA, 2012; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2015).

Os motivos para estar na rua variaram. Problemas financeiros/desemprego, problemas familiares e/ou uso de drogas foram mencionados por 84,8% dos participantes. Os dados se aproximam do encontrado na Pesquisa Nacional (BRASIL, 2008a), que apontou que 71,3% dos participantes citaram pelo menos um desses três motivos: problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (6%). Uma proximidade de dados também foi encontrada com estudo realizado no Canadá, em que a maior parte das pessoas em situação de rua citaram dificuldades econômicas, como causa primária para estarem em situação de rua, além de problemas de ordem familiar (AUBRY, KLODAWSKY, HAY & BIRNIE, 2003). Tais dados indicam que os obtidos no presente estudo não se tratam exclusivamente de uma questão cultural ou regional.

Os resultados também gerar uma outra reflexão: de um lado temos dados que indicam que a maioria da PSR está em idade produtiva, de outro lado temos a manifestação por parte desta população relatando os problemas financeiros/desemprego como um dos principais motivos para estarem em situação de rua. Pode-se inferir que, apesar de estarem em idade produtiva a mão de obra não é absorvida pelo mercado de trabalho. Assim sendo, é necessário pensar em ações que favoreçam de alguma

forma o uso desta mão de obra e que gere retorno financeiro a ela, contribuindo para reinserção social e a saída das ruas. Ações que minimizem o conjunto de motivos pelos quais a mão de obra não se encontra inserida no mercado de trabalho também devem ser pensadas.

A baixa escolaridade pode colaborar com a não absorção. Uma vez que, de modo geral, populações desfavorecidas em termos socioeconômicos, possuem níveis educacionais reduzidos (CORDEIRO, 2014), não causa espanto o fato de mais da metade da amostra do presente estudo possuir baixa escolaridade, prevalecendo menos de oito anos de estudo formal (56,8%).

A baixa escolaridade da PSR foi apontada anteriormente em estudos nacionais (BRASIL, 2009a; PINTO, TANCREDI, ALENCAR, CAMOLESI, HOLCMAN, GRECCO, GRANGEIRO & GRECCO, 2014; VERAS, SOUZA, MACEDO & GUERRA, 2014; BARATA, CARNEIRO, RIBEIRO & SILVEIRA, 2015; BEZERRA et al. 2015b) e internacionais (SOLOMON, 2013; KOZLOFF, STERGIOPOULOS, ADAIR, CHEUNG, MISIR, TOWNLEY, BOURQUE, KRAUSZ & GOERING, 2016a; KOZLOF, ADAIR, LAZGARE, POREMSKI, CHEUNG, SANDU & STERGIOPOULOS, 2016b).

Mesmo em situação de rua estas pessoas possuem o direito à educação como qualquer outro cidadão, prerrogativa da nossa constituição federal. Entretanto, esse direito dificilmente é garantido.

Existe um conjunto de situações comuns à PSR, bem como questões de cunho estrutural relacionadas ao modelo educacional atual, que dificultam o início ou retorno à educação escolar formal. São exemplos: falta de documentos pessoais, falta de histórico escolar para retomada dos estudos, estar fora da escola a muito tempo, receio de sofrer preconceito, falta de condições materiais para estar em ambiente escolar, dependência química e alteração das atividades mentais. O convívio com pessoas que frequentam instituições escolares, poderia incentivar o retorno à escolarização, entretanto, a maioria das pessoas em situação de rua não têm esta oportunidade de convivência (ALMEIDA, 2012).

Sugere-se que políticas públicas direcionadas à PSR, incluam como um de seus objetivos ações que além de facilitar o resgate da documentação

do indivíduo também incentivem e facilitem o início ou retomada do processo de escolarização, devendo este ser adaptando à sua realidade. É válido também uma reciclagem do conhecimento básico para aqueles que não obtiveram boa formação. Capacitação profissionalizante também poderia proporcionar profissionalização de mão de obra, colaborando para o retorno ao mercado de trabalho. Considerando as dificuldades inerentes ao formato educacional vigente, as próprias instituições governamentais que prestam apoio à PSR poderiam ser palco dessas ações, contribuindo assim, para a reinserção da PSR à sociedade produtiva. É necessário ainda, educadores melhor preparados para lidar com a realidade da população em questão.

Espera-se que os dados acima, somados ao fato de uma quantidade massiva ter manifestado vontade em sair das ruas (89,4%), impulse ações e medidas que proporcionem auxílio à concretização disto. Grande proporção das políticas sociais existentes atualmente, são em sua essência compensatórias e assistencialistas, e não proporcionam oportunidades efetivas de saída das ruas. Políticas públicas que promovam satisfação de condições básicas como higiene e alimentação, por exemplo, são importantes, entretanto, não são suficientes para a mudança da condição de vida desta população e reinserção social (PAIVA, LIRA, JUSTINO, MIRANDA & SARAIVA, 2016).

Surpreende o fato de que uma parcela, mesmo que pequena, tenha manifestado vontade em permanecer em tal condição (10,6%). Isso mostra que existem duas realidades presentes na PSR: uma que se configura como o “fim da linha”, e outra que apresenta possibilidades de saída da rua. Algumas pessoas simplesmente não aceitam nenhuma proposta de saída das ruas ou não conseguem mais sair delas e se inserir na sociedade produtiva. A vivência cotidiana constrói a formação da identidade do sujeito, que se reflete na maneira de agir e pensar do mesmo (BRASIL, 2009a; ANDRADE, COSTA & MARQUETTI, 2014; BARATA et al. 2015).

Os dados também apontam que as regiões norte e nordeste, se apresentaram neste estudo, como responsáveis pelo maior contingente migratório para Goiânia, uma vez que quase metade (47,7%) da PSR entrevistada é proveniente destas duas regiões. Talvez isto possa ser

justificado pela desigualdade de renda existente entre as regiões brasileiras, notadamente Norte e Nordeste, em comparação às demais. Medidas governamentais até então adotadas não foram eficazes no que tange às transformações dos indicadores sociais, redução do nível de pobreza e modificação da distribuição de renda destas regiões (SALVATO, FERREIRA & DUARTE, 2010). Assim, a migração é vista como uma alternativa, devido à crença de melhoria de vida no novo destino (ALVES, SOUSA & MARRA, 2011). Aliado a isto, a região Centro–Oeste é caracterizada como uma espécie de "corredor", que liga o norte ao sul do país, constituindo uma passagem quase inevitável (VALE, LIMA & BONFIM, 2012).

Apenas uma pequena parcela da população (7,6%) relatou não utilizar nenhum tipo de droga. Tal dado corrobora com outros estudos e reforça que esta é uma realidade inerente à maioria da PSR, na qual é frequente o uso abusivo de substâncias (BOTTI et al. 2010a; AGUIAR & IRIART, 2012; BEZERRA et al. 2015b). A dependência muitas vezes acompanha a pessoa pelo fato de ser uma forma de poder suportar as dificuldades enfrentadas na rua (AGUIAR & IRIART, 2012).

O consumo de álcool foi o mais citado (75,4%) assemelhando-se ao estudo de Abreu (2013). Para Botti e colaboradores (2010), o álcool favorece os encontros coletivos e anestesias o sofrimento vivenciado pelas pessoas em situação de rua. Entretanto, existe uma contrapartida, a dependência de álcool e outras drogas levam à fragilidade nos laços familiares e sociais e a dificuldade em manter atividades laborais (MENDES & HERR, 2014).

Diante da quantidade significativa de usuários de substâncias na população em situação de rua, é possível pensar sob o ponto de vista da política de redução de danos. O trabalho de redução de danos integra efetivamente as políticas do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas (PASSOS & SOUZA, 2011). Diferentemente das propostas de combate às drogas focadas na redução de oferta e demanda, a redução de danos, ao se constituir como medida de saúde pública, tem como foco não a abstinência total, e sim o uso de drogas de forma menos danosa possível para o usuário e seu contexto social, minimizando, assim, os efeitos adversos decorrentes do uso (SILVEIRA, 2016).

A literatura demonstra estreita relação entre pobreza e saúde mental (OMS, 2001; BOTTI et al. 2010b; KRAUSZ et al. 2013; MADIANOS, CHONDRAKI & PAPADIMITRIOU, 2013; SANTANA & ROSA, 2016; ROZE, VANDENTORREN, VAN DER WAERDEN & MELCHIOR, 2018). Pobres e carentes apresentam maior prevalência de perturbações mentais e comportamentais, sendo o stress, ansiedade, sintomas depressivos, desesperança, falta de autoestima e suicídio, alguns dos efeitos da pobreza e da saúde debilitada comumente identificados (OMS, 2001; BOTTI et al. 2010b; KRAUSZ et al. 2013; MADIANOS, CHONDRAKI & PAPADIMITRIOU, 2013; SANTANA & ROSA, 2016; ROZE, VANDENTORREN, VAN DER WAERDEN & MELCHIOR, 2018). Uma vez que aproximadamente metade (47%) da amostra do presente estudo possui antecedente de tratamento psicológico/psiquiátrico, é premente a necessidade de se atentar aos aspectos relacionados à saúde mental dessa população.

É importante salientar que, talvez o quantitativo de pessoas que necessitam de tratamento psicológico/psiquiátrico seja significativamente superior ao quantitativo que já teve acesso a este tipo de tratamento. Isto pois, a PSR encontra grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde em decorrência de suas singularidades e devido aos entraves inerentes à própria organização dos serviços, como comprovação de residência e despreparo dos profissionais para lidar com esta população específica (COSTA, 2005; CARVALHO, 2013).

Uma revisão narrativa das produções científicas nacionais, a partir de 2001, identificou que, os serviços de saúde mental apresentam dificuldades em estabelecer estratégias para o atendimento àqueles com sofrimento mental na rua e em inseri-los em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BORYSOW & FURTADO, 2013).

Levando em consideração sintomatologia depressiva moderada a grave, a proporção encontrada na PSR (49,2%) foi maior do que a encontrada na população em geral (25,53%) (GAMEIRO, CARONA, PEREIRA, CANAVARRO, SIMÕES, RIO, QUARTILHO, PAREDES & SERRA, 2008).

Na presente investigação, sexo feminino esteve associado à sintomatologia depressiva. A prevalência de sintomas depressivos no sexo

feminino, de forma geral, é algo notório na literatura científica, e não foi diferente no presente estudo. A prevalência em relação ao sexo está bem sedimentada na literatura científica, sendo apontada em estudos nacionais (FLECK ET AL. 2002; ROMBALDI, SILVA, GAZALLE, AZEVEDO & HALLA, 2010; BATISTONI, NERI & CUPERTINO, 2010; CUNHA, BASTOS & DUCA, 2012; COHEN, PASKULIN & PRIEB, 2015; FERREIRA et al. 2016; CAMARGO, SIGNOR, BORTOLON, MOREIRA, FERIGOLO & BARROS, 2016) e internacionais (MASSIE, 2004; LARA et al. 2004; NDUNA et al. 2010; RAMÍREZ & MARTÍNEZ, 2011; OMS, 2014), indicando que mulheres, no geral, têm sintomatologia depressiva mais intensa.

Assim, ser do sexo feminino já é fator de risco conhecido e descrito na literatura. Diante essa informação, o público feminino em geral é assistido por inúmeras políticas públicas, que vão desde a Atenção Básica nos grupos de promoção da saúde, até os serviços de alta complexidade, como os consultórios de atendimento psicológico. Todas constantes na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Todavia, a população feminina em situação de rua não é contemplada nessa política e, quando buscam atendimento, acabam sofrendo com as iniquidades de um sistema de saúde excludente.

Apesar deste estudo não indicar associação entre sintomas depressivos e uso de drogas, a literatura tem apontado para a coexistência entre ambos em outras populações estudadas (ANDRADE & ARGIMON, 2006; FERIGOLO, STEIN, FUCHS & BARROS, 2009; MARCON, RUBIRA, ESPINOSA & BARBOSA, 2012; PEREIRA, MARQUES, HÜBNER & SILVA, 2014; MARCON et al. 2014; CAMARGO et al. 2016). Assim, mesmo que a relação não tenha aparecido em nossos resultados, é prudente não desconsiderar este aspecto, uma vez que tem sido considerado fator de risco ao adoecimento mental.

Outra relação apontada em alguns estudos e que não apareceu de forma significativa neste estudo é a relação entre escolaridade e saúde mental. Estudos nacionais (BATISTONI, NERI & CUPERTINO, 2010; MINGHELLI et al. 2013; COHEN, PASKULIN & PRIEB, 2015; CAMARGO et al. 2016) e internacionais (LARA et al. 2004; RAMÍREZ & MARTÍNEZ, 2011;

NGUYEN et al. 2017) têm indicado uma estreita relação entre menor nível educacional e maior nível de sintomas depressivos, bem como depressão.

Uma explicação plausível é que pessoas que possuem maior grau de escolaridade possuem melhores colocações no mercado de trabalho, possuem maior renda familiar e condições mais satisfatórias de vida, aspectos que, na maioria das vezes, funcionam como fator de proteção para preservação da saúde mental do indivíduo (PEREIRA, ANDRADE, ESPÍNOLA, AZEVEDO, NOGUEIRA & FERREIRA FILHA, 2015). Uma vez que a maior parte da PSR estudada possui baixo nível de escolaridade, também é prudente não desconsiderar este aspecto.

Quase 70% dos entrevistados informaram possuir alguma religião. Envolvimento religioso foi tido como fator de proteção no presente estudo. Partilhar de alguma religião diminuiu em 32% (RPaj: 0,68; IC 95%: 0,47-0,99) a prevalência de sintomatologia depressiva moderada a grave na amostra.

Talvez estes achados possam ser justificados pelo fato de que o envolvimento religioso poder atuar como suporte para o enfrentamento das adversidades que se instalam cotidianamente na vida destes indivíduos. A literatura científica aponta que, independentemente da religião professada, o envolvimento religioso tem sido associado à força e conforto diante das adversidades da vida. Assim, tem sido reconhecido como fator de proteção, se relacionando a níveis mais elevados de saúde mental e bem-estar em diversas populações, além de remeter a um menor abuso de drogas, menor prevalência de depressão, bem como menor incidência de suicídios (SANTOS & INCONTRI, 2010; TOMASSO, BELTRAME & LUCCHETTI, 2011; OLIVEIRA & JUNGES, 2012; LEITE & SEMINOTTI, 2013; TORCHALLA, LI, STREHLAU, LINDEN & KRAUSZ, 2014; MOREIRA-ALMEIDA & LUCCHETTI, 2016; CONSTANTINO, ASSIS & PINTO, 2016).

Em uma metaanálise, onde 147 estudos foram examinados, destaca-se a correlação negativa entre religiosidade e sintomas depressivos, assim maior religiosidade está associada a menos sintomas (MOREIRA-ALMEIDA, NETO & KOENING, 2006).

Também é importante salientar que Organizações da Sociedade Civil (OSC) de cunho religioso são instituições que prestam forte apoio a PSR.

Este fato é bastante frequente em Goiânia, e pode estar relacionado ao presente dado na população do estudo.

A questão da diversidade sexual ainda foi pouco explorada na PSR em nosso país (GARCIA, 2013). O quantitativo de homossexuais e bissexuais encontrados neste estudo, se assemelham ao apresentado por Neto (2016), onde foram coletados dados referentes à qualidade de vida da PSR que utilizavam os serviços da Casa de Acolhida Cidadã em Goiânia/GO. Apesar de apenas 5,3% da população estudada ter se manifestado como homossexual ou bissexual, tais características estiveram associadas à sintomatologia depressiva moderada a grave, e merecem considerações. No presente estudo aqueles com orientação homossexual ou bissexual apresentaram prevalência maior de sintomas depressivos (RPaj: 1,89; IC 95%: 1,18-3,04) quando comparado aos com orientação heterossexual. A história de vida de homossexuais (lésbicas e gays), bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT) em situação de rua são marcadas, geralmente, por violência física e sexual; abuso de álcool e substâncias ilícitas, sendo mais propensos a estratégias de sobrevivência arriscadas, como por exemplo, sexo em troca de algo (WHITBECK, CHEN, HOYT, TYLER & JOHNSON, 2004; COCHRAN, STEWART, GINZLER & CAUCE, 2002; REAM & FORGE, 2014).

Assim, estar em situação de rua, por si só já é considerado um fator de vulnerabilidade, sendo este agravado pelo fato de ser LGBT. Estudos internacionais encontraram que, os problemas de saúde mental, em LGBT's são mais pronunciados do que em heterossexuais (WHITBECK et al. 2004; GATTIS & LARSON, 2017). A sintomatologia depressiva foi apontada por Gattis e Larson (2017) como elevada em LGBT's em situação de rua, indicando que mais de 70% apresentava risco de depressão, e aproximadamente 30% da amostra relataram tentativa recente de suicídio.

O comportamento suicida é um sério problema de saúde pública (OMS, 2014). A desesperança tem sido apontada como importante fator de risco para ideações e comportamentos suicidas. Pessoas que apresentam desesperança como cognição prévia tendem a cometer suicídio tempos depois (HAYASHI, IGARASH, IMAI, YOSHIZAWA, UTSUMI, ISHIKAWA, TOKUNAGA, ISHIMOTO, HARIMA, TATEBAYASHI, KUMAGAI, NOZU,

ISHII & OKAZAKI, 2012; YASEEN, GILMER, MODI, COHEN & GALYNKER, 2012; ARGIMON et al. 2013; CALIXTO, 2014; OMS, 2014; WANG et al. 2015).

Estudo sobre a PSR do município de Ribeirão Preto, apontou que a maioria dos participantes apresentaram conteúdo discursivo de desesperança em relação a vida (FIORATI et al. 2016).

No presente estudo níveis moderado/grave de desesperança estiveram presentes em quase um quarto (24,2%) da população e ideação suicida em quase metade (40,9%), remetendo a uma realidade preocupante. Corroborando com os estudos supracitados, desesperança moderada/grave prevaleceu naqueles com ideação suicida, quando comparados aos que não possuem essa característica (RP: 1,86; $p= 0,048$).

A desesperança se relaciona a não acreditar que no futuro algo possa mudar. Os dados encontrados no presente estudo, mais uma vez apontam para o tipo de suporte oferecido atualmente à PSR. Conforme apontado anteriormente grande proporção das políticas sociais existentes atualmente, são em sua essência compensatórias e assistencialistas, e não proporciona oportunidades efetivas de saída das ruas, ou seja, não são suficientes para a mudança da condição de vida desta população (PAIVA, LIRA, JUSTINO, MIRANDA & SARAIVA, 2016). Tal realidade pode favorecer o sentimento de desesperança e demais consequências decorrentes.

Ser do sexo feminino elevou em 132% as chances do sujeito apresentar desesperança moderada a grave (RPaj: 2,32; IC 95%: 1,24-4,99). Esta tendência em relação ao sexo, também foi encontrada nos estudos de Langaro e Benetti (2014) e Costa (2012). Assim sendo, tanto os dados relativos à sintomatologia depressiva moderada/grave quanto os relativos à desesperança moderada/grave indicam que este é um subgrupo que demanda cuidados específicos às suas particularidades.

Desesperança moderada/grave também se mostrou associada ao uso de crack ou similares. Usuários apresentaram prevalência 154% maior (RPaj: 2,54; IC 95%: 1,25-5,17) quando comparados aos não usuários. Talvez este achado possa ser explicado pelos efeitos decorrentes da cessação do uso. O crack é uma droga estimulante do sistema nervoso central e proporciona sensações de euforia, grandeza, grande energia.

Entretanto, quando o efeito cessa, é comum a sensação de tristeza, melancolia profunda e desesperança (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2018). No estudo de Calixto (2014) o uso de substâncias estimulantes também foi associado à desesperança em dependentes químicos em recuperação.

Ainda no estudo de Calixto (2014) foi encontrada associação entre desesperança e uso de álcool, o que diverge do presente estudo. Desesperança moderada a grave foi menos prevalente naqueles que faziam uso de álcool (RP: 0,49; p-valor: 0,019) ou tabaco (RP: 0,47; p-valor: 0,018), quando comparados aos usuários de outras substâncias.

Uso de tabaco foi associado à desesperança moderada a a grave, de forma que usuários de tabaco apresentaram prevalência de desesperança 52% menor quando comparados a não usuários (RPaj: 0,48; IC 95%: 0,27-0,87). Talvez o dado encontrado esteja relacionado ao fato do consumo da nicotina estar associado a uma redução da ansiedade e stress (MACHAIN, VÉLEZ, GARCÍA, LUGO, GARCÍA, MORA, 2008).

Escolaridade também foi associada à desesperança moderada a grave. Aqueles com escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (RPaj: 2,72; IC 95%: 1,20-6,14) e maior ou igual a 12 anos de estudo (RPaj: 2,62; IC 95%: 1,31-5,25) apresentaram maior prevalência de desesperança quando comparados aos indivíduos com escolaridade inferior a 8 anos de estudo. Este dado requer novos estudos na tentativa de elucidar tal relação, uma vez que não foram encontrados na literatura justificativas plausíveis para tal.

No presente estudo a desesperança esteve associada à sintomatologia depressiva moderada a grave, corroborando com os achados na literatura. Correlações positivas foram encontradas: a medida que aumenta a sintomatologia depressiva aumenta a desesperança e vice-versa (ROHDE, NOELL, OCHS & SEELEY, 2001; GAZALLE, LIMA, TAVARES & HALLAL, 2004; OLIVEIRA, SANTOS, CRUVINEL & NÉRI, 2006; LANGARO & BENETTI, 2014; ALANSARI 2014; FIORATI et al. 2016). Apesar de ser uma informação importante, não existem evidências suficientes que permitam afirmar qual situação precede a outra. Assim, novos estudos são sugeridos na tentativa de elucidar tal relação.

6 CONCLUSÕES

Os dados permitem concluir que a PSR estudada trata-se, em sua maioria, de uma população jovem, em idade produtiva, entretanto, não absorvida pelo mercado de trabalho. A maioria está em situação de rua há 12 meses ou menos, é solteira, heterossexual, negra, com baixa escolaridade, natural de outros estados e masculina. O uso de substâncias é algo comum, sendo a mais prevalente o álcool. Uma quantidade massiva possui planos de sair da rua, entretanto, chama a atenção uma pequena parcela que manifestou não ter esta intenção. Uma quantidade significativa apresentou antecedentes de tratamento psicológico/psiquiátrico e ideação suicida.

Foi encontrado elevado índice de sintomatologia depressiva moderada a grave, prevalecendo em mulheres e indivíduos homossexuais ou bissexuais. Orientação sexual homossexual ou bissexual e religião foram estatisticamente associadas aos sintomas depressivos moderados/graves. Enquanto ter uma religião, apresentou-se como fator de proteção, diminuindo-os, a orientação homossexual ou bissexual promoveu o inverso.

Desesperança moderada a grave esteve presente em quase um quarto da população estudada, prevalecendo em mulheres, naqueles com ideação suicida e se mostrando menos prevalente naqueles que faziam uso de álcool ou tabaco.

Sexo, escolaridade, uso de tabaco e uso de crack foram fatores associados significativamente à desesperança moderada/grave. Mulheres possuem maiores chances de apresentar desesperança moderada a grave quando comparadas aos homens, assim como aqueles com escolaridade igual ou maior que 8 anos de estudo formal possuem maiores chances em comparação aos indivíduos com nível de escolaridade inferior. Em relação ao uso de drogas, usuários de tabaco possuem menores chances de apresentar desesperança moderada/grave quando comparados a não

usuários e usuários de crack ou similares possuem maior chance quando comparados aos não usuários dessa substância.

Índices mais acentuados em mulheres, tanto de sintomatologia depressiva quanto de desesperança, indicam que esta é uma parcela que demanda cuidados específicos às suas particularidades.

No presente estudo a desesperança moderada a grave esteve correlacionada significativamente à sintomatologia depressiva moderada a grave, indicando correlação positiva moderada entre os escores das duas escalas. A medida que aumenta a sintomatologia depressiva aumenta a desesperança e vice-versa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto à realização deste estudo, considera-se que o mesmo atingiu os objetivos propostos.

A necessidade de estudar a sintomatologia depressiva e desesperança na população em situação de rua foi evidenciada.

Uma vez que, na literatura científica, não foram identificadas pesquisas que tratassem tal temática em relação à PSR no estado de Goiás, este estudo é um marco inicial para preenchimento da lacuna identificada.

Atualmente, no Brasil, não existem políticas públicas voltadas especificamente à saúde mental da PSR. As informações obtidas podem ser úteis e colaborar para elaboração de políticas públicas mais efetivas e condizentes a esta população.

As ideias, projetos, discussões e intenções de melhoria são muitos, sendo positivo o fornecimento de serviços governamentais, como a Casa de Acolhida Cidadã e Centro POP, entretanto, soluções a curto prazo, como fornecimento de abrigo temporário ou o atendimento a questões fisiológicas básicas, não são suficientes diante da complexidade da situação vivenciada pela PSR, uma vez que não promovem efetiva mudança de realidade.

A maior dificuldade esteve relacionada à coleta de dados, devido a indisposição, de parte da PSR acolhida pela instituição, em integrar a amostra, seja pela falta de interesse em participação em projetos de pesquisa, ou pela desconfiança acerca da finalidade das informações extraídas ou acerca dos resultados práticos a serem gerados. A dificuldade das instituições em disponibilizar local privativo em tempo integral para aplicação dos testes psicológicos foi considerada um impasse para o alcance do objetivo.

Não obstante às suas contribuições, e não desconsiderando a relevância do material obtido, esta pesquisa também apresentou limitações. Uma delas está relacionada à amostra, haja vista os participantes foram incluídos por conveniência.

Atenção deve ser dada ao fato da coleta de dados ter se procedido

exclusivamente em uma instituição de acolhimento. Apesar das características dos participantes se assemelharem àqueles que vivem nas ruas, em virtude do caráter transitório destas pessoas nas instituições e retorno posterior às ruas, temos ciência que alguns indivíduos não procuram as instituições de acolhimento em virtude das regras relacionadas à sua utilização. Sugere-se que, futuramente, este estudo seja replicado no contexto rua, de forma a comparar os dados aqui apresentados.

Sugere-se ainda que, uma vez que a saúde mental é temática ampla, outros estudos também sejam realizados para além de sintomas depressivos e desesperança, de forma a identificar outras características relacionadas à PSR, ampliando o conhecimento a respeito da mesma e permitindo uma maior efetividade dos trabalhos direcionados a ela.

Espera-se que, para além da contribuição com a comunidade científica este estudo contribua ampliando o conhecimento sobre a PSR na comunidade no geral, a partir de um olhar científico. Os dados dessa pesquisa podem auxiliar profissionais de saúde bem como os demais profissionais que lidam diretamente com a PSR, no que tange a uma melhor compreensão a respeito da saúde mental destes indivíduos e assim planejar um cuidado ampliado e assertivo.

Espera-se, também, que este estudo desperte os agentes políticos e gestores de saúde para a necessidade de intervenções voltadas à saúde mental da PSR, bem como para a inclusão da atenção a esta temática ao construírem futuros projetos dirigidos a esse grupo populacional.

Espera-se ainda que, os dados aqui apresentados subsidiem ações governamentais de fato efetivas que favoreça a mudança da condição de vida desta população e que favoreça o sair das ruas.

REFERÊNCIAS

Abreu, D. (2013). Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua (dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

AGUIAR, M. M.; IRIART, A. B. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012.

ALANSARI, B. **Depression, hopelessness and anxiety: significant relations**. European Psychiatry, v. 29, supplement 1, p. 1, 2014.

ALMEIDA, S.F. População em situação de rua e o retorno à educação escolar: entre dificuldades e possibilidades.. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 4., 2012, São Paulo. **Proceedings online**. Associação Brasileira de Educadores Sociais, 2012. p. 1-22.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O.; CERCHIARI, N. A.; AMENDOLA, F. **Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família**. Cogitare Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 217-224, 2010.

ALVES, E.; SOUZA, G. S; MARRA, R. **Êxodo e sua contribuição à urbanização de 1950 a 2010**. Revista Política Agrícola, v. 20, n. 2, p. 80-88, 2011.

ANDRADE, T. M. R.; ARGIMON, I. I. L. **Sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas durante a vida em adolescentes**. Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, v. 2, n. 1, p. 95-104, 2006.

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. **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**. Saúde e sociedade, v. 23, n. 4, p. 1248-1261, 2014.

ARAÚJO, F. S.; PETRIBÚ, K.; BASTOS, O. **Depressão em esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 2, p. 86-93, 2002.

ARGIMON, L. I. I.; LOPES, F. R. M.; TERROSO, B. L.; FARINA, M.; COUTINHO, A. **Considerações sobre desesperança na avaliação do potencial suicida**. Boletim - Academia Paulista de Psicologia, v. 33, n. 84, p. 53-63, 2013.

AUBRY T, KLODAWSKY F, HAY E, BIRNIE, S. **Panel Study on Persons Who Are Homeless in Ottawa: Phase 1 Results**. Research report prepared for the City of Ottawa Homelessness Initiatives Team. Centre for Research on Community Services, University of Ottawa, 2003.

BARATA, R. B.; CARNEIRO, J. N.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVEIRA, C. **Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo**. Saúde e Sociedade, v. 24, supl.1, p. 219-32, 2015.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. **Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio**. BMC: Medical Research Methodology, v. 3, n. 21, 2003.

BATISTONI, S. S. T; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. **Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos brasileiros**. Psico-USF, v. 15, n. 1, p. 13-22, 2010.

BECK, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY International Universities Press, 1976.

BECK, A. T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D.; TREXLER, L. **The measurement of pessimism the hopelessness scale**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 42, p. 861-865, 1974.

BECK, A.T.; ALFORD, B.A. **Depressão causas e tratamento**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BERLIM, M. T.; PERIZZOLO, J.; FLECK, M. P. A. **Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 25, supl. I, p. 51-54, 2003.

BEZERRA, I. H. P. B.; FILHO, I. M.; COSTA, R. J. L. M.; SOUSA, J. S.; CARVALHO, M. V. G. **População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença**. Revista Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 4 -14, 2015a.

BEZERRA, W. C.; FIRMINO, G. C. S.; JAVARROTTI, E. S.; MELO, J. V. M., CALHEIROS, P. F. F.; SILVA, R. G. L. B. **O cotidiano de pessoas em situação de rua: rupturas, sociabilidades, desejos e possibilidades de intervenção da Terapia ocupacional**. Cadernos de Terapia Ocupacional, v. 23, n. 2, p. 335-346, 2015b.

BORGES, D. C. A. **A pobreza como foco da desordem e da violência**. Revista Virtual LEVS, v. 4, p. 1-14, 2009.

BORYSOW I. C.; FURTADO, J. P. **Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave**. Physis. v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013.

BOTTI, N. C. L; CASTRO, C. G.; SILVA, A. K.; SILVA, M. F.; OLIVEIRA, L. C; CASTRO A. C. H. O. A.; FONSECA, L. L. K. **Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte**. Barbarói, v. 33, p. 178-93, 2010a.

BOTTI, N. C. L.; CASTRO, C. G.; SILVA, M. F.; SILVA, A. K.; OLIVEIRA, L. C.; CASTRO, A. C. H. O. A.; FONSECA, L. L. K. **Prevalência de depressão entre**

homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. Jornal brasileiro de psiquiatria, v. 59, p. 10-16. 2010b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **2º Censo da população de rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte: meta 10 – realização de ações de atendimento socioassistencial, de inclusão produtiva e capacitação para população em situação de rua.** Belo Horizonte, MG, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília, DF, 2008a

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sumário Executivo Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, DF, 2008c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Decreto n. 7.053, de 23 de dez de 2009b. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasil, 24 dez. 2009. Seção 1, p.16.

BRASIL. Decreto n. 7.492, de 2 de jun. de 2011a. Institui o plano Brasil sem miséria. **Diário Oficial da União**, Brasil, 03 jun. 2011. Seção 1, p.6.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP.** Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania: Sumário executivo.** Brasília, DF, 2014b

BRASIL. Decreto 8.794, de 29 de junho de 2016. Altera o Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que

institui o Plano Brasil Sem Miséria, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasil, 30 jun. 2016. Seção 1.

BRESSAN, R. A. **A depressão na esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, s.1, p. 27-30, 2000.

BRETANHA A. F.; FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E., THUMÉ, E. **Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015.

BURMANN, T.; CENCI, D. **Urbanização e cidadania: conflitos e contradições da cidade contemporânea**. Revista DIREITO UFMS, v. 3, n. 2, p. 85-102, 2017.

BUSCH-GEERTSEMA, V.; CULHANE D.; FITZPATRICK, S. **Developing a global framework for conceptualising and measuring homelessness**. Habitat International, v. 55, p. 124–132, 2016.

CALIXTO, A. C. S. **Estudo da desesperança e estrutura familiar como fatores de interferência no processo de recuperação do dependente químico**. 2014. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento) - Centro De Ciências Da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2014.

CAMARGO, R.; SIGNOR, L.; BORTOLON, C. B.; MOREIRA, T. C.; FERIGOLO, M.; BARROS, H. M. T. **Fatores de risco para episódios e sintomas depressivos em usuários de álcool e/ou cocaína**. Aletheia, v. 49, p.116-128, 2016.

CARDOSO, C. S.; CAIAFFA, W. T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A. L.; SILVA, J. T.; FONSECA, J. O. P. **Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida**. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 9, p. 2035-2048, 2007.

CARVALHO, S. M. C. **Pessoas em situação de rua: acesso universal às políticas sociais?** UNOPAR Científica Ciências Humanas e Educação; v.14, n. 1, p. 57-64, 2013.

CASSARETTO, M.; MARTÍNEZ, P. **Razones para vivir en jóvenes adultos Validación del RFL-YA**. Revista de Psicología (PUCP), v. 30, p. 169-188, 2012.

CERQUEIRA, A.S.T. **Evolução do processo social população em situação de rua: um estudo sobre pobreza, necessidades humanas e mínimos sociais**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2001, 30 nov.). Resolução CFP nº 25/2001. Define teste psicológico como método de avaliação privativo do psicólogo e regulamenta sua elaboração, comercialização e uso.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2003a, 14 jun.). Resolução CFP nº 007/2003. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Brasília, DF: 2003a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2003b). Resolução CFP nº 002/2003. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Brasília, DF: 2003b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2005). Código de ética profissional do Psicólogo. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em 18 jun de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2012). Resolução CFP nº 005/2012. Altera a Resolução CFP nº 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Brasília, DF: 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2013). Cartilha Avaliação Psicológica. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://satepsi.cfp.org.br/docs/cartilha.pdf>>. Acesso em 18 de jun de 2017.

Cochran, B. N.; Stewart, A. J.; Ginzler, J. A.; Cauce, A. M. **Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts.** American Journal of Public Health, v. 92, n. 5, p. 773-777, 2002.

COHEN, R.; PASKULIN, L. M. G.; PRIEB, R. G. G. **Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, p. 307-317, 2015.

CONNER, K. R.; MCCLOSKEY, M. S.; DUBERSTEIN, P. R. **Psychiatric risk factors for suicide in the alcohol-dependent patient.** Psychiatric Annals, v. 38, n. 11, p. 742-748, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n.466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 20 set. 2018.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. D.; PINTO, L. W. **The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, p. 2089- 2100, 2016.

CORDEIRO J. A. B. L. **Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde do portador de doença renal crônica em tratamento pré-Dialítico.** 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

CORREIO, R. B. S.; COSTA, A. P. **Os limites de um discurso abstrato: políticas públicas, população em situação de rua e direitos humanos no Brasil.** Hendu, v. 4, n. 1, p. 29-38, 2014.

COSTA, A. P. M. **População em situação de rua: contextualização e caracterização.** Textos & Contextos, n. 4, p. 1-15, 2005.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R. **Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal.** Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008.

CRONBACH, L. J. **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** Psychometrika, v.16, p. 297-334, 1951.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUNHA, R. V. D; Bastos, G. A. N.; Duca, G. F. D. **Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, n. 2, p. 346-354, 2012.

Da Costa, I. A.N.C. **Adolescência: Ideação Suicida, Depressão, Desesperança e Memórias Autobiográficas (dissertação).** Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.

DANTAS, M. **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

DEL PORTO, J. A. **Conceito e diagnóstico.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n. 1, p. 06-11, 1999.

ELY, P.; NUNES, M. F. O. N.; CARVALHO, L. F. **Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelato no Brasil.** Avaliação Psicológica, v. 13, n. 3, p. 419-426, 2014.

FERIGOLO, M.; STEIN, A. T.; FUCHS, F. D.; BARROS, H. M. **Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 31, n. 2, p. 106-113, 2009.

FERREIRA, A. S.; BICALHO, B. P., NEVES, L. F. G.; MENEZES, M.T.; SILVA, T. A., FAIER, T. A.; MACHADO, R. M. **Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 4, p. 321-328, 2016.

FERRO, M. C. T. **Política nacional para a população em situação de rua: o protagonismo dos invisibilizados.** In: Revista Direitos Humanos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2012. n. 8, p. 35-39.

FIGUEIREDO, M. S. L. **Transtornos ansiosos e transtornos depressivos - aspectos diagnósticos.** SPAGESP, v. 1 n. 1, p. 89-97, 2000.

FIORATI, R. C.; CARRETA, R. Y. D.; KEBBE, L.M.; CARDOSO, B.L.C; XAVIER, J.J.S.X. **As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. spe, e72861, 2016.

FIPE - FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo**: 2015. São Paulo, 2015.

FLECK, M.; LIMA, A.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V.; CAMEY, S. **Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil**. Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. **Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.

GAMEIRO, S.; CARONA, C.; PEREIRA, M.; CANAVARRO, M. C.; SIMÕES, M.; RIJO, D.; QUARTILHO, M. J. PAREDES, T.; SERRA, A. V. **Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral**. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 9, n. 1, p. 103-112, 2008.

GARCIA, M. R. V. **Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS**. Temas em Psicologia, v. 21, n. 3, p. 1005-1019, 2013.

GATTIS, M. N.; LARSON, A. **Perceived microaggressions and mental health in a sample of black youths experiencing homelessness**. Social Work Research, v. 41, Issue 1, p. 7–17, 2017.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. S.; TAVARES, B. F.; HALLAL, P. C. **Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil**. Revista de Saúde, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Mathias Lambert. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOIÂNIA. Lei nº 9.778, DE 29 DE MARÇO DE 2016a. Dispõe sobre o Plano Municipal de Atenção à População em Situação de Rua. **Diário Oficial do Município - Eletrônico**, Goiânia, 30 mar. 2016. Edição nº 6294, p. 19

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. **Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 25, p. 245-250, 1998.

GRANGEIRO, A. L; HOLCMAN, M. M; ONAGA, E. T.; ALENCAR, H. D. R.; PLACCO; A. L. N.; TEIXEIRA, P. R. **Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP**. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012.

GUIMARÃES, V. O. S. **Construção histórico-social da pobreza: desnaturalização da percepção das desigualdades sociais.** Revista Científic@, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2016.

HAYASHI, N.; IGARASHI, M.; IMAI, A.; YOSHIZAWA, Y.; UTSUMI, K.; ISHIKAWA, Y.; TOKUNAGA, T.; ISHIMOTO, K.; HARIMA, H.; TATEBAYASHI, Y.; KUMAGAI, N.; NOZU, M.; ISHII, H.; OKAZAKI, Y. **Post-hospitalization course and predictive signs of suicidal behavior of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital: a 2-year prospective follow-up study.** BMC Psychiatry, v. 12, p. 174-186, 2012.

HILLMAN, J. Suicídio e Alma. Tradução de Sonia Maria Caluby Labate. 4ª edição. Petrópolis: Vozes, 2011.

KOZLOFF, N.; STERGIOPOULOS, V.; ADAIR, C. E.; CHEUNG, A. H.; MISIR, V.; TOWNLEY, G.; BOURQUE, J.; KRAUSZ, M.; GOERING, P. **The unique needs of homeless youths with mental illness: baseline findings from a housing first trial.** Psychiatric services, v. 67, n. 10, p. 1083-1090, 2016a.

KOZLOFF, N.; ADAIR, C. E.; LAZGARE, L. I. P.; POREMSKI, D.; CHEUNG, A. H.; SANDU, R.; STERGIOPOULOS, V. **Housing first for homeless youth with mental illness.** Pediatrics, v. 138, n. 4, e20161514, 2016b.

KRAUSZ, R. M.; CLARKSON, A. F.; STREHLAU, V.; TORCHALLA, L.; LI, K.; SCHUETZ, C. G. **Mental disorders, service use and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 48, p. 1235–1243, 2013.

LANGARO, F. N.; BENETTI, S. P. C. **Subjetividad contemporánea: narcisismo y estados afectivos en un grupo de jóvenes adultos.** Psicología Clínica, v. 26, n. 2, p. 197-215, 2014.

LARA, M. A.; NAVARRO, C.; ACEVEDO, M.; BEREZON, S.; MONDRAGON, L.; RUBI, N. A. **A intervenção psicoeducativa para mulheres com depressão: uma análise qualitativa do processo.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 3, p. 818-828, 2004.

LEAL, G. F. **Exclusão como ruptura de laços sociais: uma crítica do conceito.** Mediações: Revista de Ciências Sociais, v. 14, n. 1, p. 260-274, 2009.

LEITE, I. S.; SEMINOTTI, E. P. **A influência da espiritualidade na prática clínica em saúde mental: uma revisão sistemática.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 2, p. 189-196, 2013.

MACHAIN, A. C.; VÉLEZ, N. A.; GARCÍA, F. J.; LUGO, E. K.; GARCÍA, S. C.; MORA, M. E. **Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana.** Salud Mental, v. 31, n. 4, p. 291-297, 2008.

MADIANOS, M. G.; CHONDRAKI, P.; PAPADIMITRIOU, G. N. **Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in Athens area: a cross-**

sectional study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 48, n. 8, p. 1225-34, 2013.

MARCON, S. R.; RUBIRA, E. A.; ESPINOSA, M. M.; BARBOSA, D. A. **Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.

MARCON, S. R.; XAVIER, J. S.; BARCELON, A. A.; ESPINOSA, M. M.; BARBOSA, D. A. **Correlação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. 4, p. 663-669, 2014.

MASSIE, M. J. **Prevalence of depression in patients with cancer.** Journal of the National Cancer Institute, v. 32, p. 57-71, 2004.

MATOS, A. C. S.; OLIVEIRA, I. R. **Terapia Cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso.** Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 12, n. 4, p. 512-519, 2013.

MEDEIROS H. L. V.; SOUGEY, E. B. **Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 59, n. 1, p. 28-33, 2010.

MENDES, C. R. P.; HERR, J. F. **Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad.** Revista Psicologia & Saúde, v. 6, n. 1, 2014.

MINGHELLI, B.; TOMÉ, B.; NUNES, C.; NEVES, A.; SIMÕES, C. **Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários.** Revista de Psiquiatria Clínica, v. 40, n. 2, p. 71-76, 2013.

MINKOFF, K.; BERGMAN, E.; BECK, A.T.; BECK, R. **Hopelessness, depression and attempted suicide.** American Journal of Psychiatry, v. 130, n. 4, p. 455-459, 1973.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. **Religiousness and mental health: a review.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. **Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade.** Ciência e Cultura, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016.

MUKAKA, M. M. **A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research.** Malawi Medical Journal, v. 24, n. 3, p. 69-71, 2012.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua.** IPEA, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf>. Acesso em: 18 de set. de 2018.

NDUNA, M.; JEWKES, R. K.; DUNKLE, K. L.; SHAI, N. P.; COLMAN, I. **Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and**

relationship characteristics: a prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa. Journal of the International AIDS Society, v. 13, n. 44, p. 1-8, 2010.

NETO, A. P. S. **Qualidade de vida de pessoas em situação de rua do Brasil central.** 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

NGUYEN, T. T.; TCHETGEN TCHETGEN, E. J.; KAWACHI, I.; GILMAN, S. E.; WALTER, S.; GLYMOUR, M. M. **The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms.** SSM - Population Health. v. 3, p. 586-593, 2017.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Ministério da Justiça. **Cocaína e Crack.** Disponível em: <<https://obid.senad.gov.br/nova-arquitetura/dados/drogas-de-a-a-z/cocaina-e-crack>>. Acesso em: 11 de jan. de 2019.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. A.; CRUVINEL, M.; NERI, A. L. **Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos.** Psicologia em Estudo, v. 11, n. 2, p. 351-359, 2006.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. **Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos.** Estudos de Psicologia, v. 17, n. 3, p. 469-76, 2012.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Brasil: OMS; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Basic documents.** 48th ed. Itália: WHO; 2014.

PAIVA, C. B.; FERREIRA, I. B.; BOSA, V. L.; NARVAEZ, J. C. M. **Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment.** Trends in Psychiatry and Psychotherapy, v. 39, n. 1, p. 34-42., 2017.

PAIVA, I. K. S.; LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; MIRANDA, M. G. O.; SARAIVA, A. K. M. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PARANHOS M. E; WERLANG B. G. **Diagnóstico e intensidade da depressão.** Barbarói, n. 31, p. 111 -125, 2009.

PARANHOS, M. E.; ARGIMON, I. I. L.; WERLANG, B. S. G. **Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes.** Avaliação psicológica, v. 9, n. 3, p. 383-392, 2010.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas".** Psicologia & Sociedade, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, D. A.; MARQUES, M. F.; HÜBNE, C. K., SILVA, K. J. F. **Sintomas depressivos e abuso de drogas entre mulheres presas na cadeia pública**

feminina de Votorantim/SP. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 16, n. 2, p. 71-75, 2014.

PEREIRA, V. C. L. S.; ANDRADE, F. A.; ESPÍNOLA, L. L.; AZEVEDO, E. B.; NOGUEIRA, J. A.; FERREIRA FILHA, M. O. **Sofrimento psíquico em adolescentes associado ao alcoolismo familiar: possíveis fatores de risco.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 178-85, 2015.

PINTO, V. M.; TANCREDI, M. V.; ALENCAR, H. D. R.; CAMOLESI, E.; HOLCMAN, M. M.; GRECCO, J. P.; GRANGEIRO, A.; GRECCO, E. T. O. **Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, n. 2, p. 341-354, 2014.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C.; MACHADO, S. **Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento.** Temporalis, v. 11, p. 191-215, 2011.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. **Prefeitura de Goiânia inaugura unidade Centro Pop.** Portal Prefeitura de Goiânia, 2015. Disponível em: <<http://www4.goiania.go.gov.br/portal/pagina/?pagina=noticias&s=1&tt=not&cd=8795&fn=true>>. Acesso em: 19 set. 2017.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. **Casa de Acolhida Cidadã.** Portal Prefeitura de Goiânia, 2016. Disponível em: <<http://www4.goiania.go.gov.br/portal/site.asp?s=782&m=1762>>. Acesso em: 19 set. 2017.

RAMÍREZ, R. L.; MARTÍNEZ, M. O. A. **Fatores associados com depressão nas grandes urbes: o caso do Distrito Federal do México.** Rev. Gerenc. Polit. Salud, v. 10, n. 20, p. 111-120, 2011.

REAM, G. L.; FORGE, N. **Homeless lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) youth in New York City: insights from the field.** Child Welfare, v. 93, n. 2, p. 7-22, 2014.

REPPOLD, C. T.; SERAFINI, A. J.; RAMIRES, D. A.; GURGEL, L. G. **Análise dos manuais psicológicos aprovados pelo SATEPSI para avaliação de crianças e adolescentes no Brasil.** Avaliação psicológica, v. 16, n. 1, p. 19-28, 2017.

ROHDE, P.; NOELL, J.; OCHS, L.; SEELEY, J. R. **Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents.** Journal of Adolescence, v. 24, n. 4, p. 447-460, 2001.

ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C.; GAZALLE, F. K.; AZEVEDO, M. R.; HALLAL, P. C. **Prevalence of depressive symptoms and associated factors among southern Brazilian adults: cross-sectional population-based study.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 13, n. 4, p. 620-629, 2010.

ROZE, M.; VANDENTORREN, S.; VAN-DER-WAERDEN, J.; MELCHIOR, M. **Factors associated with depression among homeless mother**. Journal of Affective Disorders, v. 229, p. 314-321, 2018.

SALVATO, M. A.; FERREIRA, P. C. G.; DUARTE, A. J. M. **O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda**. Estudos Econômicos. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791, 2010.

SANTANA, C. L. A.; ROSA, A. S. (Org.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. **A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação**. O Mundo da Saúde, v. 34, p. 488-497, 2010.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de assistência e desenvolvimento social. **Relatório completo do censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo**. São Paulo, SP, 2015.

SILVA, M. L. L. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil – 1995 a 2005. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SILVA, J.; VENTURA, C. A.; VARGENS, O. M.; LOYOLA, C. M.; ALBARRACÍN, D. G.; DIAS, J.; FUNES G. M.; HERNÁNDEZ, M. G.; TORRES, R. M.; RODRIGUES, R. J. **Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. spe, p. 763-769, 2009.

SILVEIRA, R. W. M. **Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis**. Revista do NUFEN, v. 8, n.1, p. 110-128, 2016.

SIQUEIRA, R.; CARDOSO, H. **O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana**. Imagonautas, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011.

SOLOMON, M.S. **Barriers to education in homeless youth**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - The School of Graduate and Postdoctoral Studies, Western University, Ontario, 2013.

SOUSA, D.; PINHO, L. G.; PEREIRA, A. **Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia**. Psicologia, Saúde & Doença, v. 18 n. 1, p. 91-101, 2017.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. **Making sense of Cronbach's alpha**. International Journal of Medical Education, v. 2, p. 53-55, 2011.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. **Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 5, p. 1205-1213, 2011.

TORCHALLA, I.; LI, K.; STREHLAU, V.; LINDEN, I. A.; KRAUSZ, M. **Religious participation and substance use behaviors in a canadian sample of homeless people.** Community Mental Health Journal, v. 50, p. 862–869, 2014.

TRONCO, G. B.; RAMOS, M. P. **Linhas de pobreza no Plano Brasil Sem Miséria: análise crítica e proposta de alternativas para a medição da pobreza conforme metodologia de Sonia Rocha.** Revista de Administração Pública, v. 51, n. 2, p. 294-311, 2017.

VALE, A. L. F.; LIMA, L. C.; BONFIM, M. G. **Século XX: 70 anos de migração interna no Brasil.** Textos e Debates, n. 7 p. 22-43, 2012.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde.** Saúde e Sociedade, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.

VÁZQUEZ, J. J.; PANADERO, S.; ZÚÑIGA, C. **Attributions about homelessness in homeless and domiciled people in Madrid, Spain: "Why are they homeless people?"**, American Journal of Orthopsychiatry, v. 88, n. 2, p. 236-247, 2017.

VERAS, R. M.; SOUZA, G. B.; MACEDO, B. T. F.; GUERRA, D. K. **As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do Centro Histórico de Salvador, Bahia.** Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas, v. 15, n. 106, p. 161-178, 2014.

WANG, Y. Y.; JIANG, N. Z.; CHEUNG, E. F.; SUN, H. W.; CHAN, R. C. **Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder.** Journal of Affective Disorders, v. 183, p. 83-89, 2015.

Whipple M. O.; Lewis, T. T.; Sutton-Tyrrell, K; Matthews K. A; Barinas-Mitchell, E.; Powell, L. H.; Everson-Rose, S.A. **Hopelessness, depressive symptoms and carotid atherosclerosis in women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Heart Study.** Stroke, v. 40, n. 10, p. 3166-3172, 2009.

Whitbeck, L. B.; Hoyt, D. R.; Johnson, K.; Chen, X. **Victimization and Posttraumatic Stress Disorder among Runaway and Homeless Adolescents.** Violence and Victims, v. 22, n. 6, p. 721-734, 2007.

Yaseen, Z. S.; Gilmer, E.; Modi, J.; Cohen, L. J.; Galynker, I. I. **Emergency room validation of the revised suicide trigger scale (STS-3).** A measure of a hypothesized suicide trigger state. Plos One, v. 7, p. 1-9, 2012.

Anexo I – Parecer Consubstanciado



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 25 de março de 2013.

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo nº 045/13

I – Identificação

Titulo do projeto: *Estudo da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites B e C e sífilis em população em situação de rua de Goiânia-Goiás: prevalência e fatores de risco.*

Pesquisadores Responsáveis: Marcos André de Matos e Marcia Maria de Souza.

Pesquisadores participantes: Natália Alves Martins, Brenda Kelly Gonçalves Nunes, Anna Paula Duarte Moreira, Stéfany Martins Silva, Andressa Cunha de Paula, Alessandra Dias Lemes Guerra e Paulie Marcelly Santos.

Instituição onde será realizado o estudo: Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Data de apresentação ao CEP/UFG: 20/02/2013

Área Temática:III

Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

II – Estrutura do Protocolo (verificação dos documentos solicitados)

Todos os documentos necessários constam no protocolo: Folha de Rosto de CEP/UFG, Folha de Rosto do CONEP, projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, orçamento detalhado do projeto, endereço eletrônico para acessar currículo dos pesquisadores na Plataforma *Lattes*, cópia digital do protocolo em CD-ROOM e Termo de Compromisso assinado por todos os pesquisadores participantes.

III – Projeto de pesquisa

a) Descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto.

A população em situação de rua apresenta comportamentos de risco para as infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites B e C e sífilis como: uso de drogas ilícitas, não adesão ao método de barreira (preservativo), dentre outros. Tendo em vista tais situações e a falta de estudos específicos sobre o tema em relação à população em situação de rua de Goiânia-Goiás devido às dificuldades operacionais e financeiras de acesso ao grupo social, o projeto objetiva identificar a prevalência das infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites B e C e sífilis nesta população e também subsidiar estratégias de assistência a essa população como ações de vacinação.

b) Análise das questões éticas.

Como o projeto tem como objetivo a investigação a partir da população em situação de rua, os pesquisadores cercam-se de cuidados relacionados às questões éticas como a intervenção por meio de parcerias com a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde (Departamento de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais), bem como treinamentos a ser oferecido aos auxiliares da pesquisa realizados pelo Núcleo de Epidemiologia e Cuidados aos Agravos Infecciosos, com ênfase nas Hepatites Virais da FEN/UFG (NECAIH) e do Programa de Extensão SEMPRE VIVA. O material a ser utilizado na coleta de dados (seringas e agulhas descartáveis e imunógenas) será oferecido pelo Departamento de Imunização do Município de Goiânia. Há referência ao sigilo sobre a identificação do sujeito participante da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.

Email: cep.prppg.ufg@gmail.com



e) Descrição clara do desenho e metodologias do projeto.

A pesquisa será desenvolvida no período de novembro de 2012 a dezembro de 2015, com coleta de dados prevista para o período entre julho e setembro de 2013. A metodologia consiste em realização de entrevistas com população em situação de rua, realização de testes rápidos para as infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis encaminhamento dos entrevistados a atividades educativas, vacinação contra Hepatite B, encaminhamento para consulta para realização de exames clínicos e encaminhamento para tratamento. Os dados obtidos na coleta serão analisados por programa estatístico. No texto do projeto estão apresentadas a garantia de sigilo da identidade dos sujeitos.

d) Critérios de participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa)

Serão considerados **critérios de inclusão**: ser população em situação de rua; estar em condições de participar do estudo (sem uso de drogas ilícitas e do álcool) e entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Como **critérios de exclusão**: não estar em situação de rua; estar sob o efeito de drogas ilícitas e do álcool e não apresentar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

e) Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos.

Não há riscos em relação à participação dos sujeitos na pesquisa. Os benefícios relacionam-se ao conhecimento individual sobre ser portador de alguma das doenças e sobre a possibilidade de tratamento e prevenção por meio de vacinação e de medidas sócio-preventivas.

f) Adequação das condições para realização da pesquisa.

Projeto com fomento do PROEXT edital 04/2012. A SMS de Goiânia (Coordenação de DST/HIV/AIDS e hepatites virais) disponibilizará os imunógenos para a vacinação e os testes rápidos para as infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis. Foram apresentados endereços eletrônicos dos currículos *lattes* da pesquisadora responsável e dos pesquisadores participantes.

IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

a) Avaliação do processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O TCLE será apresentado aos sujeitos da pesquisa antes da coleta de dados.

b) Análise do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O documento está escrito de forma clara com linguagem adequada.

c) Verificação das garantias de privacidade e confidencialidade estão garantidas no projeto de pesquisa e no TCLE

Estão previstas no TCLE.

V – Parecer do CEP: Protocolo Aprovado, smj desse Comitê.

VI – Data da reunião: 25/03/2013

Observação: Indicar um telefone da equipe com a possibilidade de ligação a cobrar para que os sujeitos possam retirar dúvidas sobre a pesquisa.


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFV

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFV, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,
Campus Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia - Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.
Email: cep.prppg.ufv@gmail.com

Anexo II – Carta-Acordo

ANEXO I – CARTA-ACORDO Nº 100/2013

Atividades a serem desenvolvidas
Subprojeto Aprovado

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS

| | |
|---|---|
| 1. IDENTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE SUBPROJETO DE PESQUISA | |
| 1.1. TÍTULO DO SUBPROJETO DE PESQUISA | |
| Estudo da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites B e C e sífilis em população em situação de rua de Goiânia-Goiás: prevalência e fatores de risco. | |
| 1.2. NÚMERO DA CONVOCATÓRIA E NOME DO EDITAL DE PESQUISA | |
| Número: Edital 01/2013. | Nome: edital para seleção de subprojetos de pesquisa em DST, HIV/AIDS e hepatites virais – processo licitatório nº 01/2013. |
| 1.3. TEMA E LINHA TEMÁTICA (citar exatamente o tema e a linha temática correspondente à proposta de pesquisa submetida, como, por exemplo: TEMA I: Prevenção e Epidemiologia – Linha temática 2 Aspectos estruturais, sociais, culturais e comportamentais associados à infecção do HIV, incluindo estigma e preconceito). | |
| TEMA II: DIAGNÓSTICO, DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO. Linha temática: Novas estratégias de intervenção para ampliar a testagem e diagnóstico de HIV, outras DST e hepatites virais em populações em situação de maior vulnerabilidade, especialmente travestis, transgêneros, jovens gays, profissionais do sexo, usuários de drogas, população privada de liberdade e população de rua. | |
| 2. DADOS DA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA (instituição que será responsável pela assinatura do instrumento jurídico e pelo recebimento dos recursos) | |



ANEXO II – CARTA-ACORDO Nº 100/2013

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Para o alcance dos produtos previstos nesta **Carta-Acordo**, foi estabelecido o valor total de **R\$ 95.915,20** (Noventa e cinco mil, novecentos e quinze reais e vinte centavos) a ser transferido para a(o) **Financiada(o)**, de acordo com o cronograma de desembolso abaixo:

| Nº DE PARCELAS | CONDIÇÕES PARA LIBERAÇÃO DE RECURSOS | VALOR R\$ |
|----------------|---|----------------------|
| 1ª | 30% - Na assinatura do contrato. | 28.774,56 |
| 2ª | 40% - Até 05 (cinco) meses da assinatura do contrato, mediante apresentação e aprovação do Relatório Técnico Parcial 01 e da Prestação de Contas de, no mínimo, 80% da parcela 1. | 38.366,08 |
| 3ª | 30% - Até 10 (dez) meses da assinatura do contrato, mediante apresentação e aprovação do Relatório Técnico Parcial 02 e da Prestação de Contas de, no mínimo, 80% da parcela 2. | 28.774,56 |
| TOTAL | | R\$ 95.915,20 |

Anexo III - BDI



Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido **na última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

| | |
|--|---|
| <p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p> | <p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> |
|--|---|

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO



Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
 Copyright © 1993 Associação Brasileira de Tradução para a Língua Portuguesa
 Todos os direitos reservados.



7 898821 710758



© 2017 Casapal Livraria e Editora Ltda
 Tradução e adaptação brasileira.
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
 qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

| | |
|---|---|
| <p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p> | <p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p> |
|---|---|

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo IV - BHS



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tomar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> E |

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

**Casa do
Psicólogo®**

© 2001 Casapal Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BHS é um logotipo de NCS Pearson, Inc.

ANEXO V – Normas para publicação do periódico Revista de Saúde Pública

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. Informações gerais
2. Categorias de artigos
3. Dados de identificação do manuscrito
4. Conflito de interesses
5. Declarações e documentos
6. Preparo do manuscrito
7. Checklist para submissão
8. Processo editorial
9. Taxa de publicação

1. INFORMAÇÕES GERAIS

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS – checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

2. CATEGORIAS DE ARTIGOS

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade,

análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: até 30 no total.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicações breves

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: uma tabela ou figura.
- Número de referências: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consulte:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises

Revisão narrativa/crítica – A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Formatação:

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Número de referências: sem limites.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e “oxigenar” controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Formatação:

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número de referências: até 30 no total.
- Número de tabelas/figuras: até 5 no total.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MANUSCRITO**Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

4. Conflito de interesses

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

| Documento/declaração | Quem assina | Quando anexar |
|--|--------------------|----------------------|
| a. Carta de Apresentação | Todos os autores | Na submissão |
| b. Declaração de responsabilidade | Todos os autores | Na submissão |
| c. Responsabilidade pelos Agradecimentos | Autor responsável | Após a aprovação |
| d. Transferência de Direitos Autorais | Todos os autores | Após a aprovação |

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores e deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.
- Responder: Qual a novidade do seu estudo? Por que deve ser publicado nesta revista?

b) Declaração de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

No caso de grupo grande ou multicêntrico ter desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente os critérios para autoria definidos acima e os editores solicitarão a eles as declarações exigidas na submissão de manuscritos. O autor correspondente deve indicar claramente a forma de citação preferida para o nome do grupo e identificar seus membros. Normalmente serão listados no final do texto do artigo.

Aquisição de financiamento, coleta de dados, ou supervisão geral de grupos de pesquisa, somente, não justificam autoria.

Contribuição:

Local, data Assinatura

c) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo): • Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas não preencheram os critérios de autoria, estão nomeados com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito. • Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

d) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores:_____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês: O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido: Deve conter até 45 caracteres.

Descritores: Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *keywords*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas: Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos etc.

Resumo: São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução: Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos: Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão: A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to

Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documento citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).

9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação , verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

8. Processo editorial

a) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

b) Provas

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa revisão o autor receberá nova prova, no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A Revista adota o sistema de publicação continuada (*rolling pass*). Desta forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de outros artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

9. Taxa de publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa para garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A USP garante os recursos básicos, mas não são suficientes. Assim, temos que contar com recursos complementares, além das agências de fomento.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, mas que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de **janeiro de 2017**, o valor da taxa será de R\$ 2.200,00 para Artigo Original, Revisão e Comentário, e de R\$ 1.500,00 para Comunicação Breve. O pagamento deverá ser efetuado após a aprovação do artigo.

A RSP fornecerá aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa, perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

ANEXO VI – Normas para publicação do periódico BMC Public Health

SUBMISSION GUIDELINES

Our 3-step submission process

1. BEFORE YOU SUBMIT

Now you've identified a journal to submit to, there are a few things you should be familiar with before you submit.

Make sure you are submitting to the most suitable journal -Aims and scope

Understand the costs and funding options -Fees and funding

Make sure your manuscript is accurate and readable -Language editing services

Understand the copyright agreement -Copyright

2. READY TO SUBMIT

To give your manuscript the best chance of publication, follow these policies and formatting guidelines.

BMC Public Health publishes the following article types:

-
- Research article
 - Technical advance article
 - Database article
 - Software article
 - Debate
 - Case report
 - Study protocol
-

Click the relevant link to find style and formatting information for the article you are going to submit.

General formatting rules for all article types -Preparing your manuscript

Make sure your submission is complete -Prepare supporting information

Copyright and license agreement -Conditions of publication

Read and agree to our Editorial Policies -Editorial policies

3. SUBMIT AND PROMOTE

After acceptance, we provide support so your article gains maximum impact in the scientific community and beyond.

Please note that manuscript can only be submitted by an author of the manuscript and may not be submitted by a third party.

Who decides whether my work will be accepted? -Peer-review policy

Want to submit to a different journal? -Manuscript transfers

Spreading the word -Promoting your publication

RESEARCH ARTICLE

1.1. *Criteria*

Research articles should report on original primary research, but may report on systematic reviews of published research provided they adhere to the appropriate reporting guidelines which are detailed in our editorial policies. Please note that non-commissioned pooled analyses of selected published research will not be considered.

Authors who need help depositing and curating data may wish to consider uploading their data to Springer Nature's Research Data Support or contacting our Research Data Support Helpdesk. Springer Nature's Research Data Support provides data deposition and curation to help authors follow good practice in sharing and archiving of research data, and can be accessed via an online form. The services provide secure and private submission of data files, which are curated and managed by the Springer Nature Research Data team for public release, in agreement with the submitting author. These services are provided in partnership with figshare. Checks are carried out as part of a submission screening process to ensure that researchers who should use a specific community-endorsed repository are advised of the best option for sharing and archiving their data. Use of

Research Data Support is optional and does not imply or guarantee that a manuscript will be accepted.

1.2. *Preparing your manuscript*

The information below details the section headings that you should include in your manuscript and what information should be within each section.

Please note that your manuscript must include a 'Declarations' section including all of the subheadings (please see below for more information).

1.2.1. Title page

The title page should:

- present a title that includes, if appropriate, the study design e.g.:
 - "A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial", "X is a risk factor for Y: a case control study", "What is the impact of factor X on subject Y: A systematic review"
 - or for non-clinical or non-research studies a description of what the article reports
- list the full names, institutional addresses and email addresses for all authors
 - if a collaboration group should be listed as an author, please list the Group name as an author. If you would like the names of the individual members of the Group to be searchable through their individual PubMed records, please include this information in the "Acknowledgements" section in accordance with the instructions below
- indicate the corresponding author

1.2.2. Abstract

The Abstract should not exceed 350 words. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract. Reports of randomized controlled trials should follow the CONSORT extension for abstracts. The abstract must include the following separate sections:

- **Background:** the context and purpose of the study
- **Methods:** how the study was performed and statistical tests used
- **Results:** the main findings
- **Conclusions:** brief summary and potential implications
- **Trial registration:** If your article reports the results of a health care intervention on human participants, it must be registered in an

appropriate registry and the registration number and date of registration should be stated in this section. If it was not registered prospectively (before enrollment of the first participant), you should include the words 'retrospectively registered'. See our editorial policies for more information on trial registration

1.2.3. Keywords

Three to ten keywords representing the main content of the article.

1.2.4. Background

The Background section should explain the background to the study, its aims, a summary of the existing literature and why this study was necessary or its contribution to the field.

1.2.5. Methods

The methods section should include:

- the aim, design and setting of the study
- the characteristics of participants or description of materials
- a clear description of all processes, interventions and comparisons. Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses
- the type of statistical analysis used, including a power calculation if appropriate

1.2.6. Results

This should include the findings of the study including, if appropriate, results of statistical analysis which must be included either in the text or as tables and figures.

1.2.7. Discussion

This section should discuss the implications of the findings in context of existing research and highlight limitations of the study.

1.2.8. Conclusions

This should state clearly the main conclusions and provide an explanation of the importance and relevance of the study reported.

1.2.9. List of abbreviations

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations should be provided.

1.3. *Declarations*

All manuscripts must contain the following sections under the heading 'Declarations':

- Ethics approval and consent to participate
- Consent for publication
- Availability of data and material
- Competing interests
- Funding
- Authors' contributions
- Acknowledgements
- Authors' information (optional)

Please see below for details on the information to be included in these sections.

If any of the sections are not relevant to your manuscript, please include the heading and write 'Not applicable' for that section.

1.3.1.1 Ethics approval and consent to participate

Manuscripts reporting studies involving human participants, human data or human tissue must:

- include a statement on ethics approval and consent (even where the need for approval was waived)
- include the name of the ethics committee that approved the study and the committee's reference number if appropriate

Studies involving animals must include a statement on ethics approval.

See our editorial policies for more information.

If your manuscript does not report on or involve the use of any animal or human data or tissue, please state "Not applicable" in this section.

1.3.1.2 Consent for publication

If your manuscript contains any individual person's data in any form (including any individual details, images or videos), consent for publication must be obtained from that person, or in the case of children, their parent or legal guardian. All presentations of case reports must have consent for publication.

You can use your institutional consent form or our consent form if you prefer. You should not send the form to us on submission, but we may request to see a copy at any stage (including after publication).

See our editorial policies for more information on consent for publication.

If your manuscript does not contain data from any individual person, please state “Not applicable” in this section.

1.3.1.3 Availability of data and materials

All manuscripts must include an ‘Availability of data and materials’ statement. Data availability statements should include information on where data supporting the results reported in the article can be found including, where applicable, hyperlinks to publicly archived datasets analysed or generated during the study. By data we mean the minimal dataset that would be necessary to interpret, replicate and build upon the findings reported in the article. We recognise it is not always possible to share research data publicly, for instance when individual privacy could be compromised, and in such instances data availability should still be stated in the manuscript along with any conditions for access.

Data availability statements can take one of the following forms (or a combination of more than one if required for multiple datasets):

- The datasets generated and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS]
- The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.
- All data generated or analysed during this study are included in this published article [and its supplementary information files].
- The datasets generated and/or analysed during the current study are not publicly available due [REASON WHY DATA ARE NOT PUBLIC] but are available from the corresponding author on reasonable request.
- Data sharing is not applicable to this article as no datasets were generated or analysed during the current study.
- The data that support the findings of this study are available from [third party name] but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of [third party name].

- Not applicable. If your manuscript does not contain any data, please state 'Not applicable' in this section.

More examples of template data availability statements, which include examples of openly available and restricted access datasets, are available [here](#).

BioMed Central also requires that authors cite any publicly available data on which the conclusions of the paper rely in the manuscript. Data citations should include a persistent identifier (such as a DOI) and should ideally be included in the reference list. Citations of datasets, when they appear in the reference list, should include the minimum information recommended by DataCite and follow journal style. Dataset identifiers including DOIs should be expressed as full URLs. For example:

Hao Z, AghaKouchak A, Nakhjiri N, Farahmand A. Global integrated drought monitoring and prediction system (GIDMaPS) data sets. figshare. 2014. <http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.853801>

With the corresponding text in the Availability of data and materials statement:

The datasets generated during and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS].^[Reference number]

1.3.1.4 Competing interests

All financial and non-financial competing interests must be declared in this section.

See our editorial policies for a full explanation of competing interests. If you are unsure whether you or any of your co-authors have a competing interest please contact the editorial office.

Please use the authors initials to refer to each authors' competing interests in this section.

If you do not have any competing interests, please state "The authors declare that they have no competing interests" in this section.

1.3.1.5 Funding

All sources of funding for the research reported should be declared. The role of the funding body in the design of the study and collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript should be declared.

1.3.1.6 Authors' contributions

The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Guidance and criteria for authorship can be found in our editorial policies.

Please use initials to refer to each author's contribution in this section, for example: "FC analyzed and interpreted the patient data regarding the hematological disease and the transplant. RH performed the histological examination of the kidney, and was a major contributor in writing the manuscript. All authors read and approved the final manuscript."

1.3.1.7 Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the article who does not meet the criteria for authorship including anyone who provided professional writing services or materials.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

See our editorial policies for a full explanation of acknowledgements and authorship criteria.

If you do not have anyone to acknowledge, please write "Not applicable" in this section.

Group authorship (for manuscripts involving a collaboration group): if you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the "Acknowledgements" section. Please add authors in the format First Name, Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Please note that individual names may not be present in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

1.3.1.8 Authors' information

This section is optional.

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or

societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

1.3.2. Endnotes

Endnotes should be designated within the text using a superscript lowercase letter and all notes (along with their corresponding letter) should be included in the Endnotes section. Please format this section in a paragraph rather than a list.

1.3.3. References

Examples of the Vancouver reference style are shown below.

See our editorial policies for author guidance on good citation practice

Web links and URLs: All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed, in the following format: The Mouse Tumor Biology Database. <http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>. Accessed 20 May 2013. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link, such as for weblogs, then they should be included in the reference.

Example reference style:

Article within a journal

Smith JJ. The world of science. *Am J Sci.* 1999;36:234-5.

Article within a journal (no page numbers)

Rohrmann S, Overvad K, Bueno-de-Mesquita HB, Jakobsen MU, Egeberg R, Tjønneland A, et al. Meat consumption and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *BMC Medicine.* 2013;11:63.

Article within a journal by DOI

Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Dig J Mol Med.* 2000; doi:10.1007/s801090000086.

Article within a journal supplement

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. *Blood* 1979;59 Suppl 1:26-32.

Book chapter, or an article within a book

Wyllie AH, Kerr JFR, Currie AR. Cell death: the significance of apoptosis. In: Bourne GH, Danielli JF, Jeon KW, editors. *International review of cytology*. London: Academic; 1980. p. 251-306.

OnlineFirst chapter in a series (without a volume designation but with a DOI)

Saito Y, Hyuga H. Rate equation approaches to amplification of enantiomeric excess and chiral symmetry breaking. *Top Curr Chem*. 2007. doi:10.1007/128_2006_108.

Complete book, authored

Blenkinsopp A, Paxton P. *Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.

Online document

Doe J. Title of subordinate document. In: *The dictionary of substances and their effects*. Royal Society of Chemistry. 1999. <http://www.rsc.org/dose/title> of subordinate document. Accessed 15 Jan 1999.

Online database

Healthwise Knowledgebase. *US Pharmacopeia*, Rockville. 1998. <http://www.healthwise.org>. Accessed 21 Sept 1998.

Supplementary material/private homepage

Doe J. Title of supplementary material. 2000. <http://www.privatehomepage.com>. Accessed 22 Feb 2000.

University site

Doe, J: Title of preprint. <http://www.uni-heidelberg.de/mydata.html> (1999). Accessed 25 Dec 1999.

FTP site

Doe, J: Trivial HTTP, RFC2169. <ftp://ftp.isi.edu/in-notes/rfc2169.txt> (1999). Accessed 12 Nov 1999.

Organization site

ISSN International Centre: The ISSN register. <http://www.issn.org> (2006). Accessed 20 Feb 2007.

Dataset with persistent identifier

Zheng L-Y, Guo X-S, He B, Sun L-J, Peng Y, Dong S-S, et al. Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*). GigaScience Database. 2011. <http://dx.doi.org/10.5524/100012>.

1.3.4. Figures, tables and additional files

See General formatting guidelines for information on how to format figures, tables and additional files.

ANEXO VII – Submissão do artigo 1 ao periódico Revista de Saúde Pública

De: Maria do Carmo de Oliveira <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Enviado: terça-feira, 8 de janeiro de 2019 22:45

Para: joyce_lps@hotmail.com

Cc: joyce_lps@hotmail.com; maria.malves@gmail.com;
samuelanto12@gmail.com; lilianvaranda7@gmail.com;
myrella82@hotmail.com; sara_osouza@hotmail.com;
marcosdeminas@yahoo.com.br

Assunto: Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2018-1429

08-Jan-2019

Dear Ms. Lopes:

Your manuscript entitled "Sintomatologia depressiva em mulheres vivendo em situação de rua" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista de Saúde Pública.

Your manuscript ID is RSP-2018-1429.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista de Saúde Pública.

Sincerely,
Revista de Saúde Pública Editorial Office

ANEXO VIII – Declaração de submissão do artigo 2 ao periódico BMC Public Health

De: em.pubh.0.6074d3.10cda5e4@editorialmanager.com
<em.pubh.0.6074d3.10cda5e4@editorialmanager.com> em nome de BMC Public Health Editorial Office <em@editorialmanager.com>
Enviado: terça-feira, 8 de janeiro de 2019 08:33
Para: Joyce Vânia Rodrigues Lopes
Assunto: Confirmation of your submission to BMC Public Health - PUBH-D-19-00111

PUBH-D-19-00111
PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG HOMELESS IN CENTRAL BRAZIL
Joyce Vânia Rodrigues Lopes, Master; Maria Alves Barbosa, Doctor; Samuel Antoneli Manso de Araújo; Lilian Varanda Pereira, Doctor; Myrella Silveira Macedo Caçado, Master; Sara Oliveira Souza; Marcos André de Matos, Doctor
BMC Public Health

Dear Ms Lopes,
Thank you for submitting your manuscript 'PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG HOMELESS IN CENTRAL BRAZIL' to BMC Public Health.

The submission id is: PUBH-D-19-00111
Please refer to this number in any future correspondence.
During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following website:
<https://pubh.editorialmanager.com/>

If you have forgotten your password, please use the 'Send Login Details' link on the login page at <https://pubh.editorialmanager.com/>. For security reasons, your password will be reset.

Best wishes,
Editorial Office
BMC Public Health
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Dr. Marcos André de Matos; sou professor da FEN/UFG e pesquisador responsável. Este documento irá lhe fornecer informações importantes sobre o estudo. Por favor, leia as instruções abaixo atentamente e, em caso de dúvidas, esclareça-as junto à equipe, para decidir se participa ou não do estudo. No caso de aceitar fazer parte do mesmo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Se ainda permanecer dúvidas, você poderá entrar em contato com os pesquisadores listados abaixo e em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás UFG - Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - Prédio da Reitoria, Térreo - Campus II - Goiânia-GO CEP 74001-970 - Atendimento: dias da semana: segunda, quarta, quinta e sexta-feira, das 13:00 às 17:00 horas. Telefones: (62) 3521-1215 /1076 Fax: (62) 3521-1163.

Título da pesquisa: “Sintomas depressivos e desesperança em pessoas em situação de rua”

Projeto Guarda-Chuva: Estudo da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites B e C e sífilis em população em situação de rua de Goiânia-Goiás: prevalência e fatores de risco.

Pesquisador responsável: Prof^o Dr. Marcos André de Matos (enfermeiro) e Joyce Vânia Rodrigues Lopes (psicóloga).
Telefone para contato: (62) 3209-6280 Ramal: 208

Objetivo da pesquisa: O presente estudo tem como objetivo investigar sintomas depressivos e desesperança na população em situação de rua de Goiânia-Goiás.

Condução do estudo: Você será orientado (a) sobre a importância, objetivos, riscos e benefícios da participação neste estudo. Seu nome não será divulgado, mantendo assim o seu anonimato. Você terá garantia de sigilo e direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo a você. Sua participação será única, por um período aproximado de 1 hora, no qual conversaremos sobre o tema em questão. Pedimos sua autorização para que responda ao instrumento de coleta de dados contendo perguntas sobre características sócio-demográficas, sintomas depressivos e de desesperança. Em caso de dúvida o entrevistador, prontamente, lhe prestará os devidos esclarecimentos. Também não haverá gastos financeiros de sua parte, ou remuneração pela participação na pesquisa, sendo sua participação voluntária e a título de cooperação.

Riscos: Informamos que os riscos sofridos serão mínimos, podendo estes ser de natureza emocional.

Benefícios: Além de proporcionar um maior conhecimento a respeito de si mesmo, a participação neste estudo terá como benefício indireto o conhecimento sobre a gravidade da sintomatologia depressiva e de desesperança na população em situação de rua de Goiânia-GO, o que fornecerá informações que serão valiosas na elaboração de medidas que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Confidencialidade e período de participação: Sua participação se dará no período da aplicação dos instrumentos. As informações obtidas serão registradas em formulário próprio e serão mantidas em sigilo por todo o período, assim sendo, seu nome não constará nos formulários, registros ou publicações.

Nome e Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, sob a responsabilidade do Prof^o Dr. Marcos André de Matos e psicóloga Joyce Vânia Rodrigues Lopes, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Assinatura Dactiloscópica:



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice B

| <i>Data da entrevista:</i> | <i>Entrevistador:</i> |
|---|-----------------------|
| SEÇÃO I – Questionário sociodemográfico, clínico e social | |
| Iniciais: | INIC () |
| Q1 – Sexo: (1) Feminino (2) Masculino | SEXO () |
| Q2 – Idade (anos): | DTNASC () |
| Q3 - Procedência: (1) Casa de Acolhida (2) Centro Pop | PROC () |
| Q4 - Há quanto tempo você vive em situação DE RUA (meses)? _____ | TEMP_RUA () |
| Q5 - Naturalidade ? _____ | NAT_EST () |
| Q6 - Qual foi o principal motivo que o levou a viver na rua? | MOT_RUA () |
| Q7 - Como você classifica a sua cor/raça? (1) Branca (2) Preta (3) Pardo (4) Outro | COR () |
| Q8 - Possui religião? (1) Sim (2) Não | RELIG () |
| Q9 – Qual sua orientação sexual? (1) heterossexual (2) homossexual (3) bissexual | ORIENT () |
| Q10 - Qual o seu estado civil? (1) Casado(a)/união consensual (2) Solteiro(a) (3) Separado/ divorciado(a) (4) Viúvo(a) | EST_CIV () |
| Q11 - Quantos anos de estudo formal? _____ | ESCOL () |
| Q12 - Consome drogas? (1) Sim (2) Não | DROGA () |
| Q.13 Se respondeu sim para a pergunta acima, informe qual delas: (1) Maconha (2) Cocaína (3) Crack (4) Merla (5) Pasta base (6) Oxi (7) Cola/solvente/tiner (8) Lança perfume (9) Álcool (10) Cigarro-tabaco (11) Outra | TIP_DROG () |
| Q14 - Alguma vez você recebeu tratamento psicológico/psiquiátrico? (1) Não (2) Sim | TRAT_PSI () |
| Q15 - Você já pensou em suicídio? (1) Não (2) Sim | PLAN_SUIC () |
| Q16 - Você tem planos de sair da rua? (1) Não (2) Sim | PLAN_SAIR () |

Apêndice C – Artigo 1 submetido ao periódico Revista de Saúde Pública

Sintomatologia depressiva em mulheres vivendo em situação de rua

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de sintomas depressivos em mulheres vivendo em situação de rua.

Métodos: Estudo transversal, descritivo, realizado com 28 mulheres em situação de rua, no período de Julho a Agosto de 2017. A sintomatologia depressiva foi avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck.

Resultados: Sintomatologia depressiva mínima esteve presente em 14,3% dos participantes, enquanto sintomatologia depressiva leve em 21%. Índice expressivo foi encontrado para sintomatologia depressiva moderada a grave, correspondendo a 64,3%.

Conclusões: Mulheres em situação de rua vivenciam particularidades relacionadas às condições de vida e gênero. A elevada prevalência de sintomas depressivos moderados/graves neste segmento evidencia a necessidade de maior atenção à saúde mental deste grupo populacional, bem como instituição de políticas públicas efetivas que atendam a esta demanda.

ABSTRACT

Objective: Estimate the prevalence of depressive symptoms in homeless women.

Methods: A cross-sectional, descriptive study was carried out with 28 homeless women, from July to August 2017. Depressive symptomatology was assessed using the Beck Depression Inventory.

Results: Minimal depressive symptomatology was present in 14.3% of the participants, while mild depressive symptomatology was present in 21%. Expressive index was found for moderate to severe depressive symptomatology, corresponding to 64.3%.

Conclusions: Homeless women experience particularities related to living conditions and gender. The high prevalence of moderate-severe depressive symptoms in this segment evidences the need for greater attention to the mental health of this population group and the institution of effective public policies that respond to this demand.

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua é marcada pela supressão de direitos e pelo rompimento de vínculos multidimensionais, e mostra-se altamente suscetível a desenvolver transtornos mentais ^{1,2,3,4}.

No Brasil, a Constituição Federal ⁵ assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, na prática, tal prerrogativa não tem sido suficiente para suprir necessidades da população vivendo em situação de rua, em particular as demandas de saúde mental da população feminina ⁶.

Sabe-se que ser mulher, em situação de rua, pode resultar em maior vulnerabilidade social, ocasionada tanto pelas condições de vida, quanto por questões relacionadas ao gênero ⁷. Embora minimamente representada em relação ao sexo masculino, o que parece não ter sofrido grandes alterações no decorrer do tempo ^{8,9,10}, as especificidades vivenciadas pelas mulheres, tornam relevante o desenvolvimento de pesquisas que promovam evidências científicas favoráveis à formulação de políticas públicas eficazes àquelas que têm a rua como local de moradia.

Percebe-se escassez de publicações que abordem a temática, entretanto, políticas públicas adequadas, respaldadas por resultados de investigação da realidade social, podem reduzir a condição de risco em que se encontram as mulheres vivendo em situação de rua. A operacionalização de estudos com pessoas sem endereço fixo é complexa e reconhecida como um impasse às investigações de grande envergadura. Assim é que, a gestão municipal é fundamental na implementação de políticas públicas direcionadas a esta população¹¹.

A relevância de estudos relacionados aos sintomas depressivos se dá na medida em que interferem diretamente no funcionamento global do indivíduo, e acarretam prejuízos significativos à vida. Tais sintomas podem manifestar-se de diversas formas, como humor deprimido, crises de choro, perda de apetite, perturbação do sono, perda da libido, fadiga, baixa autoestima, autodesvalorização, visão negativista do futuro, e até mesmo em formas mais severas, como desejos suicidas ¹².

A relação entre sintomas depressivos e mulheres que possuem residência fixa já está bem estabelecida na literatura científica. Estudos evidenciam que ser do sexo feminino é fator de risco para desenvolvimento de sintomas depressivos ^{13,14,15,16}, entretanto, para o nosso conhecimento, estudos não foram conduzidos em direção às mulheres em situação de rua, mesmo já sendo estimada a prevalência de sintomas depressivos em homens em situação de rua a quase uma década ¹⁷.

Abordar mulheres em situação de rua significa considerar uma minoria inserida em outra minoria. Assim, a atenção deve voltar-se tanto às particularidades da população em situação de rua, quanto àquelas relacionadas ao gênero. Conhecer de forma ampliada a população em estudo é condição *sine qua non* para a formulação de um efetivo modelo de atenção integral à saúde.

Assim, este estudo, inédito e relevante ao contexto social, tem como objetivo estimar a prevalência de sintomatologia depressiva moderada/grave na população feminina vivendo em situação de rua de uma capital da região Centro-Oeste brasileira.

MÉTODO

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado no período de julho a agosto de 2017, em uma capital da região Centro-oeste do Brasil, considerada um importante ponto migratório, uma vez que liga a região Nordeste e Sul do Brasil.

A população alvo desse estudo foram 28 mulheres vivendo em situação de rua, que utilizavam a Casa de Acolhida Cidadã (CAC) e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), ambos da esfera pública e vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

Dados da única Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, divulgada em 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), apontam que Goiânia possuía à época 128 mulheres em situação de rua¹⁸.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser mulher considerada em situação de rua e fazer uso dos serviços proporcionados pelas instituições alvo do estudo no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: ter idade igual ou superior a 18 anos de idade e inferior a 80 anos e demonstrar falta de compreensão em relação às questões que compõem os instrumentos.

Sintomatologia depressiva foi considerada variável de desfecho.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista face-a-face, após aprovação do projeto por um Comitê de Ética (Protocolo 045/2013 – Adendo 01). De forma a evitar interferência ou interrupção durante a aplicação dos instrumentos, garantir o sigilo em relação às informações prestadas e assegurar a preservação dos participantes, as entrevistas foram realizadas em locais privativos, nas dependências das instituições escolhidas para a realização do estudo, em dias e turnos alternados, de forma a garantir oportunidade de participação de todos aqueles que estavam em atenção nas instituições. Inicialmente, as mulheres foram informadas sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dados referentes à idade, escolaridade, cor autorreferida, renda, opção sexual, estado civil e tempo de moradia na rua, bem como tratamento psicológico/psiquiátrico e ideação suicida foram coletados. Sequencialmente, foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), instrumento que permite mensurar a sintomatologia depressiva. O instrumento foi validado no Brasil com a seguinte classificação: zero a 11 pontos – sintomatologia depressiva mínima; 12 a 19 pontos- sintomatologia depressiva leve; 20 a 35 pontos - moderada e 36 a 63 pontos- grave ¹². No presente estudo o resultado do coeficiente Alfa de Cronbach para o BDI foi de 0,84, sugerindo boa confiabilidade interna.

Os dados foram coletados pela pesquisadora responsável e três auxiliares de pesquisa devidamente qualificados para abordagem a grupos sociais vulneráveis e estigmatizados, bem como para aplicação dos instrumentos utilizados.

Os dados foram analisados por meio do software *Statistical Package of Social Science* (SPSS), versão 24. Inicialmente, foi realizada análise descritiva de todas as variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram apresentadas como média, desvio-padrão (DP), mediana, intervalo interquartil (IIQ), mínimo e máximo.

RESULTADOS

A média de idade das participantes foi de 35,2 anos (DP=8,8) e a mediana igual a 34 anos (extremos de 21 e 64 anos).

A baixa escolaridade foi predominante, evidenciando que 64,3% apresentavam até oito anos de estudo formal. A maioria (55,6%) não possuía renda e estava em situação de rua há até três anos (71,5%). Em relação à cor autorreferida, 75% se classificaram como pretas (negras somadas às pardas). No total, 92,9% declararam ser heterossexuais, metade (50%) referiu ter recebido tratamento psicológico/psiquiátrico, e 60,7% apresentaram em algum momento ideação suicida (tabela 1).

INSERIR TABELA 1

A análise descritiva da pontuação do BDI indicou que a média foi 24,25, com desvio padrão de 12,22 (Tabela 2).

INSERIR TABELA 2

Mais da metade (64,3%; IC 95%: 25,3-37,9) da população estudada apresentou sintomatologia depressiva moderada a grave, chamando a atenção para o índice (Tabela 3).

INSERIR TABELA 3

Níveis de intensidade moderada e grave indicam um quadro mais intenso de sintomas e interferem de forma mais significativa no funcionamento do sujeito, demandando intervenção imediata.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres em situação de rua de uma capital da região Centro-oeste do Brasil, um país com dimensões continentais e marcado pelo fluxo de pessoas entre as diferentes regiões geográficas em busca de emprego e novas oportunidades de vida. Esta investigação pautou-se pela convicção de que tal temática poderá subsidiar os gestores governamentais e profissionais de saúde e assistência social no delineamento assertivo de estratégias que atendam as reais necessidades destas mulheres que convivem em um ambiente excludente e majoritariamente masculino, as quais estão vulneráveis a eventos adversos à saúde, em particular à saúde mental.

Apesar da literatura científica já ter apontado para uma estreita relação entre pobreza e saúde mental^{2,3,4,17}, e maior risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como depressão no sexo feminino^{13,14,15,16}, este estudo inova ao investigar o nível de sintomas depressivos na população feminina em situação de rua, mais especificamente, de uma capital localizada na região central de um país em desenvolvimento.

Constatou-se que, nas mulheres em situação de rua do presente estudo, prevaleceu sintomatologia depressiva moderada a grave,

correspondendo a mais da metade da população estudada (64,3%; IC; 95%: 25,3-37,9). Taxa bastante superior a estimativa de 25,53% na população geral ¹⁹. Tal achado não pode ser negligenciado, uma vez que, níveis de intensidade moderada e grave demandam maior atenção e indicam um quadro mais intenso de sintomas, interferindo, assim, de forma mais significativa no funcionamento do sujeito.

Este índice se mostrou próximo ao encontrado em mulheres de outros segmentos também vulneráveis, como mulheres encarceradas ^{20,21}, mulheres usuárias de drogas ¹⁶. O escore médio também se aproximou ao de mulheres vítimas de violência doméstica ²².

Estudo conduzido em homens em situação de rua estimou uma prevalência de sintomatologia moderada a grave de 29,4% ¹⁷, achado muito inferior à taxa da presente investigação, ratificando a vulnerabilidade e necessidade premente de investimentos em políticas públicas voltadas para essas mulheres que convivem com as iniquidades do mundo da rua. O processo de exclusão social a que estão submetidas, mediante uma sociedade machista mascarada pela percepção de masculinidade hegemônica, pode contribuir para a alta prevalência identificada neste estudo. Este cenário é agravado pelo fato da maioria da população analisada não possuir renda (55,6%), estando submetida às exigências da população masculina.

Nível educacional reduzido também tem sido apontado pelos estudiosos como fator de risco ao adoecimento mental. Estudos ^{14,16,23,24,25}, evidenciam estreita relação entre menor nível educacional e maior nível de sintomas depressivos. Uma explicação plausível é que pessoas que possuem maior grau de escolaridade possuem melhores colocações no mercado de trabalho, possuem maior renda familiar e condições mais satisfatórias de vida, aspectos que, na maioria das vezes, funcionam como fator de proteção para preservação da saúde mental do indivíduo ²⁶. O baixo nível escolar foi predominante nas mulheres do presente estudo, haja vista que grande parte relatou possuir ensino fundamental incompleto. Tal realidade dificulta ainda mais a saída das ruas.

Cabe destacar que essas mulheres, mesmo estando em situação de rua, possuem o direito a educação de qualidade, prerrogativa da Constituição Federal Brasileira ⁵. Além do mais, estudos evidenciam que elas possuem o desejo de políticas educacionais ²⁷. Entretanto, isso de fato não acontece em detrimento à ineficácia das instituições de apoio a esse grupo populacional. Espera-se, que esse achado desperte a atenção do poder público ao aspecto escolaridade e a contribuição desta para a manutenção da situação de rua, de forma que ações sejam tomadas para amenização do problema.

A maioria (50,1%) das investigadas reportaram serem casadas ou manter união estável, fato controverso levando em consideração que a própria definição de morador de rua do Brasil está ancorada na fragilidade de laços familiares. Muito provavelmente deve-se ao fato de que algumas mulheres, em virtude da vulnerabilidade que vivenciam, se associam a um ou mais homens para garantir segurança e proteção ²⁸.

Além do quantitativo significativo de mulheres em situação de rua acometidas por sintomas depressivos moderados-graves (64,3%), o presente artigo chama atenção ao fato de que 60,7% também manifestaram

ideação suicida. O comportamento suicida constitui sério problema de saúde pública. Dentre os principais fatores associados ao suicídio estão: tentativas anteriores de suicídio, depressão, abuso/dependência de álcool e drogas, ausência de apoio social, intenção suicida, eventos estressantes, pobreza, desemprego e baixo nível educacional ²⁹. Assim, é que, para a maioria da população do presente estudo é considerado elevado o risco de suicídio.

Outro dado relevante é que metade da amostra do estudo possui antecedentes de tratamento psicológico/psiquiátrico. Tal realidade reforça a necessidade de se atentar aos aspectos relacionados à saúde mental neste grupo populacional. Acredita-se que as instituições de apoio a essas mulheres, como as da presente investigação, poderiam elaborar estratégias relacionadas à saúde mental, contudo, o formato das atuais políticas e serviços voltados para o atendimento a esse segmento populacional apresentam importantes lacunas, em particular concernentes à inclusão deste tipo de cuidado, o fortalecimento do protagonismo e emancipação dessas mulheres em situação de rua.

Os dados revelam um subgrupo fragilizado, com vários fatores coexistentes que contribuem para o aparecimento dos sintomas estudados, e risco de comprometimentos psicossociais/psiquiátricos demandando maior atenção das autoridades em saúde pública. O conhecimento das peculiaridades da mulher em situação de rua não altera a realidade vivenciada por elas, entretanto, subsidia a formulação de políticas públicas mais efetivas e mais condizentes às demandas dessa parcela da população. Políticas públicas adequadas, respaldadas por resultados de investigação da realidade social, podem reduzir a condição de risco em que se encontram estas mulheres.

As limitações deste estudo incluem a coleta de dados se limitar a um único município, podendo a prevalência estar sub ou superestimada e não representar toda a população em situação de rua. Também, não foi possível o estabelecimento de relações de causa e efeito. Entretanto, não desmerecem os achados deste estudo. A elevada prevalência de sintomas depressivos moderados a graves e elevado índice de ideação suicida em mulheres vivendo em situação de rua sugere a necessidade de maior atenção à saúde mental deste grupo populacional. Novas pesquisas com amostras representativas de mulheres que vivem em outros contextos sociais e geográficos são desejadas.

REFERÊNCIAS

1. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014; 384(9953):1529-1540. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
2. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48(8):1235-1243. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0649-8>

3. Madianos MG, Chondraki P, Papadimitriou GN. Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in athens area: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48(8):1225-1234. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0674-2>
4. Roze M, Vandentorren S, Van-der-waerden J, Melchior M. Factors associated with depression among homeless mother. *Journal of Affective Disorders.* 2018; 229:314-321. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.053>
5. Presidência da República (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF); 1988 [citado 25 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
6. Viana MRP, Moreira WC, Neta MMR, Silva NKN. Os direitos sociais e os determinantes e condicionantes da saúde. *Revista Interdisciplinar.* 2016 [citado 23 jul 2018];10(1):173-178. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1135>
7. Biscotto, P, Jesus, M, Silva, M, Oliveira, D, Merighi, M. Understanding of the life experience of homeless women. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP.* 2016; 50(5): 749-755. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600006>
8. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília (DF); 2009 [citado 25 nov 2018]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
9. Bezerra IHPB, Filho IM, Costa RJLM, Sousa JS, Carvalho MVG. População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. *Enfermagem Revista.* 2015 [citado 17 ago 2018];18(1):4-14. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9365>
10. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Relatório completo do censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo. São Paulo (SP); 2015 [citado em 20 nov 2018]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0001.pdf
11. Villa EA, Pereira MO, Reinaldo MAS, Neves NAP, Viana SMN. Sociodemographic profile of women in street situation and vulnerability for the use of psychoactive substances. *Journal of Nursing UFPE on line.* 2017 [citado 19 ago 2018];11(supl.5):2122-2131. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23367>

12. Cunha, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
13. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15 (2):346-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
14. Cohen R, Paskulin GM, Prieb GG. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev bras geriatr gerontol* 2015;18(2):307-317. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14052>
15. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA, Machado RM. Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2016 [citado 19 jul 2018];62(4):321-328. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v04/pdf/04-artigo-prevalencia-de-ansiedade-e-depressao-em-pacientes-oncologicos-e-identificacao-de-variaveis-predisponentes.pdf
16. Camargo R, Signor L, Bortolon CB, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Fatores de risco para episódios e sintomas depressivos em usuários de álcool e/ou cocaína. *Aletheia.* 2016 [citado 19 jul 2018]; 49:116-128. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3603>
17. Botti NCL, Castro CG, Silva MF, Silva AK, Oliveira LC, Castro ACHOA, Fonseca LLK. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *Jornal Bras Psiqu.* 2010; 59:10-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100002>
18. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Sumário Executivo: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília (DF); 2008 [citado 23 ago 2018]. Disponível em <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>
19. Gameiro S, Carona C, Pereira M, Canavarro MC, Simões M, Rijo D, Quartilho MJ, Paredes T, Serra AV. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2008 [citado 19 fev 2018]; 9(1): 103-112. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000100009&lng=pt&nrm=iso
20. Canazaro D, Argimon ILL. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul,

Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 26(7): 1323-1333. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700011>

21. Assis CL, Vitória EAR. A prevalência de sintomas depressivos em mulheres encarceradas do município de Pimenta Bueno-RO. *Revista Sociais e Humanas*. 2016; 29(2): 8-20. <http://dx.doi.org/10.5902/2317175817360>

22. Bittar D, Kohlsdorf M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicologia Argumento*. 2013; 31(74): 447-456. <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.DS08>

23. Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiquiatr Clín*. 2013;40(2):71-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>

24. Lara M, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(3):818-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300019>

25. Nguyen TT, Tchetgen Tchetgen EJ, Kawachi I, Gilman SE, Walter S, Glymour MM. The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms. *SSM Popul Health*. 2017;3: 586–593. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.07.002>

26. Pereira VCLS, Andrade FA, Espínola LL, Azevedo EB, Nogueira JA, Filha, MOF. Sofrimento psíquico em adolescentes associado ao alcoolismo familiar: Possíveis fatores de risco. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015; 17(2):178-85. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.24396>

27. Boland L, Slade A, Yarwood R, Bannigan K. Determinants of tenancy sustainment following homelessness: a systematic review. *American Journal of Public Health*. 2018;108: e1-e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304652>

28. Rosa AS, Bretas, ACP. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):275-285. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0221>

29. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Suppl 2): S86-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>

Tabela 1. Distribuição das mulheres em situação de rua segundo as variáveis sociais e demográficas, uso de substâncias, tratamento psicológico/psiquiátrico e ideação suicida, Brasil 2017

| Variáveis | N | % |
|---|----|------|
| Faixa etária (anos) | | |
| 20 - 29 | 5 | 17,8 |
| 30 - 39 | 15 | 53,6 |
| 40 - 49 | 7 | 25 |
| ≥ 50 | 1 | 3,6 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental incompleto | 18 | 64,3 |
| Médio incompleto | 3 | 10,7 |
| Médio completo | 6 | 21,4 |
| Superior completo | 1 | 3,6 |
| Estado civil | | |
| Casado/União Estável | 14 | 50,1 |
| Solteiro(a) | 12 | 42,8 |
| Separado(a)/Divorciado(a) | 2 | 7,1 |
| Viúvo(a) | 0 | 0 |
| Cor autorreferida | | |
| Branca | 7 | 25,0 |
| Preta | 12 | 42,9 |
| Parda | 9 | 32,1 |
| Orientação sexual | | |
| Heterossexual | 26 | 92,9 |
| Homossexual/Bissexual | 2 | 7,1 |
| Tempo moradia nas ruas (anos) | | |
| até 3 anos | 20 | 71,5 |
| 4 - 7 | 3 | 10,7 |
| 8 - 11 | 1 | 3,6 |
| 12 - 15 | 2 | 7,1 |
| > 15 | 2 | 7,1 |
| Renda (em Reais) | | |
| Sem renda | 16 | 55,6 |
| Até 150,00 | 3 | 11,1 |
| >150,00 a 500,00 | 4 | 14,8 |
| >500 a 1000 | 4 | 14,8 |
| Acima de 1000 | 1 | 3,7 |
| Antecedente de tratamento psicológico/psiquiátrico | | |
| Não | 14 | 50 |
| Sim | 14 | 50 |
| Ideação suicida | | |
| Não | 11 | 39,3 |
| Sim | 17 | 60,7 |

Tabela 2. Análise descritiva dos escores de sintomas depressivos (BDI) na população adulta feminina em situação de rua, Brasil, 2017

| | Média | DP | Mediana | IIQ | Min-Max |
|-----|-------|-------|---------|------|---------|
| BDI | 25,25 | 12,22 | 22,5 | 9-28 | 0-45 |

DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa de sintomatologia depressiva na população adulta feminina em situação de rua, Brasil, 2017

| Sintomatologia depressiva | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Mínimo | 4 | 14,3 |
| Leve | 6 | 21,4 |
| Moderado | 13 | 46,4 |
| Grave | 5 | 17,9 |
| Total | 28 | 100 |

Apêndice D – Artigo 2 submetido ao periódico BMC Public Health

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG HOMELESS IN CENTRAL BRAZIL

- Authors:

Joyce Vânia Rodrigues Lopes¹

Maria Alves Barbosa²

Samuel Antoneli Manso de Araújo³

Lilian Varanda Pereira⁴

Myrella Silveira Macedo Cançado⁵

Sara Oliveira Souza⁶

Marcos André de Matos⁷

1 Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, GO, Brasil, joyce_ips@hotmail.com

2 Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, GO, Brasil, maria.malves@gmail.com

3 Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia, GO, Brasil, samuelanto12@gmail.com

4 Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia, GO, Brasil, lilianvaranda7@gmail.com

5 Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, GO, Brasil, myrella82@hotmail.com

6 Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia, GO, Brasil. (62) 99617-0676, sara_osouza@hotmail.com

7 Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, GO, Brasil, marcosdeminas@yahoo.com.br

- Corresponding author:

Marcos André de Matos: Rua 227, Qd 68, s/n, Leste Universitário, Goiânia, GO 74605-080, Brasil. marcosmatos@ufg.br.

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG HOMELESS IN CENTRAL BRAZIL

ABSTRACT

Background

Homeless population constitute a high-risk group *vulnerable to mental health* problems. In Brazil, the scientific interest in this population is recent and few studies have focused on their mental health. The aims of this study was to estimate the moderate/severe depressive symptomatology among homeless in a capital city of the Central region of Brazil, as well as to verify the factors associated with outcome variable.

Methods

We conducted a cross-sectional study in a convenience sample of 132 homeless, in the period from July 2017 to August 2017. A structured interview for social, demographic, clinical and behavioral data were obtained from each participant. The Beck Depression Inventory (BDI) rating scale was used to evaluate depressive symptoms. Data were analyzed using SPSS Statistics version 24.0 and STATA version 14.0 softwares. Bivariate Poisson regression analysis was performed. Variables with p-value <0.20 and age were included in a multivariate Poisson model with robust variance. In all analyzes, $p < 0.05$ was taken to indicate statistical significance.

Results

It is a young population, predominantly male and black/brown. Most participants reported low educational level and drug use. Almost half reported suicidal ideation and psychological/psychiatric treatment. Moderate/severe depressive symptomatology was present in 49.2% of the participants. Bivariate analysis

indicated a higher moderate/severe depressive symptomatology in the female sex (PR: 1.42, $p = 0.048$), and in those with homosexual or bisexual orientation (PR: 1.81; $p = 0.001$). Two variables were significantly associated with moderate/severe depressive symptomatology: homosexual or bisexual sexual orientation (PRad: 1.89; 95% CI: 1.18-3.04), and religious involvement (PRad: 0.68, 95% CI: 0.99). Religious involvement was found to be a protective factor against moderate/severe depressive symptomatology. On the other hand, homosexual or bisexual orientation produced opposite effect.

Conclusions

The study indicates high level of moderate to severe depressive symptoms among homeless, so their functioning may be significantly impaired.

The results obtained can provide elements for the elaboration of future public health policies, or re-elaboration of the existing ones, with special attention to mental health.

Keywords: Mental health, homeless, mental disorder, depressive symptoms, vulnerability.

Background

Homelessness remains a policy problem throughout the world, with a variety of underlying economic, social and individual factors such as income inequality, poverty, migration, an incipient social policy, community and family breakdown, uncertain physical and mental health, unemployment and addictions^{1,2}.

Social factors, such as low socioeconomic status, low educational level, unemployment, lack of social support and adequate housing have been found to

increase vulnerability to mental disorders. Thus, the poor and needy, such as homeless population, are highly susceptible to mental problems ^{3,4,5,6,7,8}.

In the United States, high levels of depressive symptoms and mental illness are reported in homeless ^{9,10,11}.

In the Brazilian context, the scientific interest in homeless is recent and there are few studies conducted towards their mental health. Brazil has a considerable number of homeless, who are protagonists of a reality marked by situations of basic human rights violations. They constitute a challenge for public policies, including health policies. It is surprising that until a few years ago, almost nothing was known about this population ^{12,13}.

In 2008, the Ministry of Social Development and Fight against Hunger, a cabinet-level federal ministry in Brazil, identified mental/psychiatric disorder as one of the most prevalent problems in homeless ¹⁴. However, mental health services have difficulties in establishing specifically targeted policies for the care of homeless individuals suffering from mental disorders and in inserting them in Psychosocial Care Centers (CAPS) and Basic Health Units (UBS) ¹⁵.

We performed *a* review of the published literature *to* identify studies that investigated depressive symptomatology among Brazilian homeless. Only one study was found. It was conducted in Belo Horizonte and was performed in order *to investigate* depressive symptomatology only among male homeless. This previous work suggested high depressive symptomatology ³.

Although it seems likely that homelessness is related to depressive symptoms, associated factors were not examined by Brazilian studies, as far as we know.

Public health system must be based on scientific evidence to formulate strategies for improving health. The expansion of scientific knowledge about a population is closely related to an effective model of integral attention. Acknowledging population characteristics helps developing true population-based intervention strategies to assure effective actions and public policies. However, studies with people without a fixed residence is something complex and an obstacle (in itself) to major investigations, especially in a heterogeneous country with continental dimensions such as Brazil. Thus, the Institute of Applied Economic Research (IPEA), a public foundation linked to the Brazilian Ministry of Planning, Development and Management, which provides technical and institutional support to government actions, suggests the development of municipal researches ¹⁶.

Thus, this study is relevant to the social context and aims to estimate the moderate to severe depressive symptomatology among homeless of a capital city (Goiânia) of Center-West Region of Brazil, as well as to verify factors associated with outcome. Findings can contribute to the solidification of homelessness best practices strategy and minimize risk factors for mental disorders.

METHODS

Participants

The methodological design used a convenience sample consisted of 132 homeless. Briefly, the participants were selected among homeless attending in two municipal social services institutions that provide accommodation or assistance.

The last sense of the National Survey of *Homeless*, published by the Ministry of Social Development and Fight against Hunger, estimated that the capital studied had 563 homeless¹⁷.

The present analysis included subjects classified as homeless according to the Brazilian definition: heterogeneous group that has in common extreme poverty, broken or fragile family ties and the non-existence of regular conventional housing¹⁷.

*Exclusion criteria was: age less than 18 years or greater than 80 years*¹⁸ and become confused when responding the questionnaire, that is, do not *understand* what is being asked in BDI or how to give their answer.

1.3.5. Study design

It is a cross-sectional study conducted in a capital city of the Central region of Brazil (Goiânia), from July to August 2017. This capital city is an important migratory point and connects the Northeast and South regions of Brazil.

The study was approved by Ethics Committee on Human and Animal Research of the Federal University of Goiás, under Protocol 045/2013.

Written informed consents were obtained directly from the participants after the study had been explained. Subsequently, interviews were conducted face-to-face. In order to guarantee confidentiality and avoid interference or interruption during the application of the instruments, study participants were interviewed in private places, in the institutions' offices, on alternating days and shifts to guarantee an opportunity of participation of all individuals.

A structured interview for social, demographic, clinical and behavioral data was obtained from each participant. This instrument was elaborated following previous studies ^{6,7,19, 20,21,22}.

The Beck Depression Inventory (BDI) rating scale was used to evaluate depressive symptoms. The participants were interviewed for the BDI by responsible researcher (a psychologist), and three research assistants from the field of Psychology, who are duly qualified to approach vulnerable and stigmatized social groups, as well as to apply the instruments used.

The BDI includes a total of 21 items covering a range of emotional, cognitive, motivational, and somatic components. This measure was designed as a tool for determining depressive symptom type and severity and not as a diagnostic tool. It can be conducted with persons 13 to 80 years of age, requires approximately 10 minutes to complete, and can be read to respondents who may have difficulty reading independently. The BDI scores ranged from 0 to 63. Scores are classified as minimal (0-11), mild (12-19), moderate (20-35), severe (36-63). Higher scores indicated more severe depressive symptomatology ¹⁸.

At this study the Cronbach's alpha for the BDI total score was 0.81.

The following exposure variables were included: age (in years); sex (male, female); months as homeless; skin color (white, black/brown, other); religion (no, yes); sexual orientation (heterosexual, homosexual/bisexual); marital status (single, married/consensual union, separated/ divorced/widowed); educational level (in years); drug use (yes, no); type of drug (Marijuana, Crack and similars, Cocaine, Alcohol, Cigarette, Cola, Lança-Perfume, Other); psychological / psychiatric treatment (no, yes); suicidal ideation (no, yes).

The outcome variable was moderate/severe depressive symptomatology.

1.3.6. Statistical analysis

Data were analyzed using SPSS Statistics version 24.0 and STATA version 14.0 softwares. Qualitative variables were presented as absolute and relative frequency and the quantitative variables were presented as mean, standard deviation (SD), median, interquartile range (IQR), minimum and maximum values.

Cronbach's alpha was used to assess the internal consistency of BDI ^{23,24}.

Bivariate Poisson regression was used to analyse the association between each variable and the outcome. Poisson regression with robust error variance was used for the multivariate analysis. Variables with p-value (p) <0.20 and age as potential confounders were included ^{25,26}. Prevalence ratio (PR), adjusted prevalence ratio (PRad) and respective confidence intervals (95% CI) were estimated. In all analyzes, p <0.05 was taken to indicate statistical significance.

RESULTS

Table 1 shows the distribution of 132 participants according to social, demographic, clinical and behavioral characteristics.

The participants' mean age was 37.4 years (SD = 12.1 range 18 – 68).

Most participants were single (57.6%), heterosexual (94.7%), male (78.8%), black or brown (81.1%). Low educational level was predominant (56.8%).

More than half of the participants (69.7%) had religious involvement.

INSERT TABLE 1

A high percentage of homeless reported *drug use* (92.4%). Alcohol and tobacco were the most recurrent substances (69.7% and 59.1%, respectively), followed by marijuana use (45.5%).

About 70.5% percent had been homeless for 12 months or less.

Almost half (47%) showed history of psychological / psychiatric treatment and 40.9% reported suicidal ideation.

Descriptive analysis of the BDI scores are presented in Table 2.

INSERT TABLE 2

As indicated in Table 3, almost half of the participants (49.2%; CI 95%= 30.9-57.7) had moderate to severe depressive symptoms.

INSERT TABLE 3

Bivariate analysis indicated a higher moderate/severe depressive symptomatology in the female sex (PR: 1.42, $p = 0.048$), and in those with homosexual or bisexual orientation (PR: 1.81; $p = 0.001$), as presented in Table 4.

INSERT TABLE 4

Age was considered potential confounding variable.

Two variables were significantly associated with moderate/severe depressive symptomatology: homosexual/bisexual sexual orientation and religion, as indicated in Table 5. Those who are religious have a lower incidence of depressive symptoms. Religiosity decreased in 32% (PRad: 0.68, 95% CI: 0.99) the probability of developing moderate/severe depressive symptomatology. On the other hand, homosexual or bisexual orientation increased in 89% this probability (PRad: 1.89; 95% CI: 1.18-3.04).

INSERT TABLE 5

DISCUSSION

The population studied was predominantly male, black/brown and single. Mean age was 37.4 years (range 30 – 49 years). These data are similar to other studies and reflect a Brazilian reality ^{17,27}.

Educational level of the participants was low. More than half (56,8%) had less than 8 years of formal education. In general, socioeconomically disadvantaged populations have low educational levels, so it's not surprising. *Several studies have yielded similar* ^{27,28,29}.

Nearly all participants reported drug use (92.4%). The high prevalence of *substance abuse* among homeless is well documented ^{3, 27, 30}. Drug use can be considered both a *cause* and *consequence* of homeless. Some circumstances, as homelessness, may act as a trigger for substance use as a coping strategy. People who misuse drugs often do so as a way of coping with events that emotionally overwhelm them. They rely on drugs as an alternative to facing adversities and alleviating the stress associated with surviving on the street ^{31, 32}. However, there is a counterpart, dependence on alcohol and other drugs leads to difficulty in maintaining work activities and fragility in family and social ties ³³.

In the present investigation, alcohol was the most cited substance (69.7%) followed by tobacco and marijuana (59.1% and 45.5%, respectively). Alcohol favors collective encounters and reduces the suffering experienced ³. Depressive symptoms may increase psychological distress, making it difficult to stop smoking ¹⁰.

Although this study did not find a significant association between depressive symptoms and drug use, scientific literature has shown that *mental illness* are often intertwined with *substance abuse*. Mental health issues are common among

people with substance abuse or addiction ^{34,35}. This aspect should not be ignored given the significant amount of drug use among homeless population.

A number of studies have found that interventions requiring abstinence are not always effective for homeless people. Thus, harms reduction can be an alternative. A few years ago harm reduction initiatives began to be discussed frequently. It is a public health strategy that aim primarily to reduce the adverse health, social and economic consequences of the use of drugs. It represents a fundamental shift from primary approaches that favored the criminalization of drug use ^{36,37}.

Although the relationship between poverty and mental health disorders is well known - poverty increases the risk of mental health problems ^{3,4,5,8} - this investigation *calls attention* to incidence of moderate to severe depressive symptomatology in the sample. This outcome was present in approximately half of the population studied (49.2%). Their functioning may be significantly impaired. Moderate to severe depressive symptomatology interferes on effective functioning such as daily life, productive activities and relationships. Given the *high index* of moderate to severe depressive symptomatology an intervention should be carefully planned.

In addition, 47% of the sample in the present study had a historic of psychological/psychiatric treatment and 40.9% revealed suicidal ideation, which further aggravates the scenario.

Mental/psychiatric disorder was identified as one of the most prevalent problems in Brazilian homeless ¹⁴. However, mental health services shown difficulties in establishing specifically targeted policies for the care of homeless

individuals suffering from mental disorders and in inserting them in Psychosocial Care Centers (CAPS) and Basic Health Units (UBS) ¹⁵.

The association between moderate/ severe depressive symptomatology and female homeless was *statistically significant*. Moderate/ severe depressive symptoms were more prevalent in women (PR: 1.42; p = 0.048). In general, the prevalence of depressive symptoms in women is well established scientifically ^{38,39,40}. Thus, support *services specifically for women* experiencing *homelessness* are needed. It's necessary a government committed to providing a safe and supportive environment for women.

The *relationship between the outcome and* homosexual/bisexual orientation was also *statistically significant* (PR: 1.81; p = 0.001). Homosexual or bisexual individuals (5,3%) were *more likely to have* moderate/severe *depressive symptoms*. These sexual orientations increased by 89.0% the probability of developing moderate to severe depressive symptomatology (PRad: 1.89; 95% CI: 1.18-3.04).

Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) experiencing homeless often experience stigma, discrimination, unsecure *behaviors*, abuse of alcohol and/or illicit substances and *violence* across the *life course* ^{41,42,43}. *There have been* quite a *few studies* conducted among Brazilian *homeless sexual diversity* ⁴⁴.

Homelessness is already considered a factor of vulnerability in itself and homosexual/bisexual orientation is an aggravating factor. Homosexual or bisexual suffer from *more mental health problems* than heterosexuals ^{41, 45,46}.

Religiosity was found to be a protective factor against depressive symptoms among Brazilian homeless. There has been a large increase in the number of studies showing an association between mental health outcomes and religious involvement.

Studies indicate that religious involvement have positive influence on a diverse set of outcomes, including depressive symptoms, drug use, delinquent behavior, suicide, psychological distress and some psychiatric diagnoses. Religious coping also appears to reduce levels of depression and anxiety and helps people to handle their conditions more effectively ^{47, 48, 49, 50, 51, 52}.

According to a meta-analyses of 147 *studies*, *almost all investigations found that* higher levels of religious involvement are positively associated with psychological well-being ⁵³. The present study also found this relation. *Religious* beliefs decreased by 32% (PRad: 0.68, 95% CI: 0.47-0.99) the probability of developing moderate/severe depressive symptomatology. It's also important to mention that *faith-based organizations* have played a relevant role in assisting *homeless* individual. Faith-based services may be not a solution for every homeless person, but their influence on homelessness is substantial ⁵⁴.

This kind of support is *very common* throughout the *region* under *study* and may be related to the present finding.

This study has certain limitations. One limitation is related to the non-random sample. Additionally, cross-sectional data cannot determine the causes of moderate/severe depressive symptoms in this sample. Thus, it was not possible to identify if the symptoms existed before being homeless.

Although, religious involvement was found to be a protective factor, studies are needed to identify the mechanisms by which religious involvement exerts this protective influence.

Once the studied institutions offer transient services causing the return of homeless person to the streets after a time, it is believed that the characteristics of the

sample of the present study do not differ from homeless people that did not use the services at the time of the collection of data.

CONCLUSIONS

As far as we know, this is the first study that has investigated depressive symptoms and associated factors among homeless population at the capital city studied. The findings expand on the existing data from regional studies in Brazil.

The study indicates high level of moderate/severe depressive symptoms among homeless, so their functioning may be significantly impaired. This research serves as a preliminary step to ascertain the best mechanisms to provide it with adequate health care, including critical subgroups, such as women and homosexuals/bisexuals.

Religious involvement is a protective factor against moderate/severe depressive symptoms, but the mechanism is still unclear. So investigating the factors that enable religious involvement to prevent moderate/severe depressive symptoms among homeless will be a very important task for future studies.

ABBREVIATIONS

BDI: Beck Depression Inventory

SD: Standard deviation

IQR: Interquartile range

PR: Prevalence ratio

PRad: Adjusted prevalence ratio

CI: Confidence intervals

p: p-value

DECLARATIONS

- **Ethics approval and consent to participate**

This study was approved by the Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal da Universidade Federal de Goiás, Brasil, sob Protocolo 045/2013 – Adendo 01. All participants provided written consent.

- **Consent for publication:**

Not applicable

- **Availability of data and materials**

The datasets used and/or analyzed in the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

- **Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

- **Funding**

This study was supported financially by **Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC**, Brasil. The funding bodies of this study had no role in the design of the study and collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript

- **Authors' contributions**

Study concept and design: JVRL, MAB, MAM, LVP, MSMC, SOS, SAMA.

Data collection: JVRL

Analysis and interpretation of data: JVRL, MAB, MAM, LVP, MSMC, SOS, SAMA.

All authors participated in drafting, reading and approving the manuscript

- **Acknowledgements**

Not applicable

REFERENCES

[1] Braun E, Gazdag G. Prevalence of psychiatric disorders in homeless population. *Psychiatr Hung.* 2015; 30(1):60-7. PubMed PMID: 25867889.

[2] Laporte A, Vandentorren S, Détrez M, Douay C, Strat YI, Méner EI, et al. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the greater Paris area, France. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15(2): 241.

<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15020241>.

[3] Botti NCL, Castro CG, Silva MF, Silva AK, Oliveira LC, Castro ACHOA, et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *Jornal Bras Psiq.* 2010; 59:10-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100002>.

[4] Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48(8):1235-1243. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0649-8>.

[5] Madianos MG, Chondraki P, Papadimitriou GN. Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in Athens area: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48(8):1225-34. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0674-2>.

[6] Lippert AM, Lee BA. Stress, coping, and mental health differences among homeless people. *Sociological Inquiry.* 2015; 85(3):343-374. <https://doi.org/10.1111/soin.12080>.

[7] Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet.* 2014; 384(9953):1529-40. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6).

[8] Roze M, Vandentorren S, Van-Der-Waerden J, Melchior M. Factors associated with depression among homeless mother. Results of the ENFAMS survey. *Journal of Affective Disorders.* 2018; 229:314-321. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.053>.

[9] Nyamathi AM, Nandy K, Greengold B, Marfisee M, Khalilifard F, Cohen A, et al. Effectiveness of intervention on improvement of drug use among methadone maintained adults. *J Addict Dis.* 2011;30(1):6-16. <http://dx.doi.org/10.1080/10550887.2010.531669>.

[10] Robinson CD, Rogers CR, Okuyemi KS. Depression symptoms among homeless smokers: effect of motivational interviewing. *Subst Use Misuse.* 2016;51(10):1393-7. <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2016.1170143>.

[11] Institute of Medicine (US) Committee on Health Care for Homeless People. Homelessness, Health, and Human Needs. Washington (DC): National Academies

Press (US); 1988. 3, Health Problems of Homeless People. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218236/>.

[12] Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(8): 2595-2606. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

[13] Vázquez JJ, Panadero S, Zúñiga C. Attributions about homelessness in homeless and domiciled people in Madrid, Spain: "Why are they homeless people?", *American Journal of Orthopsychiatry*. 2017; 88(2): 236-247. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000246>.

[14] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa: Saúde da população em situação de rua- um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde 2014. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Accessed April 18, 2018.

[15] Borysow IC, Furtado JP. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis*. 2013; 23(1): 33-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100003>.

[16] Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil - Texto para Discussão n° 2246. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão 2016. Available at: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf. Accessed March 15, 2018.

[17] Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Coordenação-Geral dos Direitos da População em Situação de Rua. Repositório Institucional da Escola Nacional de Administração Pública: Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública 2013. Available at: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/763/9/8-%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua-Carlos%20Ricardo%20-%20202.pdf>.

[18] Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

[19] Coles E, Chan K, Collins J, Humphris GM, Richards D, Williams B, et al. Decayed and missing teeth and oral-health-related factors: Predicting depression in

homeless people. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 71(2): 108-112. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.004>.

[20] Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*. 2008; 5(12):e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>.

[21] Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A, Frankish CJ, Somers J. Housing first improves residential stability in homeless adults with concurrent substance dependence and mental disorders. *American Journal of Public Health*. 2013; 103 Suppl 2: e30-e36. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301628>.

[22] Pluck G, Lee KH, Lauder HE, Fox JM, Spence SA, Parks RW. Time perspective, depression, and substance misuse among the homeless. *The Journal of psychology*. 2008; 142(2): 159-168. <https://doi.org/10.3200/JRLP.142.2.159-168>.

[23] Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16: 297-334. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02310555>.

[24] Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*. 2011; 2: 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>.

[25] Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC: Medical Research Methodology*. 2003; 3(21): 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>.

[26] Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(6): 992-998. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600003>.

[27] Bezerra IHPB, Filho IM, Costa RJLM, Sousa JS, Carvalho MVG. População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. *Enfermagem Revista*. 2015; 18(1): 4 -14.

[28] Kozloff N, Adair CE, Lazgare LIP, Poremski D, Cheung AH, Sandu R, et al. Housing first for homeless youth with mental illness. *Pediatrics*. 2016; 138(4): e20161514. <https://doi.org/10.1186/ISRCTN42520374>.

[29] Kozloff N, Stergiopoulos V, Adair CE, Cheung AH, Misir V, Townley G, et al. The unique needs of homeless youths with mental illness: baseline findings from a housing first trial. *Psychiatric services*. 2016; 67(10): 1083-1090. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500461>.

- [30] Gomez R, Thompson SJ, Barczyk AN. Factors associated with substance use among homeless young adults. *Subst Abus.* 2010;31(1):24-34. <https://doi.org/10.1080/08897070903442566>.
- [31] Thompson SJ. Risk/protective factors associated with substance use among runaway/homeless youth utilizing emergency shelter services nationwide. *Substance Abuse.* 2004; 25(3):13–26. PubMed PMID: 16150676.
- [32] Zlotnick C, Tam T, Robertson MJ. Disaffiliation, Substance Use, and Exiting Homelessness. *Substance Use & Misuse.* 2003;38(3-6):577-99. PubMed PMID: 12747398.
- [33] Vasconcelos ACM, Araújo LN, Porto LGM, Rocha NNV, Oliveira EM, Albuquerque JTPJ. Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura. 2015; 19(4): 321-326. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.04.11>.
- [34] Ferigolo M, Stein AT, Fuchs FD, Barros HM. Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(2):106-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000200005>.
- [35] Marcon SR, Xavier JS, Barcelon AA, Espinosa MM, Barbosa DA. Correlação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2014; 48(4): 663-669. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400013>.
- [36] Marlatt GA. Harm reduction: Come as you are. *Addict Behav.* 1996;21(6):779–788. PubMed PMID: 8904943.
- [37] Hawk KF, Vaca FE, D'Onofrio G. Reducing Fatal Opioid Overdose: Prevention, Treatment and Harm Reduction Strategies. *The Yale journal of biology and medicine.* 2015; 88(3): 235-45. PubMed PMID: 26339206.
- [38] Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs.* 2004; 32:57-71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>.
- [39] Lara M, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(3): 818-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300019>.
- [40] Nduna M, Jewkes RK, Dunkle KL, Shai NPJ, Colman I. Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics: a prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa. *Journal of the International AIDS Society.* 2010; 13: 44. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-44>.

[41] Whitbeck LB, Hoyt DR, Johnson K, Chen X. Victimization and Posttraumatic Stress Disorder among Runaway and Homeless Adolescents. *Violence and Victims*. 2007; 22(6):721-734. PubMed PMID: 18225385.

[42] Cochran BN, Stewart AJ, Ginzler JA, Cauce AM. Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health*. 2002; 92 (5):773-777. PubMed PMID: 11988446.

[43] Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Homelessness among lesbian, gay, and bisexual youth: implications for subsequent internalizing and externalizing symptoms. *J Youth Adolesc*. 2011;41(5):544-60. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-011-9681-3>.

[44] Garcia MRV. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas em Psicologia*. 2013; 21 (3): 1005-1019. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE17PT>.

[45] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*. 2003; 129(5): 674-97. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.

[46] Gattis MN, Larson A. Perceived microaggressions and mental health in a sample of black youths experiencing homelessness. *Social Work Research*. 2017; 41(1): 7–17. <https://doi.org/10.1093/swr/svw030>.

[47] Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative coping with major life stressors. *J. Sci. Stud. Relig*. 1998; 37:710–724. <https://doi.org/10.2307/1388152>.

[48] Aflakseir A, Mahdiyar M. The Role of Religious Coping Strategies in Predicting Depression among a Sample of Women with Fertility Problems in Shiraz. *Journal of reproduction & infertility*. 2016; 17(2): 117-22. PubMed PMID: 27141467.

[49] Nóbrega ARR, Nóbrega AH, Duarte BRR, SILVA SWM. The influence of religiosity on health. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(4): 2105-2111. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400024>.

[50] Gomes FC, Andrade AG, Izbicki R, Moreira-Almeida A, Oliveira LG. Religion as a protective factor against drug use among brazilian university students: a national survey. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2013; 35(1): 29-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.05.010>.

[51] Torchalla I, Li K, Strehlau V, Linden IA, Krausz M. Religious participation and substance se buehaviors in a canadian sample of homeless people. *Community Mental Health Journal*. 2014; 50: 862–869. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9705-z>.

[52] Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*. 2016; 68(1): 54-57. <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>.

[53] Moreira-almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 28(3):242-250. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>.

[54] Bass, BG. Faith-Based Programs and Their Influence on Homelessness. *Fam Community Health*. 2009; 32(4): 314–319. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e3181b91f25>.

Table 1. Social, demographic, clinical and behavioral homeless characteristics, Goiânia, 2017

| Variables | N=132 | % |
|-------------------------------------|-------|------|
| Age (in years lived) | | |
| < 30 | 36 | 27.3 |
| 30-49 | 74 | 56.1 |
| ≥50 | 22 | 16.7 |
| Sex | | |
| Male | 104 | 78.8 |
| Female | 28 | 21.2 |
| Months as homeless | | |
| < 6 | 78 | 59.1 |
| 6-12 | 15 | 11.4 |
| 13-59 | 21 | 15.9 |
| > 60 | 18 | 13.6 |
| Skin color | | |
| White | 23 | 17.4 |
| Black | 36 | 27.3 |
| Brown | 73 | 55.3 |
| Religion | | |
| No | 40 | 30.3 |
| Yes | 92 | 69.7 |
| Sexual orientation | | |
| Heterosexual | 125 | 94.7 |
| Homosexual/ bisexual | 7 | 5.3 |
| Marital status | | |
| Single | 76 | 57.6 |
| Married / consensual union | 30 | 22.7 |
| Separated / divorced/ widowed | 26 | 19.7 |
| Educational level (in years) | | |
| < 8 | 75 | 56.8 |
| 8-11 | 25 | 18.9 |

| | | |
|--|-----|------|
| Table 1 (continued) | | |
| > 12 | 32 | 24.2 |
| Drug use | | |
| Yes | 122 | 92.4 |
| No | 10 | 7.6 |
| Type of drug (n= 122)* | | |
| Marijuana | 60 | 49.2 |
| Crack and similars | 34 | 27.9 |
| Cocaine | 33 | 27.0 |
| Alcohol | 92 | 75.4 |
| Cigarette | 78 | 63.9 |
| Cola | 14 | 11.5 |
| Lança-Perfume | 15 | 12.3 |
| Other | 4 | 3.3 |
| Psychological / psychiatric treatment | | |
| No | 70 | 53.0 |
| Yes | 62 | 47.0 |
| Suicidal ideation | | |
| No | 78 | 59.1 |
| Yes | 54 | 40.9 |

* Only drug users

Table 2. Descriptive Statistics for BDI among homeless, Goiânia, 2017

| | Mean | SD | Median | IQR | Min-Max |
|-----|-------|-------|--------|-------|---------|
| BDI | 19.71 | 10.57 | 19.0 | 13-24 | 0-51 |

SD: Standard deviation; IQR: Interquartile range

Table 3. Depressive symptoms among homeless, Goiânia, 2017

| Variables | N = 132 | % | CI 95% |
|--|---------|------|-----------|
| Depressive symptomatology | | | |
| Minimal | 26 | 19.7 | 13.8-27.3 |
| Mild | 41 | 31.1 | 13.8-39.4 |
| Moderate | 54 | 40.9 | 32.9-49.4 |
| Severe | 11 | 8.3 | 4.7-14.3 |
| Moderate/Severe Depressive symptomatology | 65 | 49.2 | 30.9-57.7 |

CI 95%: Confidence intervals 95%; Score ≥ 20 at BDI = Moderate/Severe depressive symptomatology

Table 4. Bivariate analysis of the potential factors related to moderate/severe depressive symptomatology among homeless, Goiânia, 2017

| Variables | Depressive symptomatology | | PR (CI 95%) | p-value |
|---------------------------|---------------------------|------|------------------|--------------|
| | n/Total | % | | |
| Age (in years) | | | | |
| < 30 | 18/36 | 50.0 | 1.00 | |
| 30-49 | 37/74 | 50.0 | 1.00 (0.67-1.49) | 1.000 |
| ≥ 50 | 10/22 | 45.5 | 0.90 (0.52-1.60) | 0.741 |
| Sex | | | | |
| Male | 47/104 | 45.2 | 1.00 | |
| Female | 18/28 | 64.3 | 1.42 (1.00-2.01) | 0.048 |
| Months as homeless | | | | |
| < 6 | 34/78 | 43.6 | 1.00 | |

Table 4 (continued)

| | | | | |
|--|--------|------|------------------|--------------|
| 6-12 | 9/15 | 60.0 | 1.37 (0.85-2.23) | 0.198 |
| 13-59 | 12/21 | 57.1 | 1.31 (0.84-2.05) | 0.238 |
| > 60 | 10/18 | 55.6 | 1.27 (0.78-2.07) | 0.328 |
| Skin color | | | | |
| White | 14/23 | 60.9 | 1,00 | |
| Black | 16/35 | 45.7 | 0.75 (0.46-1.22) | 0.252 |
| Brown | 33/72 | 45.8 | 0.75 (0.49-1.13) | 0.180 |
| Religion | | | | |
| No | 24/40 | 60.0 | 1.00 | |
| Yes | 41/92 | 44.6 | 0.74 (0.52-1.04) | 0.088 |
| Sexual orientation | | | | |
| Heterosexual | 59/125 | 47.2 | 1.00 | |
| Homosexual/bisexual | 6/7 | 85.7 | 1.81 (1.27-2.59) | 0.001 |
| Marital status | | | | |
| Single | 37/76 | 48.7 | 1,00 | |
| Married / consensual union | 17/30 | 56.7 | 1.16 (0.79-1.71) | 0.446 |
| Separated / divorced/ widowed | 11/26 | 42.3 | 0.87 (0.52-1.44) | 0.587 |
| Educational level (in years) | | | | |
| < 8 | 38/75 | 50.7 | 1.00 | |
| 8-11 | 13/25 | 52.0 | 1.03 (0.66-1.59) | 0.908 |
| > 12 | 14/32 | 43.8 | 0.86 (0.54-1.36) | 0.526 |
| Drug use | | | | |
| Marijuana | | | | |
| No | 34/72 | 47.2 | 1.00 | |
| Yes | 31/60 | 51.7 | 1.09 (0.77-1.54) | 0.611 |
| Crack and similars | | | | |
| No | 36/98 | 46.9 | 1.00 | |
| Yes | 19/34 | 55.9 | 1.19 (0.82-1.71) | 0.351 |
| Cocaine | | | | |
| No | 46/99 | 46.5 | 1.00 | |
| Yes | 19/33 | 57.6 | 1.23 (0.86-1.78) | 0.246 |
| Alcohol | | | | |
| No | 23/40 | 57.5 | 1.00 | |
| Yes | 42/92 | 45.7 | 0.79 (0.56-1.12) | 0.195 |
| Cigarette | | | | |
| No | 28/54 | 51.9 | 1.00 | |
| Yes | 37/78 | 47.4 | 0.91 (0.64-1.29) | 0.617 |
| Cola | | | | |
| No | 58/118 | 49.2 | 1.00 | |
| Yes | 7/14 | 50.0 | 1.02 (0.58-1.77) | 0.952 |
| Lança-perfume | | | | |
| No | 56/117 | 47.9 | 1.00 | |
| Yes | 9/15 | 60.0 | 1.25 (0.79-1.98) | 0.332 |
| Psychological / psychiatric treatment | | | | |
| No | 32/70 | 45.7 | 1.00 | |
| Yes | 32/61 | 52.5 | 1.15 (0.81-1.63) | 0.442 |
| Suicidal ideation | | | | |
| No | 33/78 | 42.3 | 1.00 | |
| Yes | 32/54 | 59.3 | 1.40 (0.99-1.97) | 0.053 |

PR: Prevalence ratios; CI 95%: Confidence Interval 95%.

Tabela 5. Factors independently associated with moderate/severe depressive symptomatology among homeless, Goiânia, 2017

| Variables | PRad (CI 95%) | p-value |
|---------------------------|----------------------|----------------|
| Age (in years) | | |
| < 30 | 1.00 | |
| 30-49 | 1.05 (0.69-1.61) | 0.812 |
| ≥50 | 1.00 (0.58-1.72) | 0.987 |
| Sex | | |
| Male | 1.00 | |
| Female | 1.34 (0.79 2.28) | 0.148 |
| Months as homeless | | |
| < 6 | 1.00 | |
| 6-12 | 1.34 (0.79-2.28) | 0.277 |
| 13-59 | 1.21 (0.74-1.96) | 0.439 |
| > 60 | 1.18 (0.51-1.44) | 0.524 |
| Skin Color | | |
| White | 1.00 | |
| Black | 0.86 (0.51-1.14) | 0.569 |
| Brown | 0.88 (0.57-1.34) | 0.555 |
| Religion | | |
| No | 1.00 | |
| Yes | 0.68 (0.47-0.99) | 0.042 |
| Alcohol | | |
| No | 1.00 | |
| Yes | 0.93 (0.64-1.37) | 0.730 |
| Suicidal ideation | | |
| No | 1.00 | |
| Yes | 1.18 (0.81-1.73) | 0.391 |
| Sexual orientation | | |
| Heterosexual | 1.00 | |
| Homosexual/bisexual | 1.89 (1.18-3.04) | 0.008 |

PRad: Adjusted prevalence ratio; CI 95%: Confidence Interval 95%. *Model adjusted by age, sex, months as homeless, religion, skin color, alcohol and suicidal ideation.