

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALCIDES PEREIRA SOARES NETO

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DO
BRASIL CENTRAL**

GOIÂNIA, 2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS 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

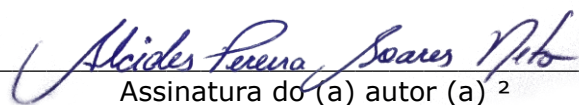
Nome completo do autor: Alcides Pereira Soares Neto

Título do trabalho: Qualidade de Vida de Pessoas em Situação de Rua do Brasil Central

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

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

Data: 09 / 01 / 2017

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.

²A assinatura deve ser escaneada.

ALCIDES PEREIRA SOARES NETO

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DO
BRASIL CENTRAL**

*Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o
cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Dr.^a Maria Alves Barbosa

Coorientador: Dr. Marcos André de Matos

GOIANIA, 2016

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

Soares Neto, Alcides Pereira
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DO
BRASIL CENTRAL [manuscrito] / Alcides Pereira Soares Neto. - 2016.
CXXVIII, 128 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Maria Alves Barbosa; co-orientador Dr.
Marcos André de Matos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

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

1. Qualidade de vida. 2. Pessoas em situação de rua. 3.
Vulnerabilidade social. 4. Enfermagem em saúde pública. I.
Barbosa, Maria Alves, orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado de ALCIDES PEREIRA SOARES NETO. Aos vinte e nove dias do mês de abril de dois mil e dezesseis (29/04/2016), às 19h00 min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: **Profa. Dra. Maria Alves Barbosa, Profa. Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino, Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil**, sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Auditório da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada **QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DO BRASIL CENTRAL**, em nível de **Mestrado**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAUDE HUMANA**, de autoria de **Alcides Pereira Soares Neto**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da **Banca Examinadora: Profa. Dra. Maria Alves Barbosa**, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida ao autor da Dissertação que, em 40 minutos, fez a apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu o examinado, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a Dissertação foi **APROVADA**, por unanimidade, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAUDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela Banca e com o comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e ou internacional. Cumpridas as formalidades de pauta, às 22h00min, a presidência da mesa encerrou esta sessão de defesa de Dissertação de Mestrado e, para constar eu, Mayana Paula de Souza Santos, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei esta ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em quatro vias de igual teor.

Handwritten signature of Maria Alves Barbosa in blue ink.

Profa. Dra. Maria Alves Barbosa
Presidente da Banca e Orientadora – FEN-UFG

Handwritten signature of Priscila Valverde de Oliveira Vitorino in blue ink.

Profa. Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
Membro efetivo, externo ao Programa – PUC-GO

Handwritten signature of Virginia Visconde Brasil in blue ink.

Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil
Membro efetivo, interno ao Programa – FEN-UFG

Pesquisa desenvolvida junto ao Núcleo de Estudos Em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida - NEPAQ, e ao Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados aos Agravos Infeciosos, com Ênfase nas Hepatites Virais – NECAIH, ambos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, e que contou com o financiamento da United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, professores e amigos, àqueles que me deram forças, apoiaram, e acreditaram que este estudo seria possível. Inexiste aquilo que seja capaz de expressar minha imensa gratidão a vocês.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Aspectos Gerais da População em Situação de Rua.....	19
1.2 Aspectos conceituais da Qualidade de Vida.....	32
1.3 Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida	36
1.3.1 Instrumentos da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)	40
1.3.1.1 O Instrumento WHOQOL-100	41
1.3.1.2 O Instrumento WHOQOL-abreviado	42
2. OBJETIVOS	47
2.1 Objetivo Geral	47
2.2 Objetivos Específicos.....	47
3. METODOLOGIA	49
3.1 Tipo e local do estudo.....	49
3.3 Critérios de inclusão e exclusão	52
3.4 Coleta de dados.....	52
3.5 Tratamento dos dados.....	57
3.6 Aspectos éticos.....	57
4. RESULTADOS	60
Aspectos sociodemográficos, comportamentais e estilo de vida da População em Situação de Rua.....	60
Avaliação da Qualidade de Vida da População em Situação de Rua	67
5. DISCUSSÃO	76
6. CONCLUSÕES	100
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
8. REFERÊNCIAS	107
9. APÊNDICES E ANEXOS	119
ANEXO I.....	119

ANEXO II	122
ANEXO III	123
ANEXO IV	124
APÊNDICE A.....	126
APÊNDICE B.....	127

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Casa de Acolhida Cidadã (Frente)	50
Figura 2 – Casa de Acolhida Cidadã (Lateral).....	50
Quadro 1: Tipos de instrumentos para avaliação de Qualidade de Vida (modificado).	38
Quadro 2: Principais instrumentos de medida de Qualidade de Vida no Brasil (modificado).....	39
Quadro 3: Domínios e facetas do WHOQOL-100 (adaptado)	41
Quadro 4 - Domínios e facetas do WHOQOL-abreviado (adaptado)	43
Gráfico 1: Tempo em situação de rua em 150 pessoas em situação de rua no município de Goiânia - Goiás, 2015	63
Gráfico 2: Motivos relatados como principais para que a rua fosse o local de moradia em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia, 2015	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015	61
Tabela 2 – Caracterização do estilo de vida em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015	62
Tabela 3 – Caracterização laboral em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015.....	65
Tabela 4 – Caracterização comportamental em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015	66
Tabela 5 – Índice de Cronbach, Média e Desvio Padrão de cada domínio, do instrumento WHOQOL-abreviado aplicado em 150 pessoas em situação de Rua, Goiânia, 2015.....	67
Tabela 6 – Distribuição (%) em 150 pessoas em situação de rua de acordo com a avaliação da qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, Goiânia, 2015.....	67
Tabela 7 – Média e Desvio Padrão, de cada questão do instrumento WHOQOL-abreviado, por domínios, aplicado em 150 pessoas em Situação de Rua do município de Goiânia-Goiás. Goiânia, 2015	69
Tabela 8 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado segundo o sexo, em pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015.....	70
Tabela 9 – Média e Desvio Padrão de cada uma das dimensões do WHOQOL-abreviado, estratificados por idade, aplicado em pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015.....	71
Tabela 10 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado com o estado conjugal de 150 pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015	71
Tabela 11 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado entre as faixas de renda, aplicado em 150 pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015	72
Tabela 12 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado em 149 pessoas em situação de rua que utilizam e que não utilizam drogas ilícitas. Goiânia, 2015	73
Tabela 13 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado entre pessoas em situação de rua que referiram e aqueles que não referiram dor de dente, Goiânia, 2015	73
Tabela 14 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado em indivíduos em situação de rua que sofreram, e aqueles que não sofreram discriminação, Goiânia, 2015	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CR	Consultório na Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano;
IDEST	Instituto de Desenvolvimento Sustentável
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NECAIH	Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados aos Agravos Infecciosos, com Ênfase nas Hepatites Virais;
NEPAQ	Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida;
OSC	Organização Social Civil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental;
ONU	Organização das Nações Unidas;
PIB	Produto Interno Bruto
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSR	População em Situação de Rua
QLI	<i>Quality of Life Index</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SAS	Secretaria de Assistência Social
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes
USA	<i>United States of America</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>

RESUMO

NETO, APS. **QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DO BRASIL CENTRAL**. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de Goiás (UFG); 2016. 128p.

Estudo transversal que objetivou avaliar a qualidade de vida de indivíduos em situação de rua, entre agosto a outubro de 2015. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário contendo questões relacionadas a aspectos sociais, econômicos e demográficos e do instrumento genérico de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-Bref). Para avaliar os fatores associados à QV utilizou-se a regressão linear múltipla. O nível de significância adotado foi de $\leq 5\%$. O alfa de Cronbach variou entre 0,66 e 0,80, inferindo uma boa confiabilidade do instrumento. A população do estudo foi composta por 150 indivíduos, sendo o mais jovem com 18 anos e o mais velho com 82 anos. As médias dos escores do WHOQOL-Bref foram maiores nos domínios Físico (68,1) e Psicológico (66,6) e, os menores escores foram obtidos dos domínios Meio Ambiente (44,1) e Relações Sociais (56,6). Demonstraram médias significativas na associação da qualidade de vida, moradores de rua do sexo masculino, casados, idade (30 - 40 anos), não usuários de drogas ilícitas e sem relato de dor de dente e de discriminação. Esse estudo permitiu identificar as dimensões da qualidade de vida dos moradores de rua que estão afetadas, ressaltando a necessidade de criar políticas públicas e suporte social que sejam efetivos para reduzir as vulnerabilidades desses indivíduos. Ainda, permite-nos refletir sobre a responsabilidade dos enfermeiros na promoção da saúde e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; Pessoas em Situação de Rua; Vulnerabilidade Social; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

NETO, APS. **QUALITY OF LIFE OF PEOPLE IN STREET SITUATION OF CENTRAL BRAZIL** [dissertation]. Goiânia: School of Nursing/ Federal University of Goiás (UFG); 2016. 128p.

The objective of this cross-sectional study was to evaluate the quality of life of individuals living in the street, homeless, from August to October 2015. Data collection was conducted through a questionnaire containing questions related to social, economic and demographic aspects and the generic quality of life instrument for World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). To evaluate factors associated with QoL, were used multiple linear regression. The level of significance was set at $\leq 5\%$. Cronbach's alpha ranged from 0,66 to 0,80, implying good instrument reliability. the study population consisted of 150 individuals, with the youngest aged 18 and the oldest 82 years. The mean scores of the WHOQOL-Bref were higher in Physical (68,1) and Psychological (66,6) domains and the lower scores were obtained from the Environment (44,1) and Social Relations domains (56,6). Significant averages in quality of life were demonstrated in association with male homeless, married, age (30 - 40 years), non-users of illicit drugs and without reported toothache and discrimination. This study allowed identifying the dimensions of life of homeless that are affected, emphasizing the need to creation of public policies and social support to effectively reduce the vulnerabilities of these individuals. It also allows us to reflect on the nurses responsibility in promoting health, and therefore, improve their quality of life of people.

Key-Words: Quality of Life; Homeless Persons; Social Vulnerability; Public Health Nursing.

RESUMEN

NETO, APS. **CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS EN SITUACIÓN CALLEJERA DE BRASIL CENTRAL** [disertación]. Goiânia: Escuela de Enfermería/ Universidad Federal de Goiás (UFG); 2015. 128p.

Estudio transversal objetivando evaluar la calidad de vida de los individuos en la situación de la calle, entre agosto a octubre de 2015. La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario con preguntas relacionadas con los aspectos sociales, económicos y demográficos y del instrumento genérico de la calidad de vida World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). Para evaluar los factores asociados la QV utilizó la regresión lineal múltiple. El nivel de significación fue $\leq 5\%$. El alfa de Cronbach osciló entre 0,66 y 0,80, lo que implica una buena fiabilidad del instrumento. La población de estudio consistió de 150 individuos, con el más joven de 18 años y el más anciano con 82 años. Las medias de puntuaciones del WHOQOL-Bref fueron mayores en los dominios Físico (68,1) y Psicológico (66,6) y más bajas en los dominios Medio Ambiente (44,1) y Relaciones Sociales (56,6). Demostraron promedios significativos en la asociación de la calidad de vida con los individuos en la situación de la calle del sexo masculino, casados, de 30 a 40 años, no usuarios de drogas ilícitas y sin dolor de dientes y discriminación. Este estudio permitió la identificación de las dimensiones de vida de los individuos en la situación de la calle que están afectadas, destacando la necesidad de crear políticas públicas y soporte social que sean efectivos para reducir la vulnerabilidad de estos individuos. También nos permite reflexionar sobre la responsabilidad personal de enfermería en la promoción de la salud, y, por lo tanto, mejorar su calidad de vida de las personas

Palabras-Chave: Calidad de Vida; Personas sin Hogar; Vulnerabilidad Social; Enfermería en Salud Pública.

APRESENTAÇÃO

Ao me inserir no Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida (NEPAQ) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, desde o período da graduação, estive em contato constante com o tema Qualidade de Vida (QV), pesquisando e contribuindo com estudos sobre a temática em diferentes segmentos populacionais, inclusive na iniciação científica com trabalho apresentado no exterior.

No meu cotidiano, como cidadão comum, presencio, pelas ruas da cidade em que moro, a perambulação frequente de pessoas em situação de rua. A situação desses indivíduos, a maioria de aparência bastante humilde e aparentemente sem local para dormir, me intrigava, por desconhecer como faziam para sobreviver e como encontravam meios para sua própria subsistência. Eu me indagava, também, sobre a forma como lidavam com a alimentação, eliminação, com a higiene corporal, bucal, e com situações extremas que poderiam vivenciar no dia a dia.

Mais recentemente, já com o curso de Enfermagem concluído, e em contato com outras esferas do cuidado, passei a me interessar pelo aspecto emocional dessa população, e particularmente, por minha vivência acadêmico-científica, em como eles percebiam sua qualidade de vida, principalmente frente à situação de exclusão social em que se encontram e aos comportamentos de risco a que se submetem e são submetidos.

Ser uma pessoa em situação de rua, não é somente estar na rua ou viver nela. O indivíduo tem, geralmente, em sua trajetória de vida, histórias de rompimento social e de vínculos familiares, e são expostos com facilidade a comportamentos e atitudes de vulnerabilidades, que, acredito, influenciam negativamente na sua saúde e conseqüentemente na qualidade de vida.

São vários os comprometimentos impostos pela vivência nas ruas, tais como o perigoso contato com o mundo das drogas lícitas e ilícitas e a violência que o acompanha, o rompimento social e familiar, as dificuldades impostas para o seu retorno à vida em sociedade, burocracia na emissão de documentos, ou frente às barreiras encontradas para ingressar no mercado de trabalho. Influenciam negativamente também, a aparência física comprometida pelo cuidado corporal

insuficiente, enquanto em situação de rua, a falta de qualificação profissional ou de vagas no ramo de atividade em que poderiam atuar.

Contudo, ainda que a realidade de viver nas ruas possa não ser bem vista pela maior parte da sociedade, e diante dos possíveis sofrimentos que tal situação traz na vida de quem a experimenta, alguns indivíduos, ao que nos parece, optam por viver a realidade das ruas.

Compreender a condição de ser uma pessoa em situação de rua, com foco na avaliação da qualidade de vida das pessoas resulta em respostas aos seguintes questionamentos: o fato de ser morador de rua pode influenciar na qualidade de vida dos indivíduos? Para eles, quais domínios da qualidade de vida poderiam estar comprometidos? Os aspectos socioeconômicos podem interferir?

Partindo desses questionamentos, me senti incentivado a investigar essa temática no curso de Pós-graduação *Stricto Sensu* - Enfermagem, considerando a lacuna identificada no conhecimento científico produzido e divulgado referente à qualidade de vida de pessoas em situação de rua.

Inserido no Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida – NEPAQ e em parceria com o Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados aos Agravos Infecciosos, com ênfase nas Hepatites Virais (NECAIH), que desenvolve projetos de pesquisa e extensão com esse segmento populacional há cinco anos, fui à busca de conhecimentos que poderiam responder as minhas indagações.

Assim, o presente trabalho é componente de uma investigação de corte transversal 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”, que identificou a extrema vulnerabilidade da população em situação de rua de Goiânia.

Pretende-se que os resultados apreendidos possam contribuir para maior atenção social, manutenção ou melhoria da qualidade de vida das pessoas que moram ou estão temporariamente em situação de rua, ou que estão acolhidas em Organizações Não Governamentais (ONG), albergues ou casas de apoio.

Quiçá seja possível, inclusive, estimular outros leitores a se atentarem para a problemática das pessoas em situação de rua, para, a partir de um olhar científico, também contribuir com futuros projetos dirigidos a esse grupo social. A publicação dos resultados do estudo poderá também oferecer subsídios a outros pesquisadores ou

gestores em saúde, no sentido de motivar mudanças no atendimento a esta parcela importante da população.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os grupos sociais vulneráveis têm sido objeto de várias discussões e pesquisas. Dentre esse segmento, tem-se a População em Situação de Rua (PSR), que embora seja um grupo populacional emergente, e frequentemente visível no cenário moderno das grandes metrópoles, é carente de políticas públicas efetivas de saúde que abarquem suas peculiaridades.

Contudo ainda há escassez de estudos que abordem, especificamente, a saúde desses indivíduos, sobretudo acerca dos aspectos que influenciam sua qualidade de vida. Mesmo nesse contexto é frequente o número de pessoas que consideram a rua, de fato, sua residência e são resistentes a sair do contexto da rua por inúmeros motivos, e assim permanecem nessa situação. Desse modo, fazem-se necessárias investigações que abordem aspectos relacionados à qualidade de vida desses indivíduos para que os conceitos de QV para esse grupo não sejam distorcidos e estigmatizados, a ponto de fragilizar as estratégias de cuidado e seus direitos enquanto cidadãos.

Este é um estudo pioneiro no Brasil com foco na avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo em situação de rua, por meio da aplicação de um instrumento genérico, recomendado para pesquisas com diferentes grupos populacionais, inclusive populações vulneráveis (CRUZ et al., 2011). Espera-se que os achados dessa investigação possam contribuir para reflexões acerca da necessidade premente de intervenções voltadas para um cuidado efetivo com essa população. E, ainda, que a prática clínica de enfermagem venha a ser cada vez mais humanizada, integral, equânime, com dignidade e respeitando as particularidades desse grupo, que, conforme Sotero (2011) e Aguiar e Iriart (2012), é marcado pela alta vulnerabilidade individual, social e programática ao adoecimento, e que na maioria das vezes são abordados com preconceitos e/ou compaixão em nossa sociedade excludente.

Levando em consideração que se pretende produzir conhecimento capaz de empoderar as pessoas em situação de rua e o grupo a qual pertence, delegando a corresponsabilidade aos diferentes setores da sociedade e da gestão pública, por meio da multidisciplinaridade e intersetorialidade, optou-se por utilizar o conceito de vulnerabilidade numa visão que extrapola o conceito de risco, probabilístico e orientador de atividades de intervenção à saúde, tradicionalmente empregado no

campo da epidemiologia (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; NICHATA et al., 2008).

Desse modo, utilizou-se como marco conceitual nessa pesquisa, a vulnerabilidade como chances de suscetibilidade de pessoas pertencentes a grupos específicos, decorrentes da exposição a agentes deletérios ou protetores que desencadeiam problemas e danos à saúde (AYRES, 1997).

Os resultados deste estudo poderão subsidiar revisões/adequações de políticas públicas direcionadas a grupos sociais vulneráveis e também contribuir para ações na prática de profissionais de saúde por meio do planejamento de protocolos de atendimento e inovação de atividades, bem como outros desdobramentos que poderão impactar na qualidade de vida desta parcela da população. Por fim, outros pesquisadores também poderão se beneficiar com as reflexões aqui produzidas na condução de outros estudos abordando a qualidade de vida em populações vulneráveis.

1.1 Aspectos Gerais da População em Situação de Rua

As pessoas em situação de rua compõem um segmento populacional vulnerável e de grande desafio para políticas públicas e para cientistas sociais, como sinal evidente das mudanças históricas, sociais, políticas, culturais e econômicas vividas por diversos países, e inerente à atual conjuntura das grandes cidades (VARANDA; ADORNO, 2004; HUGHES, 2016).

As polarizações econômicas aliadas às novas dinâmicas laborais e sociais colaboraram para a concentração desigual de riqueza em todo o mundo, contribuindo para graves problemas sociais como desemprego, precarização do trabalho, exclusão social e conseqüente degradação da qualidade de vida (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005; WELLER, 2012). Trata-se, portanto, de uma falha global no cumprimento dos direitos humanos, e que necessita de atenção mundial imediata (UNITED NATIONS, 2015).

Muitas vezes, a exclusão social vivenciada pela PSR é potencializada pela criação de leis que tornam as pessoas desse segmento invisíveis, as punem com multas, as classificam como criminosas, ou mesmo as força a serem removidas dos

lugares onde estão, pelo fundamento da higienização, saúde e manutenção da ordem pública (NATIONAL COALITION FOR THE HOMELESS, 2014).

Quando comparada à população em geral, as pessoas em situação de rua têm maior susceptibilidade ao uso de drogas lícitas e ilícitas, a contrair doenças infectocontagiosas, e desenvolver doenças físicas crônicas e de ordem psicológica, e necessitam de maior atenção à saúde por esse motivo (GALEA; VLAHOV, 2002; NOTARO et al., 2013).

Tal exclusão social vivenciada no contexto mundial é também evidenciada em cidades brasileiras como a somatória de uma multiplicidade de fenômenos que não se restringe a ausência de residência fixa, mas a problemática do conjunto de vulnerabilidades, a saber: fragilização dos laços familiares, ausência de trabalho, ou trabalhos irregulares, desvinculação familiar, violência doméstica, uso abusivo de álcool e outras drogas, doenças mentais, questões de gênero e discriminação (VARANDA; ADORNO, 2004; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008; ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015)

Conceito de População em Situação de Rua

Definir População em Situação de Rua, Morador de Rua, “*Homeless*”, “*Homelessness*” (entre outros termos), não é fácil, e varia de acordo com o país, as normas culturais, condições socioeconômicas, os grupos afetados, e o conceito de moradia que as mesmas possuem, indo muito além da carência de abrigo físico (UNITED NATIONS, 2010). Na língua inglesa, por exemplo, o termo “*Homelessness*”, não dispõe de outro equivalente em outros idiomas, apesar de ser citado em inúmeros estudos, e sugere falta de habitação física, mas também a perda do sentimento de pertença ao meio social (UNITED NATIONS, 2015).

Assim, verifica-se a nível global a inexistência de uma única conceituação, que seja uniforme e operacional, e compartilhada pela comunidade científica e sociedade em geral. Entende-se, então, que para compreender a complexidade que envolve a População em Situação de Rua, é necessário despir-se de pré-conceitos relacionados ao tema. Tal informação, ainda que pareça óbvia, se colocada em discussão pode ajudar a entender melhor o paradigma que envolve esse grupo social.

Pode-se, por exemplo, apreender que a rua deve ser entendida somente como uma margem entre espaços, ou que sirva apenas para acesso entre locais. Por outro lado, pode ser encarada como um espaço próprio que está envolvido na dinâmica social, e por conseguinte produz sua própria realidade (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008). Outrossim, ocupá-la não deve ser encarada como uma violação de direitos. O foco mais apropriado, provavelmente, deva ser direcionado ao contexto que levou o indivíduo que a ocupa, e o porquê de não terem sido resguardados seus direitos constitucionais como cidadãos, tanto pela sociedade civil organizada, quanto pelas instâncias públicas (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

A Organização das Nações Unidas (ONU) sinaliza um possível caminho para uma definição ao considerar, que, moradia adequada, por exemplo, deve ser vista como direito de viver em um lugar com segurança, paz e dignidade; ela refere ainda características que devem ser resguardadas, como a liberdade, o direito à posse, disponibilidade de serviços de infraestrutura, acessibilidade, que ofereça segurança e proteção, e seja adequada culturalmente (UNITED NATIONS, 2009). De modo simplificado, considera que as pessoas em situação de rua são definidas aquelas que, por falta de uma habitação, não possuem outra opção para dormir, e o fazem em locais não próprios para habitação humana, como as ruas, ou o fazem temporariamente na casa de amigos, em alojamentos, abrigos, e locais similares de acolhimento (UNITED NATIONS, 2010).

A ONU propõe atualmente a conceituação mais focada no aspecto social da situação de rua por meio de um enfoque tridimensional, baseado nos direitos humanos, e a define como: a) a ausência de moradia, tanto no aspecto físico e material, quanto no âmbito social, de segurança para manutenção das relações sociais; b) segmento populacional sujeito à discriminação sistêmica, e estigma social por conta da de identidade construída sobre a privação do lar; c) indivíduos titulares de resiliência na luta pela sobrevivência, moradia e dignidade (UNITED NATIONS, 2015).

A *National Coalition for the Homeless* (2016) classifica as pessoas em situação de rua em crônicas, temporárias e esporadicamente desabrigadas. Os primeiros são pessoas que utilizam os espaços urbanos como forma de moradia por longos períodos. Os em transição utilizam os locais de abrigo por um período breve

e, por último, e mais frequente são os que transitam rotineiramente pelos locais de moradia nas ruas e outras residências.

A ONU por sua vez classifica as pessoas em situação de rua em duas categorias: “*Primary homelessness, Absolute homelessness, ou rooflessness*”, que inclui pessoas que vivem nas ruas, sem moradia própria; “*Secondary homelessness ou Relative homelessness*”, que inclui as pessoas que não tem moradia fixa, que se mudam frequentemente entre vários tipos de acomodações, como abrigos, albergues, alojamentos conjuntos, que de modo geral, não possuem endereço fixo, ou mesmo que não forneçam condições mínimas de moradia.

Já a nível nacional, na década de 1980, a PSR era conhecida como “mendigos” ou “pedintes”, sendo associados à mendicância e degradação de condições no ambiente de trabalho. O termo “sofredor de rua”, referente ao sofrimento causado pelas situações de injustiça social foi adotado legalmente, sofrendo alterações na década de 1990 com a ampliação dos serviços de atenção social (VARANDA; ADORNO, 2004; JESUS et al., 2012).

Posteriormente, surgiram os termos “maloqueiro”, referência à “maloca” ou “mocó”, local onde permaneciam em pequenos grupos para pernoitar e para guardar seus poucos pertences (VARANDA; ADORNO, 2004; COSTA, 2006) e “trecheiros”, para aqueles trabalhadores que transitavam de uma cidade para outra a procura de trabalho (percurso denominado “trecho”) (COSTA, 2006). Houve também o uso da expressão “nômade” para aqueles sujeitos que não se fixavam em um determinado local (VARANDA; ADORNO, 2004).

Atualmente é utilizado o termo “albergado” para aqueles usuários que se utilizam de locais públicos e/ou da Organização da Sociedade Civil (OSC) para pernoitarem e “pessoas em situação de rua” para os indivíduos que não estão em instituições de apoio. Contudo, verifica-se que os albergados constituem uma parcela da PSR que possuem características semelhantes às da população encontrada exclusivamente nos logradouros, praças, edifícios abandonados e viadutos das cidades (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2003; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

Nesse contexto, observa-se que os indivíduos que possuem nas ruas sua referência de residência já tiveram, ao longo dos anos, vários termos que designavam sua situação. As categorizações aqui citadas podem ou não ser reconhecidas por

esse segmento populacional, uma vez que podem reproduzir os interesses institucionais do contexto social. Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005) afirmam que moradores de rua, quando organizados, preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”, com o objetivo de caracterizar uma transitoriedade desse processo, ainda que muitos deles considerem que sair da rua não é uma tarefa simples, ou outros prefiram outros termos. Tal definição, entretanto, é a mesma adotada pelo Governo Federal Brasileiro para designar essa população, a qual foi elaborada a partir das reflexões de um trabalho interministerial e com representantes da sociedade civil organizada e dos representantes do Movimento Nacional de População de Rua (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

Assim sendo, esses indivíduos são pessoas que fazem parte de um segmento populacional heterogêneo que não possuem moradia convencional regular e de forma temporária ou permanente, pernoitam em logradouros públicos ou unidades de acolhimento, e têm vínculos familiares e sociais descontínuos (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2009).

Independentemente do termo utilizado, é consenso que essa parcela da população apresenta vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Nesse contexto, diversas deficiências sejam físicas ou mentais, a falta de recursos materiais e apoio social, seja como causa ou consequência da vida nas ruas, são fatores determinantes para a degradação das alternativas de sobrevivência da população em situação de rua (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005; COSTA, 2006).

Dados Epidemiológicos e de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua

Em todo o mundo são variados os motivos que contribuem em vários níveis para a existência, e o aumento do número, de pessoas em situação de rua. Podem ser citados, de modo geral: urbanização mundial acelerada; o acúmulo de capital; o superfaturamento de imóveis, os despejos baseados na premissa do desenvolvimento econômico, e sem realocação adequada; o abandono e ineficácia do governo da função de proteção social; a falta de regulação do mercado de trabalho; crises econômicas globais e regionais; medidas de austeridade; conflitos armados, que geram migração em massa, como os observados no Oriente Médio; desastres naturais de variadas origens e intensidades; violência doméstica; falecimento ou

ruptura de laços com entes familiares; (PERLMAN; PARVENSKY, 2006; UNITED NATIONS, 2010; TSEMBERIS; KENT; RESPRESS, 2012; NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2015; SAVE THE CHILDREN, 2015; UNITED NATIONS, 2015; NATIONAL COALITION FOR THE HOMELESS, 2016).

É importante ressaltar, que, não apenas países subdesenvolvidos, ou em desenvolvimento, refletem essa problemática, mas tem os países desenvolvidos. Estimativas das Nações Unidas apontam um número superior a 100 milhões de pessoas vivendo em condições de situação de rua em todo o mundo, isso em 2005, número que ultrapassa 1 bilhão se forem consideradas as pessoas que moram em habitações inadequadas (UNITED NATIONS, 2005).

No Canadá, por exemplo, o problema da população em situação de rua, ou desabrigados, começou a crescer por volta da década de 1980, e estima-se que atualmente entre cento e cinquenta mil e trezentos mil (150.000 – 300.000) indivíduos experimentam, em algum momento, estar em situação de rua (SHAPCOOT et al., 2010). Este número, entretanto, pode chegar a um milhão (1.000.000) de pessoas, ou mais, se forem consideradas os “*hidden homeless*” (pessoas que não tem moradia fixa, e vivem temporariamente com familiares ou amigos) (SHAPCOOT et al., 2010). A cada noite (ou “*a single night*”, expressão que neste caso se assemelha a “corte transversal” indicando um número que pode variar diariamente), mais de trinta e cinco mil (35.000) pessoas podem ser identificadas como em situação de rua naquele país, sendo entre treze mil e trinta e três mil (13.000 e 33.000) deles moradores de rua crônicos ou recorrentes (GAETZ; GULLIVER; RICHTER, 2014).

Já nos Estados Unidos da América, mais de quinhentos e setenta e oito mil (578.000) experimentam estar em situação de rua, a cada noite, incluindo os que dormem nas ruas, abrigos, ou moradias do programa americano de transição (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2015). De modo geral, as pessoas em situação de rua nos países como os EUA têm um maior número de abrigos disponíveis por quantidade de desabrigados, se comparados a países menos desenvolvidos. Também é maior rede de programas de apoio social que visam a manutenção ou recuperação do indivíduo ante à situação de rua, como os abrigos de emergência, de alojamento preventivo, moradias de transição, que de modo geral oferecem suporte permanente são alguns dos programas existentes (NATIONAL

ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2015; U.S. DEPARTMENT OF HOUSING AND URBAN DEVELOPMENT, 2016).

Esses programas são, em sua maioria, sejam de cunho emergencial. Contudo vale ressaltar que cada vez mais são adotados programas inspirados no modelo “*Housing First*”, um programa guarda-chuva, criado na década de 1990, nos EUA, que de modo simplificado, visa garantir moradia à PSR, e tratamento à saúde e assistência social, como medidas básicas para a recuperação e retorno dessas pessoas à sociedade fora da condição de situação de rua (PERLMAN; PARVENSKY, 2006; TSEMBERIS; KENT; RESPRESS, 2012; PATHWAYS NATIONAL, 2016).

A Finlândia, país que possuiu aproximadamente quinhentos e oitenta mil habitantes (580.000) contava em 2010 com pouco mais de três mil (3.000) pessoas em situação de rua de longo termo (que experimentaram estar em situação de rua durante o último ano, ou com recorrentes nos últimos três anos), menos de oito mil (8.000) pessoas em situação de rua no geral, ante os mais de vinte mil (20.000) na década de 1980 (HOUSING FIRST FINLAND, 2012). Seus programas sociais e habitacionais em vigência, inspirados no programa “*Housing First*”, objetivavam, até 2015, erradicar o problema das pessoas em situação de rua de longo termo naquele país. A metodologia para o alcance desse resultado envolve a atuação de diferentes setores do Governo no combate ao alcoolismo, desemprego, e outras medidas que previnam que a pessoa chegue à situação de rua, oferecimento de soluções de habitação particulares por meio de programas do governo, e suporte contínuo do serviço de assistência social (HOUSING FIRST FINLAND, 2012; PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS, 2016).

Salvas exceções, de forma geral, o número de pessoas em situação de rua tem aumentado, como evidenciam estudos epidemiológicos em vários países, como Austrália, França, Estados Unidos, Canadá, entre outras nações (UNITED NATIONS, 2010; AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS, 2011; YAOUANCQ et al., 2013; VUILLERMOZ et al., 2014; UNITED NATIONS, 2015; WHITTAKER et al., 2015).

O Brasil figura entre uma das dez maiores economias industriais do mundo, em contrapartida possui uma das piores distribuições de renda entre as nações, ocupando a 75ª posição na avaliação mundial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2014 entre 188 países e territórios reconhecidos pela ONU (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b).

Entretanto, os dados disponíveis não permitem identificar a real situação da PSR no Brasil. Em levantamento realizado em 71 municípios (23 capitais e em 48 cidades com mais de 300 mil habitantes) entre agosto de 2007 e março de 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) identificaram e entrevistaram 31.922 pessoas adultas vivendo em situação de rua (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009).

Os dados daquele censo, somados com os de outros municípios que realizaram estudos independentes, mostraram um número próximo de 50.000 indivíduos vivendo em situação de rua (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009). Apesar de ser significativo, tal número não refletia, no país, o quantitativo real de pessoas vivendo nessa situação à época, uma vez que o estudo não foi realizado em todo o território nacional.

Entre crianças e adolescentes o número é menor, mas ainda alarmante. Em outro censo realizado em 2010, com metodologia semelhante ao estudo de 2007, a Secretaria de Direitos Humanos e o Instituto de Desenvolvimento Sustentável identificaram 23.973 crianças vivendo nas ruas (IDEST, 2011).

A reintegração das pessoas que se encontram em situação de rua à sociedade e à família faz parte de um dos preceitos da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Antes mesmo de sua criação, em 2008, a própria legislação brasileira já suportava esse ideal desde sua elaboração. Isso é evidenciado no artigo 226º da Constituição Federal do Brasil, onde é estabelecida que “*A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado*” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988 p.25).

Assim, a legislação considera, em seu âmago, a família como lugar efetivo para o desenvolvimento total dos indivíduos, e tem na figura do Estado o protetor de seus direitos e regulador de suas funções (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008). Além disso, a Constituição Federal também traz no seu Artigo 5º que todos são iguais perante a lei, sendo inviolável o direito à vida, a liberdade, à igualdade, segurança e a propriedade. Garante também, no Artigo 6º, como direitos sociais a “*educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados*” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988).

Desse modo, dada a heterogeneidade de indivíduos que compõem a PSR, é notório que as políticas públicas que as atendem devem ser elaboradas de um ponto de vista integral, interdisciplinar e Intersetorial nas várias instâncias e segmentos governamentais (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008). Os dados citados evidenciam a necessidade premente de estratégias eficazes de reinserção social direcionada a essa população que utiliza o espaço público para viver. Assim, emerge os seguintes questionamentos: quem são essas pessoas e o que as levaram à situação de rua? Como é a sua sobrevivência e QV?

Diante o exposto é imprescindível que essas respostas não devem ser ponderadas apenas levando-se em conta a questão econômica, mas sim todo o conjunto que envolve estar/ser da rua.

Observam-se, nesse contexto, que são diversos os dispositivos legais que garantem o amparo da PSR pelo poder público. Além dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988, foi aprovada, em 2004, a Lei Orgânica da Assistência Social, que regulamenta tais artigos da Constituição e reconhece a Assistência Social como uma Política de Estado (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2004).

Anos depois, com o objetivo de formular políticas públicas destinadas especificamente à População em Situação de Rua, o Governo brasileiro aprovou, em 2009, o Decreto 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, bem como a criação de um Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento deste segmento populacional (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2009). Isso permitiu a construção de mecanismos institucionais e sociais que promovessem programas e ações destinadas à garantia de acesso aos bens públicos e a efetivação da cidadania para essa população (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2009).

A referida Política Nacional elucida o conceito, a caracterização do perfil sociodemográfico e econômico da PSR, bem como os Princípios e Diretrizes que objetivam nortear as ações públicas para essa população. Nela é evidenciada que o nível de renda da PSR é, em média, baixo, a maior parte é formada por pessoas do sexo masculino, não brancos, sabem ler e escrever e vivem sozinhos (VARANDA; ADORNO, 2004; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008). Outro dado interessante foi o fato da maioria residir no seu próprio Estado de naturalidade. Do

total de indivíduos pesquisados, 48,4% estava há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergues. Grande parcela dos entrevistados informou já ter sido internado em instituições, seja casa de recuperação de dependentes químicos, casa de detenção e hospital psiquiátrico (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

Na mesma investigação nacional, a PSR possuía no trabalho sua fonte de renda exclusiva, não sendo comum a mendicância. Relataram serem trabalhadores remunerados, porém, em empregos informais sem vínculo empregatício, sendo as atividades relacionadas à reciclagem, como o recolhimento de papel, latinhas, ferro-velho, etc., as principais atividades remuneradas (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

É importante ressaltar que a alternativa de ir para a rua na condição de morador de rua é, provavelmente, reflexo da ruptura do conjunto de privações, dificuldades e falta de apoio coletivo pelo qual sobrevieram ao longo de suas vidas (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2003; BRITO; DIAS, 2013), pois, de forma geral, nomear a rua como moradia está relacionado com experiências individuais e coletivas que fragilizam a organização interna do indivíduo, vínculos rompidos, identidade social comprometida, sua capacidade de articulação com o meio onde vive, sua autoimagem e autoestima (VARANDA; ADORNO, 2004).

Nesse sentido, a pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome revelaram que os principais motivos que levam os indivíduos à situação de rua envolvem problemas de alcoolismo e/ou drogas, desavenças familiares e desemprego (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008). Tais fatores, acrescidos da inoperabilidade funcional do setor público para apoiá-los, bem como a fragilidade de questões estruturais da sociedade, podem levar a pessoa à situação de morador de rua (VARANDA; ADORNO, 2004; ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005).

As condições de vulnerabilidade a que a PSR está exposta, provê maiores riscos para a saúde para esse segmento populacional, e representa, assim, mais um desafio para a efetivação das políticas que abarcam essa população. Vários autores evidenciam que os gestores devem considerar a PSR como uma questão social de grande impacto para a saúde (BARATA et al., 2015), uma vez que a grande maioria

desses indivíduos se considera invulneráveis e com a percepção de que saúde é unicamente significado de ausência da doença (AGUIAR; IRIART, 2012).

De tal modo, a saúde está associada à capacidade de resistir às dificuldades inerentes a vivência no mundo da rua, enquanto o conceito de doença está ligado à impossibilidade de batalhar pela sua sobrevivência (AGUIAR; IRIART, 2012)

Diante tal contexto, os indivíduos se tornam ainda mais vulneráveis, pois suas condições de vida determinam os processos saúde-doença-assistência, carecendo de maior atenção de políticas públicas e estratégias assistenciais, especialmente por parte dos profissionais de saúde, diante das suas fragilidades sociais e de acesso à saúde.

O direito à moradia é um determinante social chave para saúde (HWANG et al., 2011). Nesse contexto, a ausência desta, e as condições de saúde precárias em que a PSR vive, permite uma vinculação do tema à saúde pública, em especial quando se considera os princípios doutrinários da universalização, integralidade, e, principalmente o da equidade, preconizados pelo SUS (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990). Além do suprimento das necessidades cotidianas básicas, como alimentação, higiene pessoal, segurança, o próprio acesso a serviços de saúde são, em geral, bastante comprometidos na PSR se comparados com o restante da população, e muitas vezes agravados pelo uso de entorpecentes (VARANDA; ADORNO, 2004; COSTA, 2006).

No cuidado à saúde, de maneira geral, é necessária uma atuação do profissional de saúde a partir de uma perspectiva relacional entre profissional e o usuário, ao vínculo entre estes, e não somente aos recursos físicos e conhecimento técnico dos profissionais (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015). Entretanto, observa-se que esse segmento da população geralmente é atendido principalmente em situações de urgência e emergência, raramente na rede de Atenção Básica, e muitas vezes sem o adequado preparo dos profissionais para compreender o contexto em que está inserido este paciente.

Assim, ainda que o Brasil tenha alavancado o acesso aos serviços de saúde em seus municípios, alguns grupos vulneráveis acabam por encontrar dificuldades no acesso à rede pública de saúde. Isso se motiva pelas peculiaridades referentes ao modo de vida, e de exigências que não condizem com a realidade enfrentada pela PSR, tais como a necessidade de comprovação ou de referência de residência para

o atendimento em uma unidade básica de saúde; tratamentos de saúde longos, ou que necessitam de regras e condições específicas para seu sucesso; a dependência de álcool e outras drogas; bem como um real despreparo dos profissionais para o acolhimento a esse grupo, seja na ocorrência de preconceitos ou discriminação (COSTA, 2006).

Esse cenário expõe uma necessidade de rearranjos constantes das metodologias de organização do atendimento à saúde e redes de cuidado. Nesse contexto, no ano de 2009 o Ministério da Saúde propôs a criação do Consultório na Rua (CR), como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). Este modelo de atenção à saúde foi instituído em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica, a qual foi aprovada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O CR é formado por equipes multiprofissionais e visam facilitar o acesso da PSR a um serviço integral em saúde, oferecendo também o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e assistência social, realizando suas atividades de forma itinerante, diretamente no espaço da rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A atuação das Equipes do CR se desenvolve no campo da intersubjetividade por meio dos encontros que possibilitam a construção dos vínculos e projetos terapêuticos (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015). Suas ações são compartilhadas e integradas à Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros serviços de saúde, utilizando para isso a constituição desse vínculo entre os profissionais dessa rede e os usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nessa perspectiva de serviços públicos para a População em Situação de Rua, vem sendo implantado em todo o território nacional os Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop). Ambas são unidades de referência da rede de programas especializados da Proteção Social Especial (PSE), cujo objetivo é contribuir na proteção social de famílias e indivíduos que estejam em situação de risco social ou pessoal, como violência física, psicológica, negligência, abandono, situação de rua, trabalho infantil, entre outras situações de risco e vulnerabilidade (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011).

O CREAS atua com diversos públicos vulneráveis e em situação de risco, conforme orienta a PSE, buscando o acolhimento dessas pessoas, fortalecendo e reconstruindo os vínculos sociais e familiares, permitindo, assim, a superação da situação apresentada (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2016a). Já o Centro Pop tem suas ações voltadas especificamente para o atendimento especializado à população em situação de rua, e se caracteriza por ser um espaço que busca proporcionar vivências para o alcance da integridade e autonomia do indivíduo em situação de rua por meio da oferta de informações e orientações para a elaboração conjunta de novos projetos de vida; escuta qualificada; reinserção familiar e comunitária com visitas domiciliares a familiares e resgate e fortalecimento de vínculos; estímulo ao convívio social bem como a organização e mobilização da participação social; monitoramento das situações de risco, como a violência nas suas variadas formas; entre outras ações demandadas pela PSR (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011;2016b).

No âmbito da Alta Complexidade da PSE, são ofertados serviços de acolhimento temporário, de forma a oferecer possibilidades para o indivíduo ou família desenvolverem condições para a independência, autonomia e autocuidado. São serviços de Alta Complexidade: Serviço de Acolhimento Institucional, com estrutura semelhante a uma residência e/ou em unidade institucional temporária para acolhimento imediato ou emergencial; Serviço de Acolhimento em Repúblicas, com unidades em sistema de república, destinadas a: jovens entre 18 e 21 anos que se desligaram de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes em situações que demandem este serviço; adultos em fase de reinserção social, com reestabelecimento de vínculos sociais e da autonomia; e idosos que sejam capazes de gerir coletivamente a moradia e desenvolvam de forma independente as atividades de vida diária (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2011;2016a; SECRETARIA DE ESTADO DE TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2016).

Assim, projetos direcionados para essa população são até muito discutidos e considerados imprescindíveis, mas sua forma de implantação e operacionalização pelas instâncias sociais e políticas no país é questionada. Pode-se afirmar que inúmeros direitos foram garantidos na legislação brasileira, sinalizando, inclusive, que

a PSR foi incluída como prioridade nas ações governamentais. Todavia, de modo geral, pode-se afirmar que, até os dias atuais as iniciativas não surtiram muito efeito, ou não se mostraram devidamente efetivas na garantia desses direitos (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Portanto, será que essa conjuntura em que o indivíduo em situação de rua está inserido, de maneira geral, pode contribuir negativamente na qualidade de vida dessa população?

1.2 Aspectos conceituais da Qualidade de Vida

Apesar da magnitude social, a temática Qualidade de Vida (QV), ainda hoje, apresenta grandes ambiguidades teóricas e metodológicas que muitas vezes comprometem as investigações científicas, e conseqüentemente a compreensão do tema e aplicabilidade do conhecimento produzido na melhoria da qualidade de vida da coletividade (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), em particular de grupos sociais vulneráveis, como a população em situação de rua.

Apesar da diversidade quanto às concepções do significado de qualidade de vida, ela ainda é considerada uma variável de difícil definição, uma vez que em alguns casos, há o uso indiscriminado, oportunista e superficial utilizado tanto no contexto popular como nos meios de comunicação, publicidade e plataformas políticas, denotando frequentemente, uma visão, distorcida, estigmatizada e reducionista do conceito (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; GORDIA et al., 2011; CORDEIRO, 2014).

A qualidade de Vida permeia várias áreas especializadas do conhecimento e como objeto específico de pesquisas, ela é uma das terminologias mais interdisciplinares, por sua relação direta com a saúde humana (MICHELONE; SANTOS, 2004). Entretanto o interesse e a discussão, assim como o crescimento das publicações científicas sobre o tema são de certo modo recentes, tomando força somente a partir da década de 80 (SEIDL; ZANNON, 2004; CANAVARRO et al., 2006; GORDIA et al., 2011).

A origem da expressão “Qualidade de Vida” é incerta, e pode estar ligada tanto à cultura oriental quanto à ocidental. Nesse contexto, Kawakame e Miyadahira (2005) consideram que na perspectiva oriental, a ideia de QV está ligada à filosofia

chinesa, cuja expressão estava relacionada à arte, literatura, filosofia e medicina, bem como ao Yin e Yang (que representam as forças positivas e negativas) cujo equilíbrio permitiria que a QV fosse alcançada.

Já na perspectiva ocidental, o pensamento aristotélico é referido como parte da origem do conceito QV, o qual descrevia a felicidade como algo próximo do sentir-se realizado e pleno (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005). Assumpção-JR e Kuczynski (2010) apontam ainda que Aristóteles considerava que para atingir esse bem maior e supremo, seria necessário praticar virtude em toda a sua vida.

Nas pesquisas sociais, o conceito de qualidade de vida era confundido com a ideia de indicador social, abordando somente aspectos objetivos referentes à QV, como qualidade do ar, nível socioeconômico e educacional, que podiam ser mensurados, deixando de lado aspectos subjetivos, como bem-estar e felicidade (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Na literatura médica há indícios do uso do termo QV por volta de 1930 (SEIDL; ZANNON, 2004). O termo foi relativamente esquecido, mas seu uso foi retomado no contexto político em 1964, quando o então presidente americano Lyndon Johnson ponderou, que, “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al., 1999 p. 20).

O crescente desenvolvimento tecnológico trouxe como consequência negativa para a área da saúde, a mecanização de processos e progressiva desumanização das relações humanas, tanto no trabalho, como fora dele. Esta situação despertou uma preocupação com o conceito de “qualidade de vida”, considerando-o mais amplo que o controle de sinais e sintomas de agravos, redução da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999).

Dessa forma, nas ciências médicas, era comum alegar, com algumas variações, que o conceito de saúde não era mera ausência de doença, e sim qualidade de vida. Apesar de correta, e indo de encontro ao reducionismo biomédico, a afirmação torna-se vaga de significado e reforça o contexto de conceitos genéricos da QV (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para Adriano *et al.* (2000), as condições para existência, como o acesso a serviços de saúde de qualidade, e de acesso a bens, serviços econômicos e sociais,

como emprego, renda, educação, alimentação, entre outros, definem a QV de uma população, ainda que não apontem para uma definição do termo.

Dessa forma, o interesse pela QV inicialmente se desenvolveu ligado aos sistemas de indicadores econômicos, como por exemplo, o Produto Interno Bruto (PIB) e renda per capita; indicadores de desenvolvimento social dos países, descrevendo a aquisição de bens materiais, tais como casa, carro, investimentos, e avaliação da saúde, educação, moradia e transporte. (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Percebe-se que no transcorrer histórico, a expressão QV foi se associando a diversos conceitos sinônimos, o que impôs dificuldades na delimitação científica de uma definição (FLECK et al., 1999; CANAVARRO et al., 2006). Diante da diversidade de conceitos e ausência de um consenso sobre a definição de qualidade de vida, na década de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS), formou um grupo internacional multicêntrico denominado *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group) (WHOQOL GROUP, 1995).

Tal grupo foi criado com o intuito de definir conceitos, instituir instrumentos com capacidade de identificar a QV de indivíduos em vários contextos de vida e gerir pesquisas sobre medidas que avaliam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de maneira individual e coletiva (CHAVEIRO, 2011). Desse movimento, emergiu o conceito, segundo o qual, entende-se por qualidade de vida “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p.1).

Trata-se, por conseguinte, de um conceito amplo que abrange a complexidade do constructo, sendo marcado pela peculiaridade, multidimensionalidade, e dimensões positivas e negativas, uma vez que inclui as dimensões essenciais da condição humana, sejam elas físicas, psicológicas, sociais, culturais ou espirituais (FLECK et al., 2000).

Na peculiaridade, a perspectiva do indivíduo em relação a sua qualidade de vida é determinada conforme a maneira pela qual ele mantém suas relações consigo e com os outros, também as diferentes formas de autoavaliação, sendo, portanto, individual e flexível, conforme o contexto político, histórico, econômico, social e

cultural no qual o indivíduo se encontra (KUSUMOTA, 2005; KUSUMOTA; GRICIO; CÂNDIDO, 2009).

No que tange a multidimensionalidade, a QV é composta por várias dimensões e sua mensuração deve ser um somatório das demais e não somente de uma delas. Por fim, as dimensões positivas e negativas dizem respeito à presença de alguns elementos e ausência de outros na qualidade de vida dos indivíduos (FLECK et al., 1999). Assim, diferentes condições de vida, como situações de pobreza, miséria, saúde, ter liberdade de expressão, por exemplo, podem influenciar de maneira positiva ou negativa na maneira como o indivíduo ou o grupo social percebe sua QV (MICHELONE; SANTOS, 2004; GORDIA et al., 2011).

Ainda que o conceito de qualidade de vida da OMS descrito acima não seja amplamente e internacionalmente aceito, é consenso que os conceitos mais benquistos de qualidade de vida busquem uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas, como temporalidade, capacidade funcional, interações sociais e culturais, comportamento afetivo/emocional e saúde mental (CASTRO et al., 2003; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), dispendo de componentes subjetivos e objetivos (GORDIA et al., 2011).

A subjetividade é um aspecto imprescindível para o conceito de QV, uma vez que a discricção de satisfação pessoal e outros sentimentos particulares é inerente à qualidade de vida. Nessa perspectiva, a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa cuja qualidade de vida está sendo investigada (FLECK, 2000).

Não obstante, o componente objetivo também é necessário para a ruptura de conceitos preestabelecidos, particularmente quando se estuda qualidade de vida de populações vulneráveis. Para Michelone e Santos (2004), a objetividade é importante à medida que podem existir pessoas vivendo em situações de extrema pobreza e miséria e sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto que outros indivíduos enfrentando condições adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida insatisfatória.

Na literatura científica atual, a qualidade de vida vem, então, sendo considerada como uma nova dimensão a ser avaliada em relação aos resultados dos cuidados e nas decisões sobre o direcionamento de recursos na área da saúde (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005). Nesta área específica, por exemplo, o termo

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é o mais empregado e atualmente aceito na literatura científica, bem como no uso de instrumentos que avaliem este subconjunto do conceito de QV (CHAVEIRO, 2011).

Logo, a valorização do conceito de qualidade de vida reflete, inegavelmente, a crescente preocupação com a integralidade do fazer e saber cuidar do indivíduo, família e comunidade, decorrente da multidimensionalidade, objetividade e subjetividade intrínsecos a QV. Tais aspectos têm sido alvo de estudos que possibilitarão qualificar, direcionar, otimizar e avaliar o cuidado a grupos vulneráveis, efetivando as políticas públicas já existentes para esse segmento populacional.

Levando em consideração que o conceito de qualidade de vida é amplo, e não se define exclusivamente por meio de parâmetros objetivos ou técnicos, optou, nesse estudo por utilizar o conceito de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995).

1.3 Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida

Embora haja registros de instrumentos para a mensuração da qualidade de vida desde a década de 1930 (SEIDL; ZANNON, 2004), os pesquisadores ainda apresentam inúmeros desafios em mensurar a QV, ao ponderarem a complexidade do constructo (CHAVEIRO, 2011; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Diversos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida e afins foram elaborados, principalmente nos Estados Unidos e Europa, crescendo assim o interesse na tradução e validação destes em todo o mundo (ALVES, 2011; CRUZ et al., 2011).

Entretanto a viabilidade e confiabilidade dessa replicação têm sido questionadas, tendo em vista que não há evidências se os instrumentos geram achados que possuem associação e se sofrem influências de diferentes culturas e interesses políticos em saúde, não avaliando, se realmente, o objeto de estudo que está sendo medido é passível de mensuração (FLECK et al., 1999).

Nessa conjuntura, diante das inúmeras formas de avaliação da qualidade de vida, não havendo medidas como padrão-ouro (FARQUHAR, 1995), o que se sabe, é que a QV é usualmente medida por meio de um complexo e sistematizado conjunto de itens, escalas, domínios e instrumentos (GILL; FEINSTEIN, 1994). Além disso, os instrumentos para avaliação de QV podem ser categorizados de acordo com a

perspectiva que se propõem a avaliar, a saber: Qualidade de Vida geral, Qualidade de Vida ligada à Saúde e Qualidade de Vida ligada a uma doença específica (FLECK, 2000).

Faz-se necessário distinguir a QV geral da QVRS, uma vez que a qualidade de vida geral abrange elementos não relacionados diretamente à saúde, como satisfação no trabalho, espiritualidade e vínculos familiares, fenômenos estes que influenciam a QV das pessoas, independentemente se elas apresentam alguma injúria à saúde Gill e Feinstein, (1994), Para os mesmos autores, ao negligenciar esta distinção, os estudiosos incorrem no risco de superestimar o impacto de fatores preditores à saúde como também subestimar o efeito de elementos não médicos. Para elucidar, um indivíduo alcoolista em situação de rua, em recuperação pode referir Qualidade de Vida geral péssima embora esteja sem o uso de substância etílica há anos, em detrimento de sua atual situação conjugal.

Acredita-se que essa distinção se torna ainda mais premente, quando se avalia QV de grupos vulneráveis que não reportam doença no momento da coleta de dados, uma vez que são indivíduos que apresentam potenciais particularidades e especificidades passíveis de vieses, inerentes a sua atual situação.

Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo, sendo assim classificados em genéricos e específicos, conforme apresentado didaticamente no Quadro 1.

Os genéricos possuem uma abordagem do perfil de saúde nomeada para condensar um espectro do conceito de QV que se aplica a muitas condições clínicas e grupos populacionais diferentes, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde (OLIVEIRA; ORSINI, 2008). Nesses instrumentos não são utilizados aspectos especiais ou condições específicas de doenças. Assim, a falta de sensibilidade suficiente para detectar aspectos peculiares da qualidade de vida e o impacto de uma determinada doença é apontada como uma fragilidade desse tipo de instrumento (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Já os específicos são indicados para avaliar grupos com diagnósticos exclusivos ou populações específicas com o intuito de mensurar resolubilidade ou alterações clínicas relevantes (ZATTA, 2011).

Quadro 1: Tipos de instrumentos para avaliação de Qualidade de Vida (modificado).

Tipos de instrumentos	Vantagens	Desvantagens
GENÉRICOS		
Descritivos Perfil de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Único instrumento - Detecta efeitos diferenciais em diferentes aspectos de QV - Possibilita comparações entre grupos com diferentes doenças, intervenções 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode não focar na área de interesse - Pode não ser responsivo
Medidas de utilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Um único número representa o impacto na quantidade e qualidade de vida - Possibilita uso em estudos de custo-utilidade - Incorpora morte como desfecho 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em se determinar valores de utilidade - Não possibilita avaliar o efeito em diferentes aspectos de qualidade de vida - Pode não ser responsivo
ESPECÍFICOS		
Doença específica População específico Função específica Condição ou problema específico	<ul style="list-style-type: none"> - Clinicamente sensíveis - Podem ser mais responsivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Não permite comparações entre grupos com diferentes condições - Pode ser limitada para estudar populações e intervenções

Fonte: (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993)

Cabe destacar que um aspecto importante desses instrumentos de QV é a capacidade de representar quantitativamente as associações estatísticas entre indivíduos ou segmentos populacionais (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007). Contudo, a escolha de uma ferramenta, que de fato, contribua para o conhecimento exige “*expertise*” e conhecimento da vivência do grupo a ser avaliado.

Segundo Alves (2011), para que uma avaliação acerca da QV seja robusta, é necessário durante o delineamento do estudo, realizar uma pesquisa sistemática, levando em consideração os indicadores e dimensões a serem mensurados que mais se aproximem da realidade a qual se propõe avaliar. Nesse sentido, o Quadro 2 apresenta os instrumentos de medida traduzidos e validados mais citados na literatura brasileira.

Quadro 2: Principais instrumentos de medida de Qualidade de Vida no Brasil (modificado).

INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO
WHOQOL	Mede a QV através de 6 (seis) domínios: psicológico; físico; nível de independência; relações sociais; ambiente; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais; Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais.
Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV)	Mede a QV através de 4 (quatro) domínios: saúde/Funcionamento; socioeconômico; psicológico/espiritual e família.
Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	Mede a QV através de 5 (cinco) dimensões: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação.
Hexágono de Kertesz	Mede a QV através do estilo de vida por 6 (seis) domínios: alimentação, atividade física, tempo de repouso e relaxamento, espaço para lazer e diversão, relação com o trabalho e relação com os amigos.
Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36)	Mede a QVRS através de 8 (oito) dimensões: funcionamento físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade (energia/fadiga) e as percepções da saúde geral).
EuroQoI -5 Dimensions (EQ - 5D)	Mede a QVRS através de 5 (cinco) domínios: mobilidade, cuidados próprios, atividade habitual, dor/desconforto e ansiedade/depressão.
Quality of Well - Being Scale (QWBS)	Mede a QVRS através de 3 (três) dimensões: mobilidade, atividade física e atividade social.
Perfil de Saúde de Nottingham (PSN)	Mede a QVRS através do bem-estar em 6 (seis) dimensões: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas.

Fonte: (ALVES, 2011)

O *Quality of Life Index* (QLI) foi desenvolvido em 1982 pelas enfermeiras norte-americanas Ferrans e Powers, do Departamento Médico-Cirúrgico, da Universidade de Illinois, Chicago – USA (FERRANS; POWERS, 1985). Trata-se de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, traduzido e validado para 13 idiomas, composto por 68 questões, divididos em dois grupos de 34 itens cada: a primeira parte mede o nível de satisfação e a segunda, o nível de importância (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005). Os 34 itens de cada um dos grupos correspondem a quatro domínios: Saúde/Funcionamento, Socioeconômico, Psicológico/Espiritual e Família (KIMURA; SILVA, 2009). No Brasil, o processo de validação excluiu sete (7) itens do IQV original, por se apresentar inconsistentes nos

cálculos estatísticos, resultando um indicador composto de 27 itens em cada uma de suas partes (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Diante a gama de instrumentos de avaliação de QV, cabe aos pesquisadores avaliarem se o desenho metodológico do estudo é capaz de alcançar os objetivos propostos com validade interna e externa, se atentando para o fato de que a avaliação da QV é diretamente afetada por características exclusivas de cada indivíduo, carecendo, portanto, de ser avaliada pelo próprio sujeito da pesquisa (PEDRO; PAIS-RIBEIRO, 2008; CASTILLO et al., 2012).

1.3.1 Instrumentos da *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*

Em face às divergências em relação aos instrumentos de QV e à inexistência de uma ferramenta transcultural que pudesse ser aplicada em todo o mundo, a OMS criou um Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida (*WHOQOL Group*) com o foco de produzir e desenvolver conhecimento sobre o conceito e instrumentos de medidas (WHOQOL GROUP, 1995).

Nesse sentido, os instrumentos *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* foram desenvolvidos com a finalidade de avaliar a Qualidade de Vida de pessoas enfermas ou que gozem de boa saúde, de modo que fossem assegurados os níveis de equivalência entre si, refletindo as características culturais de onde fossem aplicados (CHAVEIRO, 2011).

A criação dos instrumentos se deu após a elaboração do conceito de qualidade de vida pela própria OMS, e seguiu o modelo de enfoque transcultural e de colaboração interativa, simultânea, contínua, multicêntrica e genuinamente internacional. Participaram centros de pesquisas de países com diferentes níveis de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religiões dominantes, entre outros aspectos preditores à QV (FLECK, 2000).

Desse movimento logo emergiram as versões do WHOQOL-100 e WHOQOL-abreviado, sendo atualmente consideradas escalas que se despontam como as principais tendo em vista seu caráter multicêntrico internacional de criação e uso, ainda que outras crescentemente ganhem espaço frente às especificidades de avaliação (ALVES, 2011; CHAVEIRO, 2011; CASTILLO et al., 2012).

1.3.1.1 O Instrumento WHOQOL-100

A *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100) foi o primeiro instrumento de avaliação de QV, resultante dos esforços do Grupo WHOQOL. Composto por 100 perguntas que se referem a seis (6) domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade (FLECK et al., 1999).

Esses domínios são subdivididos em 24 facetas específicas e uma faceta sobre QV geral e saúde geral. Cada faceta é composta por quatro (4) perguntas, totalizando assim os 100 itens de avaliação do instrumento (Quadro 3). As respostas para cada uma das questões do WHOQOL-100 se classificam em intensidade, capacidade, frequência e avaliação, e são apresentadas em escala do tipo *Likert*, na qual a pontuação pode variar de um a cinco (1 a 5).

Quadro 3: Domínios e facetas do WHOQOL-100 (adaptado)

DOMÍNIOS	FACETAS
I – FÍSICO	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso
II – PSICOLÓGICO	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
III – NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA	9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
IV – RELAÇÕES SOCIAIS	13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual
V – AMBIENTE	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
VI - ASPECTOS ESPIRITUAIS/ RELIGIÃO/ CRENÇAS PESSOAIS	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
	Qualidade de Vida Geral e Saúde Geral

Fonte: (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997, p. 3.)

As características psicométricas do WHOQOL-100 revelaram-se bastante satisfatórias após terem sido avaliadas a partir de uma amostra internacional de 8.294 indivíduos provenientes de 15 centros, além de boa consistência interna e boa validade discriminante entre indivíduos com algum agravo e hígidos na amostra (FLECK, 2000).

No Brasil, a versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, seguindo a metodologia de tradução, discussão em grupos focais e retrotradução (FLECK et al., 1999).

1.3.1.2 O Instrumento WHOQOL-abreviado

Após várias discussões, percebeu-se que o WHOQOL-100 era um instrumento bastante complexo e amplo, podendo tornar-se muito extenso para determinados tipos de estudos. Assim, a necessidade de versões mais curtas do instrumento, que demandassem menor tempo para o seu preenchimento, menor carga para o respondente, ou menor nível de detalhes das facetos para determinados tipos de estudos, levou o mesmo grupo a desenvolver o WHOQOL-abreviado (*WHOQOL-bref*) (WHOQOL GROUP, 1996b). Trata-se de uma forma abreviada do WHOQOL-100, que mantém a adequação das propriedades psicométricas do instrumento original, cujos testes de inclusão das facetos se utilizaram dos dados obtidos com os testes piloto e de campo do WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1998b). Dados mais recentes obtidos em 24 centros de pesquisa em 23 países de diferentes regiões do mundo, culturas e aspectos socioeconômicos, foram utilizados para uma nova análise das propriedades psicométricas do WHOQOL-abreviado em estudo realizado por Skevington et. al. (2004).

Composto por 26 questões, distribuídas por quatro (4) domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), o WHOQOL-abreviado possui duas (2) questões de avaliação geral de QV, e 24 perguntas que representam cada uma das facetos do WHOQOL-100 (cada faceta é avaliada por uma questão) e preserva, assim, a abrangência do constructo Qualidade de Vida (FLECK et al., 2000).

É importante ressaltar que os domínios: Nível de Independência e Espiritualidade foi incluído na nova versão abreviada do instrumento nos domínios Físico e Psicológico, respectivamente (FLECK et al., 1999). Todas as respostas para as questões do WHOQOL-abreviado também são obtidas por meio de escala tipo *Likert* de cinco pontos. Os domínios e suas respectivas facetas estão apresentados no Quadro 4:

Quadro 4 - Domínios e facetas do WHOQOL-abreviado (adaptado)

DOMÍNIOS	FACETAS
FÍSICO	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Atividades de vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais
RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
MEIO AMBIENTE	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

Fonte: (WHOQOL GROUP, 1996b)

Tanto o WHOQOL-abreviado como o WHOQOL-100 não permitem o estabelecimento de um escore total único para avaliação da QV, mas sim valores

individuais para cada domínio (FLECK, 2000; FLECK et al., 2000; MICHELONE; SANTOS, 2004).

Instrumentos como WHOQOL apresentam também como vantagens de uso o fato de já terem sua validade e qualidades psicométricas atestadas e permitem a comparação com outros estudos. Entretanto, trazem consigo limitações importantes, como a impossibilidade de avaliar, por meio deles, as especificidades de cada sujeito em cada contexto de avaliação (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Assim, outros módulos dos instrumentos WHOQOL foram criados, entre eles, WHOQOL-HIV (para indivíduos com HIV/AIDS), o WHOQOL-DIS (qualidade de vida das pessoas com deficiência), WHOQOL-OLD (população idosa), e o WHOQOL-SRPB (avalia como a QV na saúde e na assistência à saúde são influenciadas pela espiritualidade, religião e crenças pessoais) (FLECK et al., 1999; HIPOLITO, 2015; MAGALHÃES et al., 2015).

Como profissionais da saúde, se faz oportuno advertir que, recentemente, neste campo, o discurso da QV é bastante inespecífico e generalizante, tendo surgido no nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). O termo qualidade de vida relacionada à saúde tem sido usado com recorrência e com conceituação semelhante a mais geral, estando, porém, mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados por agravos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Porém, a qualidade de vida torna-se parte do contexto da saúde se considerarmos que o estado de bem estar físico, mental e social, bem como a presença ou ausência de doença e as intervenções realizadas pelos profissionais influenciam tanto a quantidade, longevidade e sobrevivência, como a própria qualidade da vida do indivíduo enfermo (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Assim, as avaliações de QV em saúde também são ferramentas importantes na análise de intervenções terapêuticas, serviços e prática assistencial cotidiana na área da saúde, além de ser um respeitável indicador haja vista o impacto físico e psicossocial que enfermidades, disfunções ou incapacidades podem ocasionar na vida das pessoas (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Na saúde coletiva, por exemplo, é possível haver melhoria na QV por meio de práticas assistenciais e políticas públicas que visem à promoção da saúde construída a partir de resultados de investigações. Tais fatores devem, portanto,

necessariamente serem considerados para a implementação de uma assistência humanizada em saúde (BITTENCOURT; HOEHNE, 2009).

A tendência dos instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde é manter o caráter multidimensional, bem como proceder à avaliação da percepção geral da QV (SEIDL; ZANNON, 2004). Assim, optou-se por utilizar essa escala nesse estudo considerando seu caráter transcultural, pelo poder de avaliação de políticas de saúde, e especialmente por ser um instrumento que embora seja elaborado há relativamente pouco tempo, tem sido utilizado progressiva e crescentemente em diversos países do mundo.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de pessoas em situação de rua de Goiânia-Goiás.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sócio demográficas, laborais e o estilo de vida de pessoas em situação de rua de Goiânia-Goiás;
- Identificar os valores atribuídos aos domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL-abreviado, em pessoas em situação de rua;
- Descrever as pontuações obtidas nas questões da qualidade de vida no grupo estudado;
- Comparar a pontuação dos escores dos domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-abreviado com variáveis sociodemográficas, laborais e de estilo de vida nos indivíduos em situação de rua.

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, realizada no período de agosto a outubro de 2015.

Para a realização deste estudo, primeiramente foi analisada a melhor alternativa de acesso aos indivíduos em situação de rua. Inicialmente havíamos optado pela busca ativa pela cidade, ruas, praças, construções abandonadas, viadutos, entre outros locais frequentados pela população em estudo.

Apesar de ter sido utilizada em alguns estudos de caráter epidemiológicos, tal alternativa de acesso à PSR não foi exequível. Isso se deveu ao fato de que as pessoas em situação de rua não se restringem apenas às pessoas conhecidas por ocuparem os logradouros públicos ou áreas degradadas. Incluem-se também as pessoas que ocasionalmente, utiliza-se de abrigos e albergues para pernoitar, conforme define o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

Considerando os locais onde muitas das pessoas em situação de rua pernoitam, foi ponderada também a necessidade de garantir a segurança dos entrevistadores, principalmente no período noturno, o qual seria o único turno viável nesse contexto, para se ter acesso à população alvo. Assim, considerando os serviços públicos da administração municipal, optou-se por utilizar a Casa de Acolhida Cidadã (CAC) como o local de coleta de dados.

Esta instituição criada em 2007 pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia (SEMAS), está localizada no Setor Campinas, no município de Goiânia, e representa o único local público municipal que abriga temporariamente, por cerca de dois meses, famílias e adultos em situação de rua. Possui atualmente capacidade para atender 240 pessoas, com serviços de provisão das principais necessidades humanas básicas, como higiene corporal, alimentação, segurança e pernoite. Ainda oferece atendimento de Psicologia e de Serviço Social, atividades ocupacionais, culturais e de lazer, além de orientação e encaminhamento para aquisição de documentos pessoais e encaminhamento para o mercado de trabalho (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 2016).

A CAC possui três andares, sendo o primeiro composto por uma recepção, cozinha, refeitório e banheiro coletivo. No segundo andar, o espaço é reservado aos homens solteiros, com uma sala de televisão, banheiro coletivo e espaços para a realização de atendimentos à saúde e cidadania. O último andar é reservado à famílias e mulheres e também conta com uma sala de televisão, banheiros e uma brinquedoteca para as crianças (Figura 1 e 2).

Figura 1 – Casa de Acolhida Cidadã (Frente)



Fonte: Google Maps; <http://maps.google.com/> (2016)

Figura 2 – Casa de Acolhida Cidadã (Lateral)



Fonte: Google Maps; <http://maps.google.com/> (2016)

Segundo a SEMAS, a população que utiliza a instituição CAC possui características que corroboram a definição de PSR do Ministério da Saúde, a saber: indivíduos sem residência fixa com vínculos familiares interrompidos e indivíduos que utilizavam ou residiam em albergues, instituições, locais públicos ou privados não designados ou usados como acomodação regular para dormir (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

Em suma, a escolha da Casa de Acolhida Cidadã motivou-se pelos seguintes fatores: tal instituição é a única gerida pela esfera pública municipal que abriga temporariamente pessoas, que, por diversos motivos, estão em situação de rua (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008) nos permitia contato direto e facilitado com essa população em todos os períodos (matutino, vespertino e noturno); instituição parceira do projeto, com a realização do estudo autorizada previamente; vínculos afetivos já estabelecidos com a equipe da instituição e com as pessoas em situação de rua, maximizando a captação de pessoas para a investigação.

3.2 População e Amostra do estudo

Não existem dados oficiais atualizados que indiquem o número exato de pessoas em situação de rua em Goiânia. Portanto, o cálculo amostral para a realização deste estudo foi realizado a partir dos dados referentes ao número de pessoas em situação de rua informada no último senso da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, divulgada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que afirmou que Goiânia possuía uma população de 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 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

Levando em consideração estes dados, um intervalo de confiança de 95%, erro máximo igual a 5% e uma estimativa de proporção igual a 50% (variância máxima), a amostra final estudada contou com 150 entrevistados, o que consideramos ter atendido ao requisito estatístico de validade do estudo.

Não foram coletados, neste estudo, dados relativos ao número de pessoas que recusaram em participar da pesquisa. Contudo, vale ressaltar que este foi um entrave recorrente observado pelos pesquisadores. De acordo com os mesmos, foram citados como motivos para a recusa, a falta de interesse em participação em projetos

de pesquisa, a desconfiança com os a intenção da pesquisa as informações obtidas com a coleta de dados.

Foi utilizada na execução da coleta de dados uma amostra de conveniência, tendo em vista a rotatividade de pessoas em situação de rua na instituição, além da possibilidade de o número de recusas ser elevado devido às características da população alvo.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra os indivíduos que atenderam aos critérios:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar consciente e ser capaz de compreender os objetivos do estudo;
- Ser capaz de responder verbalmente às perguntas do instrumento.

Foram excluídos da amostra os indivíduos que:

- Apresentavam perda auditiva severa e/ou deficiência na sua oralização;
- Apresentavam comportamento visualmente agressivo ou similar, que colocasse em risco a segurança do próprio ou do pesquisador.

Ressalta-se, entretanto, que não foram encontrados potenciais sujeitos de pesquisa com características que se enquadrassem nos critérios de exclusão, não resultando, assim, em eliminação de sujeitos na coleta de dados.

3.4 Coleta de dados

Os participantes da pesquisa foram entrevistados em locais privativos, nas dependências da instituição escolhida para a realização do estudo, em dias e turnos alternados, nos meses de outubro e novembro de 2015, após prévio agendamento junto à coordenação do serviço. Os dados foram coletados pelo pesquisador responsável, e por auxiliares de pesquisa devidamente qualificados para abordagem a grupos sociais vulneráveis e estigmatizados, bem como para aplicarem instrumento de medida de QV.

Todos os auxiliares faziam parte do Núcleo de Epidemiologia e Cuidados aos Agravos Infecciosos, com ênfase nas Hepatites Virais (NECAIH) e do Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida (NEPAQ), ambos da Faculdade de Enfermagem FEN/UFG.

Ainda, visando minimizar viés de respostas e maior confiabilidade das informações obtidas, foi realizado teste piloto (dez entrevistas) para ajustes no instrumento de coleta de dados e estratégias de acolhimento e aproximação dos pesquisadores com a população em situação de rua.

Ressaltamos que em estudos anteriores realizados pelo NECAIH com esse grupo social foi identificado baixo nível de escolaridade e capacidade de leitura comprometida. Desse modo, a orientação do WHOQOL-Group (1996b) em utilizar o instrumento de pesquisa WHOQOL-abreviado de forma auto aplicada com os entrevistados não se mostraria eficaz. De tal modo, como meio de padronização da coleta de dados, optou-se neste estudo pela entrevista direta e com a aplicação administrada pelo entrevistador de todos os instrumentos de coleta de dados. Não foram utilizados, entretanto, sinônimos ou explicações em outras palavras das questões para evitar a modificação do sentido original das mesmas.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois instrumentos, um sociodemográfico comportamental (instrumento A) e o WHOQOL-abreviado (instrumento B):

a) **Instrumento A** (Apêndice A) - referente às variáveis sociodemográficas, comportamentais e que expressavam o estilo de vida do indivíduo. A escolha das variáveis se deu levando em consideração os estudos que abordavam as necessidades da população em situação de rua, bem como a vivência de um ano de imersão nas ruas durante um estudo prévio sobre hepatites virais, realizados pelo grupo de pesquisa NECAIH.

Ressalta-se ainda, que, neste mesmo estudo prévio, um tema recorrente levantado pelos entrevistados com pesquisadores foi sobre saúde bucal. Motivados principalmente pela ocorrência de dor, os entrevistados buscavam informações de como poderiam ter acesso a tratamento bucal e de alívio das dores, fosse via Sistema Único de Saúde, fosse via Universidade e seus atendimentos de demanda espontânea.

Desse modo, considerando que problemas bucais, como a dor pode influenciar negativamente na qualidade de vida das pessoas (PEREIRA, 2010), e é

um dos indicadores negativos de maior relevância para a QV (MCGRATH; BEDI, 2004) optamos por investigar a recorrência dessa variável entre as pessoas em situação de rua entrevistadas. O período de tempo adotado (seis meses) para a presença ou não de dor entre os entrevistados foi inspirada na versão brasileira do instrumento *Oral Health Impact Profile-short form* (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005)

Um roteiro foi elaborado pelos pesquisadores para identificar as seguintes características sociodemográficas, com base no conhecimento prévio sobre a população:

1. **Iniciais do Nome;**
2. **Sexo;**
3. **Orientação sexual** – se heterossexual, homossexual, travesti, transexual ou bissexual;
4. **Idade** – em anos completos;
5. **Cidade e estado de nascimento;**
6. **Religião** – se não possui religião; católica; protestante ou evangélica; espírita; umbanda ou candomblé e outra;
7. **Praticante de religião** – sim ou não;
8. **Cor da pele** - branca; negra; amarela; parda; indígena e não sabe;
9. **Estado Conjugal** - casado/união consensual; solteiro; separado/divorciado/desquitado e viúvo;
10. **Profissão** - ocupação principal;
11. **Renda** – não possui renda; carteira assinada; autônomo/bicos; doações e outros tipos de renda;
12. **Renda familiar mensal** (caso possua renda) – valores em reais (R\$);
13. **Estudou até que serie** - grau de escolaridade, por nível;
14. **Município/Estado da última residência fixa;**
15. **Tempo de vida em Goiânia - anos ou meses ou semanas;**
16. **Tempo na Casa de Acolhida** – tempo internalizado;
17. **Como chegou à Casa de Acolhida** – Encaminhado por meio da SEMAS; Via Consultório de Rua; Assistência Social de outros locais; Amigos/Conhecidos e Outros (devendo citar qual);
18. **Já ficou em outra casa de apoio** – não ou sim;
19. **Qual setor em Goiânia costuma ficar** - bairro;

20. **Tempo aproximado em situação de rua** – em dias, semanas, meses ou anos.
21. **Usa alguma droga ilícita** – não ou sim;
22. **Qual/quais droga(s) ilícita(s) usa** - maconha; cocaína; crack; merla; pasta base; oxi; cola/solvente/tiner; lança perfume e outras (quais);
23. **Teve ou tem alguma dor de dente nos últimos 6 meses;**
24. **Frequência de consumo de bebida alcoólica** - nunca consome; todos os dias; final de semana; durante a semana e parou de beber (citar a quanto tempo);
25. **Frequência de consumo de cigarro tradicional** - nunca fumou; sim (quantos cigarros por dia) e parou de fumar (há quanto tempo);
26. **Encarceramento** – se já foi preso alguma vez;
27. **Histórico de discriminação** – se já sofreu algum tipo de discriminação (citando qual/quais);

b) **Instrumento B** (Anexo 1) - instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, o **WHOQOL-abreviado** da OMS.

Identificamos por meio de uma minuciosa revisão da literatura que inexistiu um instrumento específico, testado e validado para estudar qualidade de vida em pessoas que estão em situação de rua. Optou-se, portanto, para avaliar a QV das pessoas em situação de rua, a utilização do WHOQOL-abreviado (ANEXO I). Trata-se de um instrumento genérico, de caráter transcultural, podendo, portanto, ser utilizado em diferentes grupos demográficos, permitindo comparar os resultados com segmentos populacionais de diferentes países e populações (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Além disso, existem evidências da capacidade do WHOQOL-abreviado de discriminar diferentes subgrupos da população, sendo uma relevante ferramenta para identificar os grupos vulneráveis em inquéritos epidemiológicos (CRUZ et al., 2011).

O WHOQOL-abreviado é uma versão concisa do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-100, sendo composto por 26 questões referentes às duas últimas semanas vividas pelo respondente. A primeira questão avalia, em uma perspectiva geral, a percepção do indivíduo acerca da sua QV, e a segunda investiga a satisfação do participante com a própria saúde.

As demais 24 questões representam individualmente uma faceta correspondente ao instrumento original, WHOQOL-100, e avalia aspectos específicos

da vida do indivíduo. As facetas são distribuídas em quatro domínios, de forma não sequencial, denominados: “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente” (WHOQOL GROUP, 1996b; FLECK et al., 2000).

Todas as questões que compõem a versão abreviada também foram testadas em campo por aproximadamente 20 centros de pesquisa em 18 países, ou seja, em diferentes culturas e estilos de vida (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009), tendo sido validado para o Brasil, por meio da versão desenvolvida em português (FLECK et al., 2000)

Essas questões foram formuladas para uma escala de resposta tipo *Likert* (pontuação de 1 a 5) com escala de “**Intensidade**” (nada, muito pouco, mais ou menos, bastante e extremamente); “**Capacidade**” (nada, muito pouco, mais ou menos, bastante e completamente); “**Frequência**” (nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequentemente e sempre); e “**Avaliação**” (muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito) (WHOQOL GROUP, 1998a; FLECK, 2000).

Conceitualmente não é previsto um escore total de QV para o WHOQOL-abreviado, uma vez que ele parte da premissa de que a QV é um constructo multidimensional (WHOQOL GROUP, 1995). Assim, os escores de avaliação foram calculados para cada um dos quatro domínios de forma independente. Conforme recomenda o WHOQOL GROUP (1996a), o cálculo dos escores de cada domínio foi realizado seguindo uma sintaxe para o programa SPSS (ANEXO II).

As respostas foram recodificadas, de maneira que todas tivessem o mesmo significado numérico, deste modo, as questões número 3, 4 e 26, tiveram os valores invertidos para a composição final de escore, onde a pontuação correspondeu da seguinte forma: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1.

O valor dos escores pontuados pode ser apresentado de 4 a 20 (quatro a vinte) ou de 0 a 100 (zero a cem), obtido em uma escala positiva significando o valor mínimo de QV e o valor máximo de QV. Desse modo, gradualmente, quanto mais alto o escore, melhor a QV no respectivo domínio (WHOQOL GROUP, 1996b). Nessa investigação, visando comparação com outros estudos que utilizam a versão original (WHOQOL-100) e levando em consideração a facilidade de compreensão, optamos por transformar os escores numa escala de zero a 100.

3.5 Tratamento dos dados

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel 2007, e posteriormente transferidos e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 16.0.

Visando atender os objetivos propostos foi realizada análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, comportamentais e de estilo de vida. Para os domínios e facetas da qualidade de vida (WHOQOL-BREF), calculou-se média, mediana e desvio padrão, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. O teste *t-Student* foi utilizado para analisar diferenças das médias dos domínios da qualidade de vida entre os estratos das variáveis investigadas. Ainda, todos os escores dos domínios foram considerados como variáveis contínuas e todas as variáveis de exposição foram dicotômicas.

As variáveis socioeconômicas e comportamentais foram apresentadas com frequência absoluta e relativa. Os domínios e as perguntas referentes ao WHOQOL-abreviado foram apresentados com média e desvio padrão. Para testar a suposição de normalidade dos dados foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Ainda que não fosse objetivo do estudo avaliar a confiabilidade do instrumento WHOQOL-abreviado aplicado à População em Situação de Rua, foi testada a análise de consistência interna por meio do Coeficiente *Alfa de Cronbach* para as dimensões avaliadas. Trata-se de uma ferramenta da Estatística que quantifica a confiabilidade de um questionário utilizando-se, para isso, cálculos que resultam em valores de 0 (zero) a 1 (um) (STREINER; NORMAN, 2008). Entretanto, não existe um valor mínimo padrão considerado como bom, ainda que a literatura científica entre pesquisadores sejam citados os intervalos entre 0,70 e 0,90 estimam boa consistência interna entre as propriedades psicométricas (OVIEDO; ARIAS, 2005);

3.6 Aspectos éticos

O presente estudo é componente 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 pela UNODC (ANEXO III), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Humana e Animal da Universidade Federal de Goiás, sob Protocolo 045/2013 – Adendo 01 (ANEXO IV).

Foram cumpridos todos os preceitos constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Conforme recomenda a resolução citada, a obtenção dos dados foi condicionada ao consentimento informado do participante, sendo garantido o respeito pela dignidade e direitos humanos do sujeito.

Todos os participantes receberam explicações esmiuçadoras sobre os objetivos, a garantia do anonimato, privacidade, confidencialidade das informações coletadas, bem como o caráter voluntário e confidencial da sua participação no estudo.

Após o esclarecimento inicial, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias. Uma cópia foi entregue ao indivíduo em situação de rua e a outra ficou com o pesquisador responsável pelo estudo.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos, comportamentais e estilo de vida da População em Situação de Rua

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição das 150 pessoas em situação de rua, segundo algumas variáveis sociodemográficas. Observou-se o predomínio do sexo masculino (74,7%) e orientação heterossexual (96,0%).

A média de idade no grupo foi de 37,5 anos, com mediana de 34,5 anos (extremos de 18 e 82 anos), com maioria da amostram (64,0%) tendo entre 18 e 40 anos de idade. Quanto ao Estado federativo de nascimento, a maior parte dos entrevistados, 80,0%, é de origem externa ao estado de Goiás.

A maioria dos indivíduos (77,3%) afirmou seguir alguma religião, 58,7% se consideravam da cor/raça parda e mais da metade afirmou não ter companheiro fixo (56,7%). Quanto à escolaridade, 48,7% referiram ter cursado até o ensino fundamental.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	38	25,3
Masculino	112	74,7
Orientação sexual		
Bissexual	01	0,7
Homossexual	05	3,3
Heterossexual	144	96,0
Idade		
18 — 30	40	26,7
30 — 40	56	37,3
40 — 50	26	17,3
50 — 60	15	10,0
≥ 60	13	8,7
Naturalidade (Estado)		
Minas Gerais	12	8,0
Maranhão	13	9,0
São Paulo	15	10,0
Bahia	17	11,0
Goiás	30	20,0
Outros Estados	63	42,0
Religião		
Não possui	34	22,7
Possui	116	77,3
Raça/cor referida		
Indígena	04	2,7
Negra	28	18,7
Branca	30	20,0
Parda	88	58,7
Estado Conjugal		
Tem companheiro(a) fixo(a)	43	28,7
Não tem companheiro(a) fixo(a)	107	71,3
Escolaridade		
Analfabeto	08	5,3
Ensino Básico	24	16,0
Ensino Fundamental	73	48,7
Médio / Superior	45	30,0

A Tabela 2 mostra o estilo de vida dos indivíduos em estudo. Antes de vivenciar a condição residir na rua, 67,3% dos entrevistados residiu em outros Estados do Brasil.

A forma pelas quais os participantes chegaram à instituição onde foi realizada a coleta foi similar quanto à frequência, sendo as principais: indicação de conhecidos ou amigos (30,7%), encaminhamento direto por serviços de assistência social (43,4%) e também por conta própria (21,3%). Outras instituições de apoio já foram moradia temporária para quase metade (46,7%) das pessoas entrevistados.

Diferentes bairros de Goiânia foram citados como região fixa de permanência (em situação de rua) dos participantes, sendo o setor Campinas e Setor Central os mais citados (19,3% e 10% dos participantes, respectivamente). Entretanto, a maior parte (57,4%) não possuía local preferencial, percorrendo diversos setores da Capital. Pessoas que pernoveram na rua apenas em outras cidades e nunca nos logradouros de Goiânia perfizeram 10% da amostra.

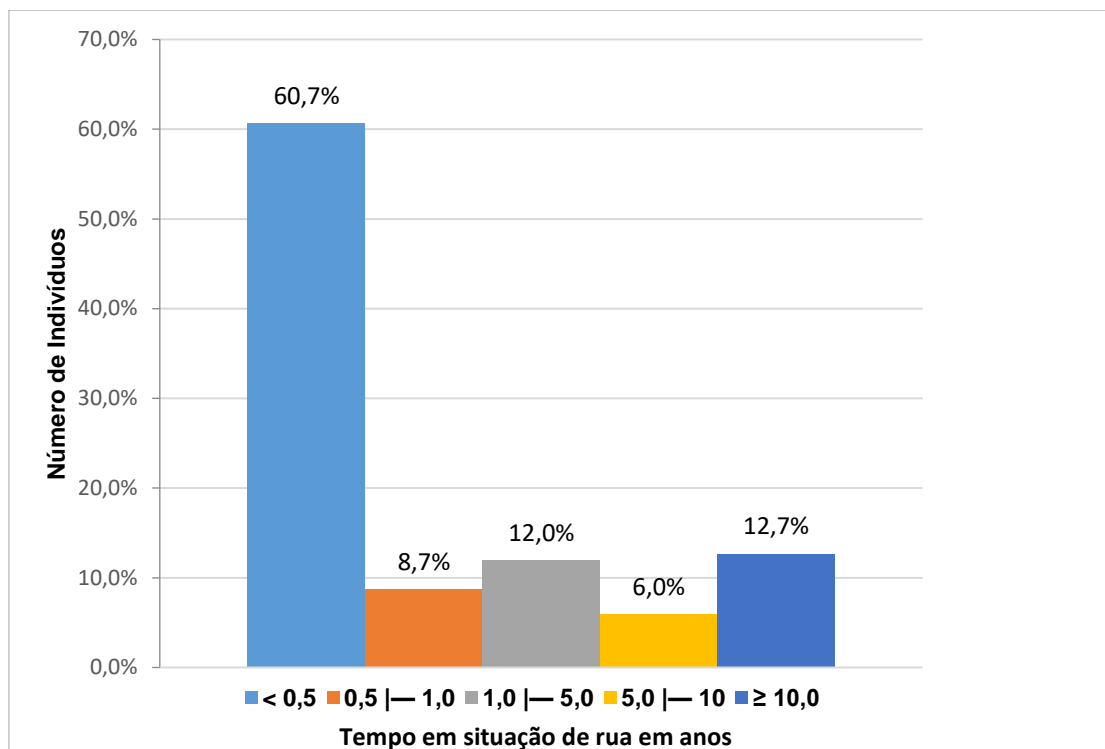
Tabela 2 – Caracterização do estilo de vida em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015

VARIÁVEIS	n	%
Última moradia fixa		
Goiás	49	32,7
Outro estado	101	67,3
Como foi para a Casa da Acolhida		
Consultório de Rua	03	2,0
Polícia/Guarda Civil	07	4,7
Assistência Social de outros locais	26	17,4
Conta Própria	32	21,3
Encaminhamento SEMAS*	36	24,0
Amigos/Conhecidos	46	30,7
Outra instituição de Apoio		
Não	80	53,3
Sim	70	46,7
Setor de moradia/pernoite		
Norte Ferroviário	05	3,3
Centro	15	10,0
Outras cidades	15	10,0
Campinas	29	19,3
Sem local fixo	86	57,4

*SEMAS: Secretaria Municipal de Assistência Social

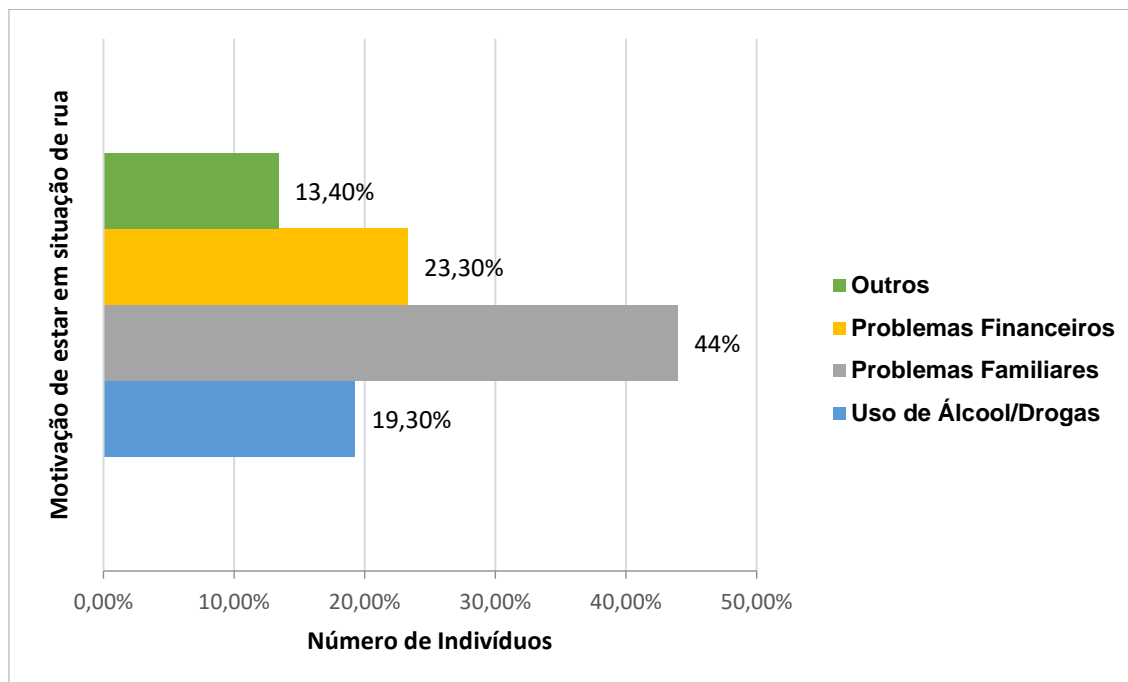
O tempo, em anos, que os indivíduos se encontravam na situação de rua foi inferior a seis meses para mais da metade dos participantes (60,7%). Todavia, somados, mais de 18% dos mesmos estava há mais de cinco anos morando nas ruas (gráfico 1).

Gráfico 1: Tempo em situação de rua em 150 pessoas em situação de rua no município de Goiânia - Goiás, 2015



Conforme o Gráfico 2, para a maior parte dos entrevistados (63,3%) a motivação para estar em situação de rua originou-se de problemas familiares ou de problemas financeiros. Uma parte menor (13,4%) reportou estar na rua por outros motivos, como ter passado por situação de encarceramento, problemas de saúde e/ou por considerarem a rua como sua moradia.

Gráfico 2: Motivos relatados como principais para que a rua fosse o local de moradia em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia, 2015



A dinâmica laboral dos entrevistados variou bastante, conforme observado na Tabela 3. Houve predomínio de pessoas que trabalhavam na construção civil (30,7%) seguido pelo trabalho doméstico (14,7%) e profissional autônomo (13,3%).

Vale ressaltar que em decorrência dos motivos e efeitos de estar na rua, parte substancial dos entrevistados não está atuando na sua profissão, não possui renda, e recorre a doações de terceiros ou mendicância/delitos para obtenção de dinheiro. Outra parte se ocupa em outros ramos laborais, como serviços autônomos (22%), e os que possuíam trabalho com carteira assinada correspondem a uma pequena parte da amostra (4,7%).

Do grupo entrevistado, os que recebiam mensalmente até um mil reais (R\$1.000,00), se somados, equivalem à maior parte da amostra (40%). Acima dessa faixa de valor de renda o número de indivíduos é menor, mas ainda assim expressivo (12,7%). É importante citar, que, a priori, a categorização dos resultados na variável renda, investigada neste estudo, foi baseada em valores múltiplos do valor nacional do salário mínimo no período da pesquisa (R\$ 788,00). Porém, essa categorização foi modificada com a finalidade de oferecer uma visualização mais concisa diante da

diversidade de valores de renda informados e que ainda evitasse o mascaramento dos dados.

Tal opção melhor se exemplifica no fato de que os valores em Reais de renda variaram bastante entre os valores abaixo de R\$ 500,00, não seguindo um padrão. Assim, caso os valores fossem agrupados seguindo uma classificação do tipo “número de salários mínimos”, mais de 20% de indivíduos que obtêm valores bem inferiores a esse (entre R\$ 0,01 e R\$ 500,00), se somariam e “sumiriam” na outra porcentagem que obtêm valor igual ou próximo ao do salário mínimo (R\$ 788,00). Desse modo, foram adotados os valores de renda conforme expostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização laboral em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015

VARIÁVEIS	n	%
Profissão		
Trabalho rural	06	4,0
Vendas/ comércio	13	8,6
Trabalho doméstico	22	14,7
Obras e construções	46	30,7
Outros	63	42,0
Atua na profissão		
Sim	23	15,3
Não	127	84,7
Tipo de renda atual		
Carteira assinada	07	4,7
Autônomo/Bicos	33	22,0
Doações/Medicância	35	23,4
Não possui	71	47,3
Outros	04	2,7
Renda R\$		
Sem renda	71	47,3
0,01 — 200,00	19	12,7
200,00 — 500,00	11	7,3
500,00 — 1000,00	30	20,0
≥ 1000,00	19	12,7

R\$: Reais

A tabela 4 exibe a caracterização comportamental das 150 pessoas em situação de rua. Mais da metade (53,7%) afirmou usar ou já ter usado um ou mais tipos de drogas ilícitas, assim como consumir bebida alcoólica (51,3%) em algum momento da semana. O uso de cigarro tradicional foi também referido pela maioria dos indivíduos (61,4%), em quantidades que variaram de 2 a 60 unidades por dia.

Problemas bucais, como a dor de dente, foram relatados por uma parcela significativa da amostra estudada (35,8%). Ainda, mais da metade dos entrevistados (51,3%) afirmaram ter sofrido algum tipo de discriminação (racial, social, de gênero ou identidade sexual, e outra) enquanto indivíduo em situação de rua.

Tabela 4 – Caracterização comportamental em 150 pessoas em situação de rua, Goiânia-Goiás, 2015

VARIÁVEIS	n	%
Usuário de drogas ilícitas		
Não	69	46,3
Sim	80	53,7
Consumo de bebida alcoólica		
Durante a semana	11	7,3
Todos os dias da semana	23	15,3
Parou de beber	24	16,0
Aos finais de semana	43	28,7
Nunca consome	49	32,7
Uso de cigarro tradicional (em unidades)		
Não faz uso	58	38,6
1 — 2	13	8,6
2 — 10	27	18,0
10 — 20	23	15,4
20 — 40	23	15,4
40 — 60	06	4,0
Dor dente nos últimos seis meses		
Sim	52	35,8
Não	95	64,2
Já foi preso		
Sim	57	38,0
Não	93	62,0
Sofreu discriminação		
Sim	77	51,3
Não	73	48,7

Avaliação da Qualidade de Vida da População em Situação de Rua

O questionário WHOQOL-abreviado foi aplicado a todos os participantes da pesquisa. O resultado do coeficiente Alfa de Cronbach para as questões e domínios do WHOQOL- abreviado variou de 0,667 a 0,805, indicando boa confiabilidade para as dimensões avaliadas (tabela 5).

A maior média de escores de avaliação de Qualidade de Vida esteve ligada ao domínio físico do questionário WHOQOL-abreviado e a menor média esteve ligada ao domínio Meio Ambiente.

Tabela 5 – Índice de Cronbach, Média e Desvio Padrão de cada domínio, do instrumento WHOQOL-abreviado aplicado em 150 pessoas em situação de Rua, Goiânia, 2015

Domínios	Média	Desvio Padrão	Índice de Cronbach
Meio Ambiente	44,1	18,8	0,728
Relação Sociais	56,6	27,9	0,667
Psicológico	66,6	19,6	0,697
Físico	68,1	22,8	0,805

Quase três quartos da amostra (72,0%) afirmaram não ter boa Qualidade de Vida, ao passo que pouco mais da metade dos entrevistados (28,0%) assegurou estar satisfeita ou muito satisfeita com sua saúde (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição (%) em 150 pessoas em situação de rua de acordo com a avaliação da qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, Goiânia, 2015

Questões 1 e 2 do WHOQOL-abreviado	f (%)
Q1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	
Muito ruim	31 (20,7)
Ruim	29 (19,3)
Nem ruim nem boa	48 (32,0)
Boa	30 (20,0)
Muito boa	12 (8,0)
Q2 - Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	
Muito insatisfeito	19 (12,7)
Insatisfeito	27 (18,0)
Nem insatisfeito nem satisfeito	21 (14,0)
Satisfeito	41 (27,3)
Muito satisfeito	42 (28,0)

Na Tabela 7, são apresentadas as médias dos escores e o Desvio Padrão, de todas as questões do instrumento WHOQOL-abreviado. A avaliação da Qualidade de Vida geral e Satisfação com a Saúde, referentes às questões 1 e 2 deste mesmo instrumento, revelou menor escore médio da primeira interrogativa sobre a segunda.

No **domínio físico**, a questão “Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?” obteve a menor avaliação dos entrevistados, com média de 35,8 nas respostas. Já a maior média esteve ligada à capacidade de locomoção, com média de 77,5 na avaliação dos entrevistados.

O **domínio Psicológico** obteve também grande variação nos resultados das avaliações de suas facetas, onde o menor valor médio foi encontrado na questão “Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”, com 41,2. Já o valor máximo nesse domínio foi encontrado na questão “Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?”, com média de 77,2.

A menor variação de média de avaliação das facetas foi evidenciada no domínio Relações Sociais, com média de resposta entre 55,0 e 59,2 (satisfação com as relações sociais e satisfação com a vida sexual, respectivamente).

A menor média de avaliação da QV do instrumento WHOQOL-abreviado foi identificada no **domínio Meio Ambiente**, mais precisamente na questão “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”, com média de 19,0. Este domínio foi também aquele que obteve o menor valor máximo de avaliação de QV entre as facetas do instrumento, com 56,8 de média na questão “Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?”.

Tabela 7 – Média e Desvio Padrão, de cada questão do instrumento WHOQOL-abreviado, por domínios, aplicado em 150 pessoas em Situação de Rua do município de Goiânia-Goiás. Goiânia, 2015

Questões	Média	Desvio Padrão
Q1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	43,8	30,5
Q2 - Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	60,0	34,8
DOMÍNIO FÍSICO		
Q3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	35,8	38,1
Q4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	39,3	40,2
Q16 - Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	63,3	33,4
Q10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	69,8	30,1
Q18 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	69,8	34,7
Q17 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	71,3	28,1
Q15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	77,5	28,6
DOMÍNIO PSICOLÓGICO		
Q26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	41,2	32,7
Q5 - O quanto você aproveita a vida?	54,5	33,9
Q19 - Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	67,0	34,7
Q7 - O quanto você consegue se concentrar?	68,2	28,4
Q11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	74,2	28,0
Q6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	77,2	28,7
RELAÇÕES SOCIAIS		
Q20 - Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	55,0	35,8
Q22- Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	55,5	35,8
Q21 - Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	59,2	36,6
MEIO AMBIENTE		
Q12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	19,0	25,7
Q14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	34,2	33,0
Q9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	45,8	31,4
Q24 - Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	46,7	32,6
Q13 - Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	49,5	32,3
Q8 - Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	49,8	35,7
Q25 - Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	51,0	31,4
Q23 - Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	56,8	33,6

Na amostra estudada o sexo feminino obteve maior escore de avaliação de QV apenas no domínio Relações Sociais, com significância marginal. Houve diferença

estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nos domínios físico e psicológico com melhores escores para o sexo masculino. Os escores podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 8 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado segundo o sexo, em pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015

Domínios/Questões	Feminino n=38				Masculino n=112				P
	Média	Desvio Padrão	IC (95%)		Média	Desvio Padrão	IC (95%)		
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
DOMÍNIOS									
Meio Ambiente	42,5	17,1	36,9	48,2	44,7	19,4	41,0	48,3	0,549
Psicológico	59,9	23,2	52,2	67,5	68,9	17,8	65,6	72,3	0,013*
Físico	61,0	26,2	52,4	69,6	70,5	21,2	66,5	74,5	0,026*
Relações Sociais	63,4	24,7	55,3	71,5	54,2	28,7	48,9	59,6	0,081
QUESTÕES									
Qualidade de Vida geral	41,4	28,6	32,0	50,9	44,6	32,2	38,8	50,5	0,579
Satisfação com a Saúde	55,3	36,4	43,3	67,2	61,6	34,2	55,2	68,0	0,333

Teste: t- Student; * $p < 0,05$

Comparando os domínios do WHOQOL-abreviado com a idade dos sujeitos da amostra (Tabela 9), foi evidenciado evidenciou que os domínios físico e psicológico do WHOQOL-abreviado apresentaram diferença estatisticamente significativa entre seus valores

Para o domínio físico, a maior diferença de valores de médias esteve entre aqueles que tinham entre os grupos de 30 e 40 anos e os com mais de 60 anos, com melhores escores para o primeiro grupo. Já para o domínio psicológico, a maior diferença de média dos escores esteve entre o grupo de “18 a 30 anos” e os de “30 a 40 anos” de idade, com melhores escores para o grupo de maior idade.

Tabela 9 – Média e Desvio Padrão de cada uma das dimensões do WHOQOL-abreviado, estratificados por idade, aplicado em pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015.

Domínios/Questões	IDADE										p
	18 — 30 (n=40)		30 — 40 (n=56)		40 — 50 (n=26)		50 — 60 (n=15)		≥ 60 (n=13)		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
DOMÍNIOS											
Meio Ambiente	43,2	18,3	43,4	15,0	41,6	21,9	52,7	23,0	45,0	23,3	0,440
Relações Sociais	54,4	27,3	59,7	27,8	50,6	31,8	56,7	31,2	61,5	18,2	0,646
Psicológico	59,6	22,7	72,2	16,9	64,3	20,4	66,7	15,3	68,9	18,2	0,034*
Físico	72,0	21,7	73,0	21,2	57,4	26,2	66,7	20,4	58,2	21,2	0,016*
QUESTÕES											
Qualidade de Vida geral	35,6	30,4	47,3	29,3	44,2	30,3	51,7	32,0	44,2	34,1	0,331
Satisfação com a Saúde	58,1	35,5	68,8	31,0	51,0	37,1	46,7	37,6	61,5	34,8	0,103

Teste: t- Student; *p<0,05. DP: Desvio Padrão.

Na Tabela 10 comparam-se os domínios do WHOQOL-abreviado com o estado conjugal da pessoa. Em todas as dimensões observa-se que os melhores escores de QV estão para aqueles que possuem companheiro fixo, exceto para os domínios Psicológico e Meio Ambiente. Os resultados foram estatisticamente significantes para os domínios físico, relações sociais e para a avaliação da QV geral e a satisfação com a saúde.

Tabela 10 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado com o estado conjugal de 150 pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015

Domínio/Questões	Companheiro Fixo n=43		Sem Companheiro Fixo n=107		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
DOMÍNIOS					
Físico	75,7	21,2	65,1	22,8	0,010*
Relações Sociais	65,3	22,9	53,0	29,1	0,014*
Meio Ambiente	47,5	16,5	42,7	19,6	0,159
Psicológico	68,1	18,0	66,0	20,3	0,560
QUESTÕES					
Qualidade de Vida geral	51,7	28,0	40,7	31,0	0,044*
Satisfação com a Saúde	70,9	33,6	55,6	34,4	0,014*

*p<0,05.

É interessante observar que os maiores escores com relação à renda mensal foram obtidos no âmbito da Satisfação com a Saúde e no domínio físico, no grupo que ganha até R\$ 200,00. Não houveram valores diferentes estatisticamente significantes nessa correlação, porém, a QV geral, os domínios psicológico e meio ambiente apresentaram p com valores marginais, conforme evidencia a tabela 11.

Tabela 11 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado entre as faixas de renda, aplicado em 150 pessoas em situação de rua. Goiânia, 2015

Domínios/Questões	RENDA										p
	Sem Renda (n=71)		0,00 - 200,00 (n=19)		200,00 - 500,00 (n=11)		500,00 - 1000,00 (n=30)		≥ 1000,00 (n=18)		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
DOMÍNIOS											
Físico	68,9	24,9	75,6	20,3	64,3	21,8	63,0	21,3	69,3	18,7	0,410
Psicológico	63,1	22,8	75,4	11,4	63,3	18,8	71,0	17,5	66,0	14,2	0,097
Relações Sociais	56,5	30,2	63,6	26,2	52,3	24,7	55,3	26,8	53,2	25,7	0,783
Meio Ambiente	41,2	19,5	44,9	12,0	36,4	18,6	51,1	17,8	49,0	21,1	0,061
QUESTÕES											
Qualidade de Vida geral	37,7	30,4	42,1	26,4	45,5	29,2	50,8	32,5	56,9	29,5	0,096
Satisfação com a Saúde	58,8	36,9	71,1	32,6	45,5	33,2	61,7	33,3	59,7	32,2	0,413

* $p < 0,05$. DP: Desvio Padrão.

Em relação ao uso de drogas ilícitas, quando comparadas com o WHOQOL-abreviado (Tabela 12), as melhores médias de escores foram encontradas entre os indivíduos que relataram não consumir drogas, para os domínios psicológico e Relações Sociais, e para a Questão sobre a Satisfação com a Saúde.

Aqueles que não fazem o uso das drogas ilícitas avaliaram melhor os domínios, QV geral e a Satisfação com a Saúde se comparados aos que fazem o uso de entorpecentes.

Um (01) dos 150 participantes preferiu não informar se faz ou não o uso de drogas ilícitas.

Tabela 12 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado em 149 pessoas em situação de rua que utilizam e que não utilizam drogas ilícitas. Goiânia, 2015

Domínios/Questões	Uso de Drogas Ilícitas				p
	Não (n=69)		Sim (n=80)		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
DOMÍNIOS					
Meio Ambiente	45,1	18,7	43,8	18,6	0,669
Relações Sociais	63,2	27,3	50,8	27,6	0,007*
Físico	69,7	24,1	67,0	21,7	0,464
Psicológico	70,5	19,6	63,5	19,3	0,029*
QUESTÕES					
Qualidade de Vida geral	45,7	30,6	42,2	30,7	0,493
Satisfação com a Saúde	65,9	32,6	54,4	35,8	0,042*

Teste: t- Student; *p<0,05;

A tabela 13 evidencia a relação do WHOQOL-abreviado com a presença de dor de dente nas pessoas em situação de rua. O domínio psicológico e relações sociais apresentaram diferença estatisticamente significativa. A maior média de avaliação de QV foi evidenciado no domínio físico, e o menor na avaliação da QV geral.

Tabela 13 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado entre pessoas em situação de rua que referiram e aqueles que não referiram dor de dente, Goiânia, 2015

Domínios/Questões	Dor de Dente				p
	Não (n=95)		Sim (n=52)		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
DOMÍNIOS					
Meio Ambiente	45,5	18,5	41,2	19,5	0,188
Relações Sociais	61,8	27,1	46,5	26,3	0,001*
Psicológico	69,3	18,5	62,1	21,4	0,035*
Físico	70,2	24,6	64,3	19,6	0,139
QUESTÕES					
Qualidade de Vida geral	45,2	31,5	42,9	28,0	0,661
Satisfação com a Saúde	61,1	36,0	57,2	32,2	0,523

Teste: t- Student; *p<0,05;

A Tabela 14 exibe a comparação do WHOQOL-abreviado com a variável ter sofrido discriminação nas pessoas em situação de rua investigadas. Nota-se que foram evidenciadas melhores médias de QV, com diferença estatisticamente significativa, para aqueles que afirmaram não ter sofrido qualquer tipo de discriminação nos domínios Psicológico, Meio Ambiente, Relações Sociais, e na questão QV geral.

Tabela 14 – Comparação dos domínios do WHOQOL-abreviado em indivíduos em situação de rua que sofreram, e aqueles que não sofreram discriminação, Goiânia, 2015

Domínios/Questões	Sofreu discriminação				p
	Não (n=73)		Sim (n=77)		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
DOMÍNIOS					
Meio Ambiente	47,2	17,3	41,2	19,8	0,048*
Relações Sociais	62,3	25,5	51,1	29,2	0,013*
Físico	70,1	22,4	66,2	23,2	0,305
Psicológico	72,0	17,8	61,5	20,1	0,001*
QUESTÕES					
Qualidade de Vida geral	51,0	31,0	37,0	28,6	0,005*
Satisfação com a Saúde	62,3	35,4	57,8	34,2	0,426

Teste:t student. *p<0,05;

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Conceituar qualidade de vida, ainda hoje, representa um grande desafio, uma vez que envolvem valores históricos, culturais, políticos, éticos, religiosos, espirituais e pessoais. Não obstante, identificar as dimensões da qualidade de vida de grupos sociais vulneráveis, como pessoas em situação de rua, constitui importante estratégia para elaboração, direcionamento e avaliação das estratégias de intervenção das políticas de saúde.

Este trabalho permitiu conhecer as pessoas em situação de rua em Goiânia e alguns fatores intervenientes na sua Qualidade de Vida. Em nossa revisão da literatura não foram encontrados estudos nacionais com esta mesma temática e metodologia, que permitissem uma comparação de dados. Entretanto, publicações científicas sobre as pessoas em Situação de Rua e sobre Qualidade de Vida em outros grupos sociais, nacionais e internacionais, nas variadas áreas do conhecimento, foram utilizadas para indicar similaridades com as variáveis do nosso estudo.

Portanto, trata-se da primeira investigação com a PSR em nossa região, que devido à localização geográfica funciona como importante rota de pessoas para as diferentes regiões do Brasil e, conseqüentemente, exibe aumento de indivíduos que, por diversos fatores, procuraram as ruas como residência.

Os achados acerca do predomínio de pessoas do sexo masculino, heterossexuais, pardos/negros e com faixa etária jovem foram similares ao I Censo e Pesquisa da Política Nacional da População em Situação de Rua (MDS, 2009). Contudo, chamou-nos a atenção o aumento de indivíduos mais velhos, a presença crescente da população feminina, se comparado com o estudo base para a política nacional, inclusive gestantes e imigrantes.

Referidos em vários estudos com a PSR (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008; DALY et al., 2010; HWANG et al., 2011; PETERSEN; PARSELL, 2014; ALCÂNTARA; ABREU; FARIAS, 2015; KRUPSKI et al., 2015), os achados dessa pesquisa possivelmente refletem a transição demográfica e epidemiológica ocorridas na sociedade em geral, e corroboram a característica da PSR ser um grupo social marcado pela heterogeneidade e multiplicidade.

Uma parcela superior a três quartos da amostra estudada relatou pertencer ou seguir, alguma religião, demonstrando, de certa forma, se apegar aos sentimentos

oriundos dessa prática como suporte para o enfrentamento das adversidades encontradas no cotidiano na rua. Esses dados corroboram com os achados de Hurlbut e Ditmyer (2016), os quais evidenciaram como sendo de fundamental importância a experiência com a espiritualidade de mulheres em situação de rua. É interessante ressaltar, porém, que pessoas praticantes de religião têm taxas mais baixas de consumo e dependência de álcool e outras drogas, tentativas de suicídio e sofrimentos psicológicos, o que pode influenciar sua QV (TORCHALLA et al., 2014).

Quanto ao Estado federativo de nascimento, grande maioria (80,0%) dos entrevistados era de origem externa ao Estado de Goiás. Entretanto esse resultado é diferente do encontrado em vários estudos (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013; FIORATI et al., 2015), e na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, pouco mais da metade do total de participantes não eram do município de origem (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009).

Essa discrepância pode ter ocorrido por conta do local onde foi realizada a coleta de dados, uma instituição de acolhimento público, gratuito, em um grande centro urbano. Esse tipo de instituição é conhecidamente bastante utilizada por trecheiros, e conforme cita Varanda e Adorno (2004) estimula o nomadismo dessas pessoas, principalmente quando sua presença é aliada a distribuição de passagens para viagens oferecidas em seu ponto de origem (fator também observado durante as entrevistas desta investigação).

Contudo, deve-se observar que o número elevado de pessoas com origem de outros Estados pode estar ligado tanto à amplitude superior do estudo nacional em comparação aos estudos regionais, que abrangem regiões em que o efeito da migração não acontece com frequência elevada, quanto por uma possível mudança do processo migratório, ou mesmo pela inexistência de albergues em alguns municípios, conforme suscitam Kunz, Heckert e Carvalho (2014). Independente das hipóteses lançadas se confirma a necessidade de mais estudos que abranjam essa variável nessa população, com fins de melhor elucidá-la.

A maioria afirma também não possuir um local fixo de permanência nas ruas, reforçando a característica de um grupo flutuante. Diferentes bairros de Goiânia foram citados como região fixa de moradia na rua, sendo, especificamente, o setor Campinas e Setor Central os mais citados. Esses setores estão inseridos em regiões

de grande comércio e fluxo de pessoas, o que, provavelmente, favorece as oportunidades de meios de obtenção de renda, levando-os a preferir essas regiões, tanto para passar o dia, quanto para pernoite. Além disso, percorrer diversas regiões da Capital, na maioria das vezes, nos arredores da região central, em busca de oportunidades de emprego, local para dormir, entre outras necessidades, vai ao encontro dos achados de outros estudos com esse segmento populacional (VARANDA; ADORNO, 2004; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008; PREFEITURA DE LIMEIRA, 2015).

Do grupo entrevistado, a parcela que possuía algum tipo de renda, correspondeu a mais da metade do total da amostra. Destes, mais de três quartos são os que obtêm mensalmente valores de até um mil reais (R\$1.000,00). Acima dessa faixa de rendimentos o número de indivíduos é menor, mas ainda assim expressivo, superando os 20,0%. Em um estudo com idosos de diferentes faixas de rendas, Modeneze et al., (2013) aqueles que pertenciam a níveis econômicos mais elevados avaliaram definiram melhores escores de QV para os domínios físico, psicológico e relações sociais do WHOQOL-abreviado. Resultado similar foi evidenciado por Sonati et al. (2014) ao investigar a QV de idosos e adultos que praticam atividade física regular.

Contudo, em nesse estudo, na comparação com os domínios do WHOQOL-abreviado, a variável renda não evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os escores. Isso pode ser explicado, em parte, pela falta de quantia de dinheiro suficiente, na maior parte da amostra, para manutenção das necessidades de uma moradia fixa, em concomitância com outros gastos. Para aqueles que possuem algum tipo de renda, os valores muito baixos, de modo geral, podem ser considerados como um fator que reforça a permanência das pessoas em situação de rua frente aos gastos, que podem ser superiores aos ganhos, mas não o principal. Infere-se que outros problemas, como os de ordem familiar e do uso de álcool e outras drogas, tem um maior peso na condução, e permanência do indivíduo, à condição de morador de rua. Apesar disso, deve-se considerar que a insuficiência de dinheiro para satisfazer suas necessidades de vida foi a faceta da QV que mais foi influenciada negativamente na avaliação nesta investigação com a PSR.

Assim como no inquérito nacional (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009), a população em situação de rua é composta,

em grande parte, por trabalhadores informais ligados à construção civil, trabalho doméstico e rural, comércio e, em menor porcentagem, por mendicância. Esses achados se mostram de extrema relevância, à medida que contribuem para ruptura do paradigma existente em nossa sociedade de que a PSR é composta por indivíduos de alta periculosidade, improdutivos e mendigos (BRASIL, 2009; PINTO et al., (2014).

É conhecido que populações desfavorecidas no contexto socioeconômico, de modo geral, possuem níveis educacionais reduzidos (CORDEIRO, 2014). Esse contexto se evidencia verdadeiro no grupo populacional objeto desse estudo, onde a maioria afirmou ter no máximo ensino básico ou ensino fundamental. Os analfabetos constituíram apenas 5,3% da amostra, número é próximo aos últimos dados divulgados pelo IBGE, em 2014, sobre a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais na população Brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), reflexo de uma queda contínua do nível de analfabetismo no país. Destaca-se que Fiorati et. al. (2015), assim como em nosso estudo, encontraram que os participantes da pesquisa que se definiam alfabetizados, conseguiram, apesar da dificuldade, realizar a assinatura do TCLE.

A diferença de números de analfabetos se torna maior se compararmos com os resultados do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, no qual foi encontrado, que 15,1% da amostra nunca havia estudado (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009). Deve-se considerar, porém, o período em que a Pesquisa Nacional com a População em situação de rua foi realizada, entre agosto de 2007 e março de 2008, ou seja, momento no qual a quantidade de analfabetos, no contexto geral do país, era maior que o contexto atual.

A situação de encarceramento constitui um dos fatores que compõe a dinâmica que pode levar o indivíduo à situação de rua, principalmente entre os grupos vulneráveis, mas também pode acontecer em decorrência de estar na rua na condição de morador (ROEBUCK, 2008). Isso acontece, pois tal situação modifica a dinâmica de vida do indivíduo, sua família, assim como o local de moradia, expectativas de renda, emprego limitadas, estigma, além de alterações nas relações pessoais e familiares (TSAI; ROSENHECK, 2015).

Em nosso estudo, encontramos mais de um terço da amostra com histórico de cárcere. É de conhecimento que a PSR é mais propensa a praticar crimes e delitos

relacionados a satisfazer suas necessidades de sobrevivência, não sendo comum a prática de crimes violentos (ALLGOOD; WARREN JR, 2003; NOVAC, 2006). Ao cometer infrações da lei, mesmo antes de um julgamento, ou audiência, o acusado pode ter a prisão preventiva decretada, uma vez que, pela falta de um endereço de residência fixa, não é garantido que o mesmo possa comparecer nas etapas do processo (ROEBUCK, 2008).

Assim, pode-se inferir que o encarceramento em si, caso ocorra, pode prejudicar a manutenção do emprego, rendimentos, pagamento das diversas despesas básicas de moradia, aumentar o isolamento social e da família, principalmente se a pessoa cumprir pena de longo prazo (NOVAC, 2006). O fato é que tendo cometido ou não ato ilícito, muitas dessas pessoas acabam não tendo um local garantido para viver quando saem da prisão. Isso talvez possa inclusive se configurar como uma falha de políticas públicas de inserção social, uma vez que ao não observar situações como esta, pode contribuir indiretamente com a existência da PSR.

Esse conjunto leva a uma situação onde o indivíduo que tenha passado por cárcere tem mais dificuldade em sair da condição de morador de rua, permanecendo nela por mais tempo que aqueles que nunca passaram por esta situação, condição agravada caso o indivíduo possua alguma desordem mental, vícios em álcool e outras drogas (ROEBUCK, 2008).

A integração entre diferentes áreas intersetoriais das políticas de atenção à PSR almeja superar a exclusão e fragmentação dos indivíduos da rua, reforçando também a garantia dos Direitos Humanos, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano/Habitação, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar e Nutricional, Saúde e Cultura, estabelecidos com isonomia na Constituição Federal (BRASIL, 2008). Porém, somente 40,7% dos investigados chegaram à única instituição pública de acolhimento a PSR da Capital, estudada, por meio das estratégias das políticas assistenciais; de certa forma, retrata a inefetividade ou, até mesmo, inexistência de políticas públicas destinadas à concretude dos direitos sociais básicos desta parcela da população.

Por outro lado, como a metade do público alvo da pesquisa já havia utilizado outras instituições de apoio à PSR, inclusive em outros Estados, reflete a importância das instituições governamentais de apoio no referenciamento desses indivíduos.

Assim sendo, é necessário um investimento coletivo entre gestores das diversas áreas, movimentos sociais, próprias pessoas em situação de rua, assim como da sociedade civil no enfrentamento das dificuldades em se tornar efetivas as políticas de atenção, em seus variados níveis de cuidado, a estes excluídos.

Mais da metade da amostra estava em situação de rua há menos de seis meses. Esse resultado pode, em parte, também ser associada à característica do local no qual os dados foram coletados, a Casa da Acolhida Cidadã. Estando em situação de rua há menos tempo, os indivíduos podem preferir espaços de acolhimento onde possam ter suas necessidades mais básicas supridas por tempo determinado, bem como auxílio social para retorno à sociedade fora da condição de morador de rua.

Porém, 12,7% das pessoas em situação de rua relataram mais de 10 anos na condição de morador de rua, potencializando sua vulnerabilidade a comportamentos e atitudes deletérias à saúde, como observado em outros estudos (BEIJER; WOLF; FAZEL, 2012; FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; SILVA et al., 2015), sendo que muitos não têm a pretensão de saírem da rua. Esse achado exige maiores investimentos em estudos, em particular de cunho qualitativo.

Herrero e López (2014) identificaram que pessoas com relato de mais de cinco anos em situação de rua, tinham pior avaliação na QV e na satisfação com a saúde. Já Costa et al. (2015) afirmam que são diretamente proporcionais o tempo, a inserção e a estabilidade dos indivíduos na condição de morador de rua, onde quanto maior o tempo em situação de rua, maior a estabilidade no contexto da rua.

Já os motivos que levaram as pessoas à condição de rua já são em sua maioria conhecidos pela comunidade científica, e não envolve, comumente, apenas um ou dois fatores, mas um cruzamento de influências e fatores tanto estruturais da sociedade, quanto individuais e/ou familiares (LEE; PRICE-SPRATLEN; KANAN, 2003; NOVAC, 2006; SILVEIRA; BLAY, 2010; BEIJER; WOLF; FAZEL, 2012; TSAI; ROSENHECK, 2015). De forma geral o aumento do número de pessoas em situação de rua nas últimas décadas tem sua origem no aumento da urbanização, e se fortalece nas lacunas da segurança social (TURNBULL; MUCKLE; MASTERS, 2007).

Neste estudo, verificou-se, em relação aos motivos que influenciaram as pessoas a utilizarem as ruas como local de residência, uma inversão de porcentagens quando comparado ao I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, (álcool e drogas ilícitas: 19,3% vs 35,5%; problemas financeiros: 23,3% vs

29,8% e problemas familiares: 44,0% vs 29,1%) (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2009). Ainda, os nossos dados apontam que uma parte menor afirmou viver e morar nas ruas por ter passado por situação de encarceramento, problemas de saúde e/ou por considerarem a rua como sua moradia fixa e confortável.

Entretanto, o resultado encontrado nesta investigação não se distancia dos evidenciados em outros estudos. Em geral são citados como vulnerabilidades, a saber: extrema desigualdade de classe, principalmente na situação da perpetuação da pobreza extrema; inferioridade no tipo e na qualidade da educação formal; falta de oportunidades de trabalho ou de qualificação profissional; falta de habitação a preços acessíveis que propiciem às famílias de baixa ou baixíssima renda sua aquisição; ineficácia das políticas públicas de assistência social; isolamento ou falta de apoio familiar e social; ausência dos progenitores ou responsável legal na infância; doenças psiquiátricas; dependência de álcool e outras drogas; histórico de violência e condenações na justiça criminal. Em suma, todas essas são variáveis importantes que levam, ou perpetuam, a existência da PSR (LEE; PRICE-SPRATLEN; KANAN, 2003; TURNBULL; MUCKLE; MASTERS, 2007; ROEBUCK, 2008; SILVEIRA; BLAY, 2010; BEIJER; WOLF; FAZEL, 2012; FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; FIORATI et al., 2015; TSAI; ROSENHECK, 2015).

Diante de tais vulnerabilidades, torna-se oportuno o investimento em políticas integrais. É utopia pensar que tão somente políticas públicas, sejam a solução definitiva para o fim da problemática da existência da PSR. Todavia, a presença de uma rede de apoio social ativa, numa trama que envolve os componentes familiar e social-governamental é parte essencial de um contexto que seja eficaz no objetivo de evitar a saída das pessoas de casa para a condição de morador de rua, bem como a redução do número de indivíduos que já compõem a PSR.

A maior parte das pessoas em situação de rua em um estudo na cidade de Ottawa, Canadá, citaram dificuldades econômicas, como causa primária para estar em situação de rua, além de problemas de ordem familiar (AUBRY et al., 2003).

Fatores familiares, como abusos físicos ou sexuais, podem levar a atrasos no desenvolvimento, dificuldades escolares, comportamento destrutivo, gravidez na adolescência, delinquência, uso abusivo de drogas e álcool, e até mesmo tendências suicidas (ROEBUCK, 2008). Estes fatores promovem uma debilitação nas habilidades

de relacionamento social, que por sua vez levam ao isolamento social, baixos níveis de suporte social, entre outros efeitos, que, como visto, fazem parte da gama de fatores que contribuem para que o indivíduo se torne um morador de rua (ROEBUCK, 2008; PERSSON; OLIN; ÖSTMAN, 2010).

Algumas evidências científicas apontam, entretanto, que o uso de álcool, cigarro, e drogas ilícitas tem mais forte associação tanto com o processo de o indivíduo tornar-se morador de rua, quanto permanecer nessa situação (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; HERRERO; LÓPEZ, 2014).

O uso de drogas lícitas tradicionais, como tabaco e bebida alcoólica foi também referido pela maior parte dos entrevistados. Mais de 61,4% faziam uso de tabaco, em quantidades que variaram de 2 a 60 unidades por dia. Já o uso de álcool foi citado por 51,3%, sendo de forma abusiva. Ainda, 16,0% mencionaram estar em processo de abstinência. Este estudo, nesse contexto, vai ao encontro do realizado por Barata et al., (2015) os quais estimaram que, 57% e 34% das pessoas em situação de rua são, são fumantes e consomem álcool, respectivamente.

Autores afirmam que as pessoas em situação de rua têm menos sucesso em desistir de fumar se comparadas à população em geral (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014). Pode-se inferir que este fato se deve, provavelmente, à alta exposição ao tabagismo entre as próprias pessoas em situação de rua, bem como pelo reduzido acesso à saúde, bem como ao estresse e pressões inerentes ao ambiente da rua, favorecendo, assim, a manutenção do vício também como válvula de escape. Associado a outras comorbidades, diminuem-se as oportunidades de os profissionais de saúde discutir a redução de danos do vício, diante de outras necessidades mais iminentes.

Nos EUA, a taxa de pessoas em situação de rua que consomem tabaco regularmente é quatro vezes maior que a da população geral (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014). É interessante observar que no Brasil, o custo médio da vintena de cigarros (um maço) varia entre R\$ 4,50 a R\$ 11,00 (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2016). Contudo, no mercado informal, cigarros contrabandeados de outros países, e de qualidade inferior, podem custar a partir de R\$ 2,40. A partir desses números, uma conta simples mostra que, mensalmente o valor gasto com cigarros, por cada indivíduo, pode ir de R\$ 7,20 para os que consomem dois cigarros por dia, até R\$

450,00 para aqueles que fumam 60 cigarros por dia (isso para os menores valores por vintena de cigarros).

Além do impacto econômico para uma população cuja renda mensal, em sua maior parte, quando inexistente, é precária; há ainda, o impacto na saúde. Além de doenças não transmissíveis, como diabetes, câncer, problemas cardiovasculares e pulmonares, essas substâncias são preditoras para doenças transmissíveis, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014), representando uma das principais causas de mortes evitáveis em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Em estudo com soldados indianos, Kumar e Gupta (2016) identificaram, ainda, que a presença de comorbidades de saúde influenciam negativamente a QV das pessoas.

Não somente o consumo de drogas lícitas é frequente na PSR em estudo, o uso de drogas ilícitas também representa um comportamento que merece atenção, uma vez que 53,7% dos investigados mencionaram uso. Outras investigações também apontam o uso abusivo dessas substâncias na PSR (BAGGETT; RIGOTTI; (2010); FORD, CRAMB, FARAH; 2014; SARAJLIJA et al., 2014; O'BRIAN et.al., 2015).

A dependência do cigarro, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, são ainda parte de um hábito de vida adquirido, visto como um apoio para o enfrentamento das inúmeras situações de estresse no cotidiano da rua (JESUS et al., 2016). Pode acontecer, também, como forma de satisfazer as necessidades de subsistência, tais como alimentação, vestuário, abrigo e lugar para realizar a higiene íntima (BAGGETT; RIGOTTI; CAMPBELL, 2016).

Entretanto, a taxa de mortalidade por causas não naturais na PSR é maior que entre o restante da população, e envolve como causas principais o suicídio e os traumas acidentais, fazendo dessa uma população que utiliza frequentemente os serviços de emergência (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014). Esse fenômeno pode se explicar, provavelmente, pela exposição elevada aos fatores de risco, como já exposto, inerentes à vida nas ruas, como o uso de álcool e drogas ilícitas, tabagismo, transtornos mentais, violência e criminalidade, que muitas vezes coexistem, e assim potencializam os riscos à saúde global e à vida dessas pessoas (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014).

Em relação à qualidade de vida das pessoas em situação de rua, verificou-se, pelo coeficiente *Alfa de Cronbach*, confiabilidade do instrumento WHOQOL-abreviado

aplicado a essa população em todos os domínios, com valores variando de 0,667 a 0,805.

Quando analisamos em valores absolutos, a variável Qualidade de Vida Geral, avaliada por meio da Questão 1 do WHOQOL-abreviado teve a menor média de avaliação quando comparada à Satisfação com a Saúde, Questão 2, e entre todos os domínios do WHOQOL-abreviado. Entre os domínios, as maiores médias de escores foram encontradas nos domínios Físico e Psicológico e as menores nos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente. Considerando que o constructo de QV está intensamente associado ao bem-estar, este dado, possivelmente, pode contribuir para um olhar mais atento da sociedade e profissionais frente às pessoas em situação de rua, desmistificando algumas ideias preconcebidas e compreendendo que para muitos, a rua é de fato, um local em que ante as adversidades permite uma dinâmica de sobrevivência que vai além dos moldes tradicionais da sociedade civil.

Os dados indicam que a peculiaridade da vivência nas ruas, de modo geral, afeta negativamente a Qualidade de Vida desses indivíduos, e alguns resultados causam surpresa quando comparados a estudos com outras populações. Entretanto, é importante ressaltar que a comparação das variáveis não alude relação de causa e efeito de uma com a outra, mas sinaliza uma direção e convergência ou divergência dessa associação. De modo geral, a QV das pessoas em situação de rua é afeta, uma vez que os mesmos consideram como chaves importantes para a QV as condições de saúde, de moradia, a situação financeira e de emprego, os relacionamentos sociais, e disponibilidade de atividades de lazer (PALEPU et al., 2012).

Estes temas se assemelham aos evidenciados neste estudo, e vão de encontro também a outras investigações sobre QV, inclusive com o uso do WHOQOL-abreviado. Skevington et al. (2004), em estudo do Grupo WHOQOL, analisaram dados referentes a uma amostra de 11.830 pessoas adultas, pacientes de instituições de saúde, ou da população em geral, provenientes de 24 centros de pesquisa em 23 países. Tal estudo, utilizando o WHOQOL-abreviado, evidenciou que, ao considerar 12.0 como ponto médio de uma escala onde a QV é julgada como nem boa nem ruim, em média, a QV pode ser considerada muito boa nos domínios físico, psicológico e social, mas pobre no domínio ambiente (SKEVINGTON et al., 2004).

Utilizando tal parâmetro, pode-se inferir, que, de forma similar, a QV para PSR é considerada boa nos domínios físico, psicológico e social, e ruim no domínio

ambiente. A baixa avaliação da dimensão meio ambiente, verificada neste estudo também vai de encontro, inclusive em semelhança de escores médios, da QV referida por mães de crianças trabalhadoras de rua (CAVALCANTE-NÓBREGA et al., 2015). Não obstante as autoras ainda citam ainda algumas características que são similares as da PSR, como vitimização e histórico de violência e outros problemas familiares, baixa renda, baixo nível educacional ausência de companheiro fixo, refletindo, em última instância, em baixos escores de QV se comparado a outras populações (SILVEIRA; BLAY, 2010; CAVALCANTE-NÓBREGA et al., 2015).

É interessante observar, por exemplo, que a subjetividade e a individualidade da avaliação da QV se mostra verdadeira em diversos momentos das avaliações de QV. Com condições socioeconômicas diferentes da PSR, graduandos de enfermagem tiveram menor QV no domínio físico do WHOQOL-abreviado em uma pesquisa realizada em uma universidade no Estado de São Paulo (ARRONQUI et al., 2011). Mesmo se comparados com a PSR os estudantes apresentaram menores escores nesta dimensão. A diferença pode estar relacionada à carga horária elevada, estresse, ansiedade, esforços na atuação prática, entre outras características similares, inerentes ao curso superior (ARRONQUI et al., 2011). Entretanto, em outro estudo semelhante, com estudantes de enfermagem, realizado no Piauí, a melhor avaliação de QV esteve relacionada à dimensão das Relações Sociais e Meio Ambiente, valores, ainda assim, superiores aos encontrados na PSR (MOURA et al., 2016).

Análise semelhante pode ser observada em populações com saúde física afetada, como insuficiência renal crônica, úlceras por pressão, lesão medular, capsulite adesiva, comorbidades em geral que implicam diretamente na saúde e no bem-estar. Influencia negativamente no domínio físico da Qualidade de Vida (FRANÇA et al., 2013; RUSA et al., 2014; FERNANDES, 2015; MOTA; RIBEIRO, 2016).

Com relação à estratificação de gênero, na avaliação da QV houve diferença estatisticamente significativa para os domínios psicológico e físico, evidenciando melhores escores de QV para os homens em relação às mulheres. Resultado similar foi encontrado em mulheres com doenças do sistema nervoso, cujas mesmas dimensões também se mostraram afetadas (ESTRELLA-CASTILLO; GÓMEZ-DE-REGIL, 2016). Já Skevington et al. (2004), em estudo com diferentes populações,

evidenciaram que mulheres tem melhor QV relacionada ao domínio social, e pior QV no domínio psicológico, quando comparadas aos homens.

A diferença para a PSR pode estar relacionada ao contexto que levam essas mulheres à condição de moradoras de rua e os motivos que a fazem permanecer nessa situação. Deve-se ressaltar que dentre os motivos citados pelas mulheres que às levaram à situação de rua, o principal esteve relacionado aos problemas familiares, nos quais se inserem, também, a violência nas suas diversas formas.

Sabe-se que a mulher é, historicamente, em diversas culturas, violentada de várias formas, seja no aspecto físico ou mental. Tal conjuntura está atrelada a ideia de submissão, impregnada nas relações de gênero, onde existe uma hegemonia masculina, bem como na maior vulnerabilidade do sexo feminino a problemas de saúde, como por exemplo, no período gravídico puerperal (HSU et al., 2015; SILVA et al., 2015).

Estas situações ficam ainda mais exacerbadas quando a mulher encontra-se em situação de rua, devido à necessidade de ter um companheiro (a) como forma de sobrevivência à dificuldade de acesso às políticas de proteção social, bem como aos serviços de saúde, reflexos do não reconhecimento de seus direitos, os quais podem comprometer sua saúde física, psicológica e profissional, refletindo assim, negativamente na sua satisfação com a vida e na autoavaliação da QV (SILVA et al., 2015).

Neste estudo, a média de faixa etária foi de 37,5 anos. Resultado similar foi encontrado por Daly et.al. (2010) no Reino Unido. Contudo, idades superiores têm sido encontradas em estudos recentes com a PSR. Na Austrália, a média de idade foi 45 anos (FORD; CRAMB; FARAH, 2014), nos Estados Unidos, verificaram-se médias de 48,0 e 47,6 anos em Massachusetts e Washington (KRUPSKI et al., 2015; BAGGETT; RIGOTTI; CAMPBELL, 2016), respectivamente. Em Belgrado, Servia, encontraram média de 48,2 anos (SARAJLIJA et al., 2014). Tais achados refletem a tendência acelerada de envelhecimento ativo, em particular nos países desenvolvidos (ROCHA et al., 2014). Por conta dos critérios de inclusão, o extremo inferior de idade encontrado na amostra foi de 18 anos. No entanto, encontramos desde famílias em situação de rua com crianças recém-nascidas, até indivíduos com 82 anos de idade. Essa mudança de estrutura etária, que não está isolada das mudanças na população

geral, mas sim, aparentemente, a acompanha, implica diretamente nas necessidades de saúde dos indivíduos.

Encontrou-se, que, indivíduos na faixa etária de 30 a 40 anos evidenciaram diferença estatística na avaliação da QV nos domínios físico e psicológico com as melhores médias de escores. É interessante observar que estes são os domínios com maiores médias de escores nos domínios da QV. Isso pode refletir, que, de modo geral, quanto maior a idade, piores são os valores de QV. Na população, em geral, observa-se achado semelhante, com valores decrescentes dos escores de QV de acordo com o aumento da idade (SKEVINGTON et al., 2004).

Tal fato é interessante, pois os profissionais de saúde, em sua maior parte, possuem como foco do cuidado a população jovem, o gerenciamento e redução dos riscos de doenças transmissíveis e não transmissíveis, lesões físicas não intencionais e problemas com álcool e outras drogas (BEIJER; WOLF; FAZEL, 2012; FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014). Já em indivíduos mais idosos o centro do cuidado está, de forma proeminente, nas doenças crônicas não transmissíveis, bem como na capacidade funcional de realizar as atividades de vida diária e na organização do convívio social (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; ROCHA et al., 2014).

Ainda, quanto mais idoso o indivíduo, maior sua vulnerabilidade frente à sua fragilização e comorbidades, condições inerentes ao envelhecimento que podem se manifestar pela ação dos agentes biológicos, socioeconômicos e psicossocial, fruto de uma interação com os processos socioculturais, os efeitos acumulativos de insuficiência na educação, renda e saúde, bem como o estilo situacional (RODRIGUES; NERI, 2012; ROCHA et al., 2014). Essa relação entre a vulnerabilidade a processos patológicos que ocasiona uma diminuição da capacidade funcional no idoso pode ser agravada quando este se encontra em situação de rua, diante de todo o contexto de vulnerabilidade a qual esta situação já proporciona ao indivíduo.

Dessa forma, as melhorias aos diversos aspectos da QV de pessoas idosas sejam no contexto físico, ou de relacionamentos interpessoais advindas da participação de grupos de promoção à saúde, conforme sugere, por exemplo, Santos et al., (2015) são negativamente afetadas pela situação de rua a qual se insere o sujeito. Entretanto, o real impacto do envelhecimento na PSR ainda é pouco discutido,

sendo o conhecimento científico incipiente, tornando premente políticas para nortear as ações direcionadas a este segmento populacional.

Concernente ao estado conjugal, verificou-se que mais da metade dos indivíduos apresentaram companheiro (a) fixo (a), resultado esse muito próximo ao encontrado por Jesus et al., (2012), em estudo com catadores de materiais recicláveis, população com características muito próximas dos moradores de rua. Nesse trabalho, os indivíduos que apresentaram companheiro (a) fixo no contexto da rua possuíam melhor avaliação nos domínios do WHOQOL-100, quando comparados aos que não reportaram ter companheiro(a) fixo (JESUS et al., 2012).

Neste estudo, a presença ou não de um companheiro fixo esteve associada à QVG, Satisfação da saúde, e aos domínios físico e relações sociais. Essa relação pode estar ligada à necessidade de estabelecer vínculos na rua, receber e trocar apoio físico e emocional devido à aglomeração de pessoas, e até mesmo como forma de sobrevivência diante a violência rotineiramente sofrida.

Estudiosos tem identificado que, ao longo do tempo, a PSR tem sido alvo de práticas discriminatórias em diversos contextos, principalmente da ordem social e racial, e também por conta da própria condição de estar em situação de rua. Essa forma opressora e depreciativa acaba deixando marcas estigmatizadas de marginalização e inferioridade frente aos demais membros da sociedade (JOHNSTONE et al., 2015).

Neste estudo, identificou-se que mais da metade dos entrevistados afirmaram ter sofrido algum tipo de discriminação, sendo que houve diferença estatisticamente significativa para os domínios psicológico, relações sociais, meio ambiente e para a Qualidade de Vida Geral, avaliados pelo WHOQOL-abreviado. Menores escores foram encontrados entre as pessoas que afirmaram terem se sentido vítimas de algum tipo de ato discriminatório, seja social, racial, de gênero, religioso, ou de outra ordem. Este resultado pode estar relacionado primariamente com o próprio contexto de vulnerabilidade quando se está em situação da rua, refletindo assim o resultado inferior na autoavaliação da QV no domínio Meio Ambiente. Por sua vez, esse conjunto incide em variáveis que afetam diretamente o relacionamento com a família e a sociedade, bem como a satisfação consigo mesmo e com a sociedade à sua volta, sucedendo assim, na avaliação da QV para os domínios psicológico e relações sociais.

Quanto à orientação sexual, os homossexuais e bissexuais relataram discriminação pela sociedade, e especialmente pelos familiares como motivo principal para se tornar morador de rua. Essa informação é corroborada por Garcia, (2013), ratificando o distanciamento da família, juntamente à instabilidade financeira, também citada no nosso estudo, configurando como fator para a situação de rua e insatisfação emocional.

A discriminação frente ao reconhecimento do indivíduo aos estigmas pode influenciar na avaliação da QV, uma vez que a compreensão desse segmento populacional pelos demais, no cenário social, figura na caracterização destes como criminosos, usuários de drogas, violentos e perigosos, e causadores de mazelas sociais (MOURA JR; XIMENES; SARRIERA, 2013).

A discriminação pode estar presente, por exemplo, na própria negação do atendimento em unidades de saúde que exige a necessidade de banho e a presença de acompanhante para o atendimento (COSTA, 2006). As consequências disso, além dos percebidos baixos escores dos domínios do WHOQOL-abreviado, envolvem o sentir-se envergonhado, humilhado, baixa procura aos serviços de saúde e vítimas de violência, variáveis que se interligam e se relacionam (MOURA JR; XIMENES; SARRIERA, 2013; BARATA et al., 2015). Além disso, Gattis e Larson, (2016) e Lee, Prince-Spratlen e Kanan, (2003) referem, por exemplo, que, de modo geral, transtornos mentais são particularmente associados com a discriminação na PSR, o que poderia incidir indiretamente na sua autoavaliação da QV.

Nesta investigação foi questionada a ocorrência de dor de dente entre os participantes, achado rotineiramente apresentado nos estudos, a qual pode ser interpretado como um indicativo de problemas bucais presentes. Além disso, é evidenciado na literatura científica, que pode existir uma associação negativa entre a QV e a presença de dor, onde quanto maior a intensidade desta, pior é a QV (CAPELA et al., 2009; RUIVO et al., 2015).

Assim, foi relatado por 35,8% dos participantes a ocorrência de dor em um ou mais episódios nos últimos seis meses. Isso pode ser fruto de condições insuficientes de higiene bucal, a qual juntamente com a percepção da saúde bucal, tem se mostrado piores na PSR que na população em geral (DALY et al., 2010). Além disso, os impactos em saúde bucal são em geral muito maiores que no restante da população, e se caracterizam por doenças periodontais e inflamações na boca, baixa

função oral, caries, vergonha por conta da aparência dos dentes, bem como a dor (PERSSON; OLIN; ÖSTMAN, 2010; FORD; CRAMB; FARAH, 2014).

Estes sinais e sintomas podem ainda originar danos à saúde como um todo. Conforme afirmam Cullinan, Ford e Seymour (2009), são muitos os estudos que correlacionam doenças bucais com problemas de saúde sistêmicos, como problemas cardiovasculares e diabetes. Além disso, o tabagismo, diabetes e higiene oral prejudicada são alguns dos fatores que agravam o risco de doença oral, e favorecem o surgimento de dor (FORD; CRAMB; FARAH, 2014). Nesse contexto, os problemas bucais junto ao encorajamento da melhora da higiene bucal, prática de exercícios, dieta, e interrupção ou redução dos vícios, deve ser parte de um tratamento integrado da odontologia com outras áreas do saber, com vistas a melhorar também a saúde geral (CULLINAN; FORD; SEYMOUR, 2009; PEREIRA, 2010; PERSSON; OLIN; ÖSTMAN, 2010).

Um estudo realizado com 147 pessoas em situação de rua de Hong Kong, evidenciou que mais de 90% dos participantes tinham alguma experiência relacionada à carie, doença periodontal e de auto percepção de dor (LUO; MCGRATH, 2008). Neste mesmo estudo, foi evidenciado o impacto substancial da presença de problemas bucais na qualidade de vida da PSR.

Corroborando com esses achados, em nosso estudo, ao se correlacionar os domínios do WHOQOL-abreviado com a presença ou ausência de dor de dente nas pessoas em situação de rua nos últimos seis meses, evidenciaram-se melhores médias absolutas de QV para aqueles que não tiveram como quadro clínico a dor de dente. Este resultado se assemelha ao evidenciado por Ford, Cramb e Farah (2014).

Ressalta-se ainda que entre os dois grupos (que sentia ou não dor de dente) não houve diferença estatisticamente significativa nos escores de Qualidade de vida geral, Satisfação com a Saúde, e domínios físico e meio ambiente. Isso pode significar que o grupo que não teve episódios de algia dentária foi impelido a ter um maior nível de aceitação à dor pela necessidade de conviver com ela, além do que, pela gama de desafios vivenciados pela PSR, a dor de dente pode ser apenas mais um deles, tendo assim, sua importância subjugada. Ou ainda, que, independente de sentir ou não algum tipo de dor, tratar da saúde bucal não é uma das prioridades de uma pessoa em situação de rua, tendo em vista que os contextos sociais a qual vivem muitas vezes as forçam mudar as prioridades de vida, relegando diversos assuntos como menos

importantes do que satisfazer as necessidades humanas básicas de subsistência (RILEY et al., 2011).

Ratificou-se ainda, que, o domínio psicológico é um dos mais afetados ao se comparar os dois segmentos da amostra (dor de dente presente ou ausente), assim como o domínio relações sociais, ambos com diferença estatisticamente significativa. Nesse sentido, Persson, Olin e Ostman (2010) afirmam que ter uma má saúde bucal pode provocar no indivíduo os sentimentos de vergonha, culpa pela situação que se encontra, e senso de estigma social. Os autores afirmam ainda que as pessoas em situação de rua muitas vezes podem ser mais resistentes a tratamentos dentários, do que a população em geral, seja por experiências negativas ocorridas anteriormente com funcionários e outros profissionais de saúde bucal, seja pelo custo elevado diante de suas condições financeiras, deterioração do autocuidado, outras condições adversas de saúde, ou mesmo pela falta de informação generalizada.

Essas sensações, isoladas ou em concomitância, comprometem a vontade do indivíduo em manter contatos sociais, o que pode se reverter em sintomas psicológicos como ansiedade, estresse e nervosismo (PERSSON; OLIN; ÖSTMAN, 2010). Essa situação pode, posteriormente, gerar um outro sentimento, o de isolamento, o qual acaba por prejudicar ainda mais sua relação com a sociedade (PERSSON; OLIN; ÖSTMAN, 2010; FORD; CRAMB; FARAH, 2014).

Este olhar sobre a saúde bucal pode ser estendido à saúde como um todo, uma vez que a própria Satisfação com a Saúde foi afetada negativamente na avaliação da Questão Saúde Geral, pela amostra estudada. Este fato pode ser entendido por esse contexto geral de isolamento social, preconceito, estigma, e outros fatores que afastam o indivíduo do atendimento em saúde. Palepu et al. (2012), em estudo com pessoas em situação de rua no Canadá, sinaliza contexto semelhante, ao identificar como uma das mais importantes áreas consideradas por essa população para se ter QV, a Saúde/Cuidado em Saúde, bem como respeito, e direitos iguais aos dos garantidos ao restante da população.

Portanto, não são incomuns relatos de pessoas em situação de rua afirmando que o fato de ser tratado com respeito, ter o seu problema tratado com seriedade, sem ser evitado ou discriminado por sua condição social, condições de higiene e de saúde, são fatores importantes na avaliação da QV, e na supressão da aversão à procura de atendimento à saúde (PERSSON; OLIN; ÖSTMAN, 2010; PALEPU et al., 2012).

Assim, infere-se que o atendimento de qualidade, com base no respeito, igualdade, responsabilidade, ética, moral e dignidade contribui para a melhoria na saúde bucal da PSR. Este conjunto de qualidades essenciais também deve ser encarado como uma constante a ser praticada por todos os profissionais da área da saúde, com vistas ao benefício da saúde da PSR, bem como a melhoria a avaliação da QV da mesma.

O uso de drogas lícitas e ilícitas representa um importante problema de saúde em todo o mundo, em particular em grupos vulneráveis e excluídos, como as pessoas que residem nas ruas. O uso dessas substâncias é sempre maiores se comparados à população em geral, e como o já explanado, contribuem para a existência e permanência da PSR.

Nesta investigação, para o uso de drogas, por exemplo, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa para os domínios Psicológico, Relações Sociais, e também a Satisfação com a Saúde. Estes obtiveram menores escores se comparados aos indivíduos em situação de rua que não faziam uso de drogas. Nesse contexto, por exemplo, um estudo realizado em Delhi, na Índia, evidenciou ser comum a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade entre pessoas que usam drogas ilícitas, bem como uma baixa QV (ARMSTRONG et al., 2013).

Contudo, um estudo em Santa Catarina, com dependentes químicos internados, apesar de evidenciar baixa autoestima e autoimagem, estas não interferiram na autoavaliação da Qualidade de Vida, a qual apresentou escore elevado, denotando um bom nível de qualidade de vida além de uma percepção de saúde positiva (SILVEIRA et al., 2013). Entre as pessoas em situação de rua, por exemplo, aqueles que são usuários de drogas tem, em média, cinco vezes mais propensão a ter uma baixa percepção da qualidade de vida do que os não usuários de drogas (O'BRIEN et al., 2015). A pontuação da Qualidade de Vida em estudos realizados com pessoas que fazem o uso de drogas, bem como o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, é também inferior se comparados com a população em geral (COSTENBADER; ZULE; COOMES, 2007).

O uso de drogas, bebidas alcóolicas e cigarros tradicionais, aliado à falta ou dificuldade no acesso a serviços de saúde também provocam, ainda, uma maior probabilidade de interferência negativa no manejo do tratamento das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, ou mesmo as transmissíveis (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014). Vale ressaltar que os problemas de saúde enfrentados

por essa população, são, em geral, os mesmos da população geral. Entretanto, entre a PSR é mais comum à experiência de uma gama de barreiras para acesso ao cuidado à saúde (FORD; CRAMB; FARAH, 2014).

Além disso, pode ocorrer também uma maior dificuldade em satisfazer as necessidades de subsistência, tais como alimentação, vestuário, abrigo, lugar para realizar a higiene íntima por conta da competição com os vícios (BAGGETT; RIGOTTI; CAMPBELL, 2016). Assim, o consumo de cigarro, bebidas alcoólicas, e o uso de drogas ilícitas podem ser encarados como um dos comportamentos que podem impactar diretamente na saúde, e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população em situação de rua. De modo geral, a PSR tem maior maiores níveis de problemas de saúde (HWANG et al., 2011; THE LANCET, 2014). Estudos sobre agravos infecciosos na PSR, por exemplo, evidenciam maior taxa de prevalência de Tuberculose, Hepatite C e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BEIJER; WOLF; FAZEL, 2012; FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014).

Além das doenças infecciosas, estudos indicam que é bastante comum na PSR a presença de distúrbios de saúde mental, com taxas que superam um terço de indivíduos da PSR, sendo a depressão e esquizofrenia os principais transtornos (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; SARAJLIJA et al., 2014). Ainda, outros estudos apontam como sentimento comum entre pessoas em situação de rua a solidão, impotência, desespero e o preconceito (FIORATI et al., 2015), todos, frequentemente relacionados ao uso de drogas.

Em uma amostra de pessoas em situação de rua, abrigadas ou não, em uma unidade de cuidados primários, Krupski et al., (2015) encontraram que mais de 70% dos participantes teve prescrição médico-psiquiátrica em algum momento de suas vidas, e de forma similar, perto de 60% dos participantes tinham um ou mais diagnósticos psiquiátricos em seus prontuários. Os mais consistentes fatores de riscos que levaram, por exemplo, veteranos de guerra a se tornarem pessoas em situação de rua, nos EUA, estão também relacionados a transtornos por uso de substâncias, doenças mentais decorrentes ou não da exposição a conflitos, e problemas de renda, bem como isolamento social, e até mesmo experiências adversas na infância, assim como situações de encarceramento (TSAI; ROSENHECK, 2015).

Matejkowski et al., (2013), evidenciaram em pesquisa com pessoas em situação de rua com doença mental severa, que, a presença de sintomas psiquiátricos

nos indivíduos também tiveram significativamente e negativamente relacionados à satisfação com a condição física e ao bem-estar emocional. Ford et al. (2014) encontrou, por exemplo, em estudo sobre a qualidade de vida com a PSR na Austrália, que QV era significativamente pior em todos os quatro domínios do WHOQOL- abreviado se comparado com o restante da população da Austrália.

Conforme evidenciada em seu estudo, Matejkowski et al. (2013) encontraram também que as variáveis condição física e bem-estar-emocional estão positivamente relacionadas à QV. Desse modo, quando um sintoma psiquiátrico se torna mais severo, a satisfação com a saúde física e emocional diminui, e por consequência, a avaliação da QV também diminui. Infere-se então com base nesse estudo, que investir em programas de redução de danos e sensibilização dos malefícios de drogas ilícitas contribuirá na melhoria dos sintomas psiquiátricos, podendo colaborar, substancialmente, na satisfação com a saúde física, bem como o bem-estar emocional, o que por sua vez elevará a avaliação da QV.

Finalmente, diante da produção do diagnóstico desse grupo populacional e de sua percepção de QV apontados neste estudo temos o escopo de fomentar a implantação das políticas públicas para atendimento às pessoas em situação de rua, visando garantir a efetividade dos serviços para a população em situação de rua.

O modelo assistencialista, das casas de acolhida, albergues, entre outros alojamentos temporários, predominantes no cenário nacional, não responde ao problema da situação de rua, e, portanto, não atende a premissa combate à situação de rua de forma integrada, e se prova insuficiente no cumprimento da política de atenção à PSR. Como exemplo de estratégia que tenta erradicar a existência de moradores de rua pode-se citar o “*The Housing First*”, ou suas mais conhecidas variáveis “*Housing First*” (HF), “*Supportive Housing*” (SH), “*Pathways Housing First*” (PHF), “*Communal Housing First*” (CHF), “*Housing First Light*” (HFL), programas que fazem parte de políticas de assistência social adotadas em vários países, como Estados Unidos, Finlândia, França, Irlanda, Holanda, Áustria, Austrália, Canadá, Dinamarca, Hungria, Japão, Portugal e Reino Unido (HOUSING FIRST FINLAND, 2012; PLEACE; BRETHERTON, 2013; BUSCH-GEERTSEMA, 2014).

A origem desse tipo de programa se deu nos Estados Unidos da América em 1992, com o nome de “*Pathways to Housing*”, na cidade de Nova York nos Estados Unidos da América (UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, 2009; PATHWAYS

NATIONAL, 2016). Sua abordagem, de longo termo, privilegia proporcionar às pessoas em situação de rua, o que de modo geral, se revela como grande desejo, o acesso à habitação permanente e independente, geralmente oferecidas em condomínios comunitários (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2006; BRETHERTON; PLEACE, 2015). Além disso, por meio de suporte contínuo e visitas semanais, oferece também aos indivíduos e coletividade serviços de assistência social, acesso facilitado a serviços de saúde, além da prestação de uma gama de aparatos que os reabilitem para se manter sem auxílio, emponderado e instrumentalizando a PSR, para a condição de ex-morador de rua (NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2006; KIRST et al., 2015).

Como efeito, além da moradia, por exemplo, ao avaliar os efeitos da HF no uso de substâncias entre os indivíduos atendidos, Kirst et al. (2015) evidenciaram que houve redução no uso do álcool, bem como os problemas a ele relacionados. Tal resultado vai ao encontro a diversos outros estudos relacionados a este tipo de programa governamental e suas variações. São evidências de melhoras na saúde física e psicológica, diminuição do consumo de álcool, drogas ilícitas e das problemáticas decorrentes de seus usos, além também da redução da atividade criminosa, hospitalizações, e comportamento antissocial (TSEMBERIS; KENT; RESPRESS, 2012; BRETHERTON; PLEACE, 2015; STERGIOPOULOS et al., 2015). Essas vantagens podem incidir diretamente, positivamente, na qualidade de vida desse segmento populacional.

No Brasil, a cidade de São Paulo implementou o programa “Braços Abertos”, com medidas inspiradas no programa *Housing First* (INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM, 2014). O programa tem como alvo específico os indivíduos que povoam uma área conhecida como “Cracolândia”, composta por sua maioria de pessoas em situação de rua e usuários de drogas ilícitas, e oferece local de habitação, alimentação, oportunidade de trabalho social, e cuidado com a saúde, e evidencia resultados promissores (TALKINGDRUGS, 2014). Esta iniciativa sinaliza uma abertura para a implementação desse tipo de metodologia no cenário nacional.

Alguns estudos, todavia, tem relatado que a efetividade do HF pode ser menor do que se aparenta ou se divulga, tendo em vista a perda de fidelidade com o projeto original, a instalação de pré-requisitos intangíveis, a persistência da pobreza e do consumo de álcool e outras drogas, bem como a limitação de oportunidades e saúde

prejudicada de muitos participantes desses projetos (PLEACE; BRETHERTON, 2013). Mesmo no Brasil, diálogos tem que sido desenvolvidos sobre a PSR já contemplaram esse tipo de atenção assistencial, mas que consideram ainda uma tipologia que pode encontrar muita resistência social, em parte por conta dos altos custos de investimento, a possível inequidade na oferta de recursos às camadas sociais mais necessitadas (pessoas em situação de rua obtendo “vantagens do governo” sobre as famílias carentes), o que pode gerar descontentamento da população como um todo (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013).

Entretanto, ainda assim, vale ressaltar que a implementação desses programas tem surtido efeito positivo, ainda que com taxas não uniformes, reduzindo o problema crônico da existência de pessoas em situação de rua nesses países, com boas taxas de satisfação e de saída do mundo das ruas pelos indivíduos atendidos (TSEMBERIS; KENT; RESPRESS, 2012; BUSCH-GEERTSEMA, 2014; BRETHERTON; PLEACE, 2015; KIRST et al., 2015).

Logo, a implantação de programas semelhantes ao *Housing First* poderia ser a solução básica razoável se adaptada ao contexto brasileiro e inserido em larga escala. Em linhas gerais, a legislação específica para esta população já garante medidas que favoreçam a “*Criação de alternativas de moradia para população em situação de rua nos projetos habitacionais financiados pelo Governo Federal*”, ou “[...] *projetos de reforma de imóveis públicos para uso habitacional e enquadramento da população em situação de rua [...]*” .entre outras diretrizes que se enquadram direta, ou indiretamente nos ideais do *Housing First* (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL, 2008).

Vale ressaltar, que, os ganhos sociais, representados na redução de agravos à saúde e todo o contexto de vulnerabilidade que a situação de rua promove ao indivíduo, coexistem, nesse contexto, com os ganhos econômicos. No Canadá, por exemplo, um estudo estimou, em 2003, gastos do governo na cifra de 1,4 bilhões de dólares, e nos Estados Unidos da América, em 2013, \$ 4,7 bilhões de dólares, com a PSR, por conta de despesas médicas e de hospitais, serviço de emergência e ambulâncias, abrigos, polícia, trabalhos sociais, entre outros gastos (IBI GROUP, 2003; UNITED STATES INTERAGENCY COUNCIL ON HOMELESS, 2013).

Dados da literatura científica e literatura cinzenta demonstram que os custos econômicos são reduzidos, principalmente pelos investimentos com abrigos, e redução do uso de serviços de emergência, assim com menor impacto, os custos com a justiça criminal e serviços de internação hospitalar (FEDERATION OF CANADIAN MUNICIPALITIES, 2006; LY; LATIMER, 2015). Nesse sentido, evidencia-se que a onerosidade com o conjunto de suporte e serviços tradicionais oferecidos à PSR é maior se comparada com os gastos envolvidos no apoio para que os indivíduos se mantenham na moradia fixa.

Dessa forma, é necessário que se coloquem à prova as alternativas, e melhorá-las conforme a experiência evidenciar os melhores caminhos, uma vez que a estabilização das intervenções como estão não surtirão efeito de controle, e uma possível futura extinção da problemática da PSR no Brasil.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

A maioria das pessoas em situação de rua participantes do estudo são homens, heterossexuais, referidamente de cor parda, média de idade de 37,5 anos, seguem uma religião, possui no mínimo o nível básico de ensino, não tem companheiro (a) fixo (a), e têm naturalidade e procedência externas ao estado de Goiás.

Para a maioria, a motivação principal para estar em situação de rua são os problemas familiares, sendo também bastante recorrentes os problemas financeiros e o uso de álcool e outras drogas. Estão na rua a menos de um ano, não possuem fonte de renda e não desempenham atividades laborais regulares, sendo que apenas alguns possuem carteira assinada.

Na amostra estudada a maioria chegou à instituição de acolhida por meios não relacionados aos serviços de assistência social. Adicionalmente, referem o consumo pregresso de drogas ilícitas, bebidas alcoólicas e de cigarros. Referem ter sofrido algum tipo de discriminação, seja social, racial ou de gênero, e mais de um terço menciona histórico de cárcere.

Os domínios da Qualidade de Vida avaliados por meio do instrumento WHOQOL-abreviado, de modo geral, estavam afetados, o que sugere a necessidade de atenção especial e diferenciada para a População em Situação de Rua. O domínio físico foi o melhor avaliado positivamente, seguido pelo domínio Psicológico, Relações Sociais. O mais afetado negativamente foi o domínio Meio Ambiente, indicando prejuízo na Qualidade de Vida principalmente nos aspectos do próprio ambiente da rua, no qual essas pessoas estão inseridas.

Score melhor avaliado positivamente também foi evidenciado na avaliação da Saúde Geral e pior avaliado na Qualidade de Vida Geral. Mesmo que pouco mais de um terço dos participantes tenham referido dor de dente nos últimos seis meses, essa foi uma variável que influenciou negativamente na avaliação dos domínios Psicológico e Relações Sociais da Qualidade de Vida.

Os escores do domínio Físico foram influenciados positivamente pela idade (ter entre 30 e 40 anos), ser do sexo masculino, ter companheiro (a) fixo (a), e pelo não uso de drogas ilícitas. Já o domínio Psicológico teve influência positiva pela idade

(ter entre 30 e 40 anos), ser do sexo masculino, não fazer o uso de drogas ilícitas, não ter relatado dor de dente nos últimos seis meses, e não ter se sentido discriminado.

O domínio Relações sociais foi influenciado positivamente entre aqueles que tinham parceria fixa, relatavam o não uso de drogas, e não ter sentido dor de dente nos últimos seis meses. E o domínio Meio Ambiente foi influenciado positivamente apenas entre aqueles que relataram não se sentirem discriminados de forma racial, social, ou por sexo.

As questões sobre a Qualidade de Vida Geral e sobre a Saúde Geral do WHOQOL-abreviado evidenciaram que a primeira foi influenciada positivamente por se ter um companheiro (a) fixo (a) e não ter sofrido discriminação, e a segunda pelo não uso de drogas ilícitas e ter um companheiro (a) fixo (a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O olhar direcionado à População em Situação de Rua, realizado por este trabalho concluiu que sua Qualidade de Vida tem escores do WHOQOL-abreviado influenciados positivamente principalmente para os domínios Físico e Psicológico, e com menor intensidade para os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente. A População em situação de rua tem hoje, no Brasil, políticas governamentais dedicadas a ela, com diretrizes que objetivam a salvaguarda de seus direitos humanos enquanto cidadão.

Contudo, essas políticas não têm sido, num contexto geral e empírico, aplicadas com rigor, uma vez que ainda é bastante comum nos grandes centros urbanos a presença dessa massa excluída socialmente. Assim, a problemática da existência da População em Situação de Rua, então, é ainda gritante, embora o Brasil tenha, indubitavelmente, experimentado crescimento nos indicadores econômicos e sociais nas últimas décadas.

Mesmo não sendo o objetivo da pesquisa a avaliação da qualidade de atendimento da equipe multiprofissional que atua na Casa de Acolhida Cidadã, deve-se reconhecer que em várias oportunidades a mesma foi bem referida pelos sujeitos da pesquisa, e tidos como essenciais para o atendimento de saúde e de assistência social.

Entretanto, o mesmo não pode ser afirmado com relação à estrutura física da instituição, em que, quase a totalidade dos participantes da pesquisa, a avaliava como insatisfatória. Isso se deve principalmente aos quartos sem mobília, muitos deles apenas com colchões (muitos velhos e com percevejos, conforme relatos dos moradores); portas de quartos e banheiros que não fecham; banheiros de uso social, com mal cheiro, chuveiros que não esquentam, sem produtos de higiene pessoal; duas áreas de convívio improvisadas, cada uma com apenas algumas cadeiras plásticas, e uma TV de tubo; refeitório pouco ventilado, e com presença constante de pombos; entre outros problemas estruturais, que, em grande medida, não contribuem para uma boa satisfação percebida por parte da PSR atendida.

E é nesse meio, além do reflexo de todo o contexto de exclusão e falta de apoio social, e familiar, a qual essas pessoas estão submetidas, que a Qualidade de Vida dessa população apresentou valores de escore mais baixos principalmente nos

domínios Meio Ambiente e Relações Sociais. Sabe-se que os objetivos e o caminho que levem a uma para contorno da situação atual da PSR são conhecidos da comunidade científica e do governo. Entretanto, talvez o modo de trilhar, de certa forma, ainda precise ser melhor lapidado, para que as medidas sejam efetivas, observando-se a dinâmica e particularidades da PSR, uma vez que, como visto, os problemas subjacentes que mantêm a existência da PSR são complexos, e é muito provável que soluções simples não sejam alcançáveis no atual contexto sócio-político-econômico.

Talvez a esperança, independente dos desafios, consista nessa capacidade de reformular estratégias de ação para com esses indivíduos e famílias, não somente quando em situação de rua, mas mesmo antes, e depois, para se evitar reincidência, com serviços de apoio ou fornecimento de habitação, inclusão social, bem como cuidados mais intensos com a saúde mental e física dos mesmos.

Vale reforçar que dada a complexidade dessa problemática, soluções a curto prazo, como fornecimento de abrigo temporário, encaminhamento para serviços de atenção básica à saúde, e ao mercado de trabalho já não tem se mostrado eficazes, cabendo a elas apenas um efeito de maquiagem da realidade assombrosa.

Devem ser pensadas ações a longo prazo, que abranjam a sociedade na sua totalidade com vistas a tornar mais eficientes e eficazes as redes de segurança social e de redução de danos.

Ideias, políticas públicas, discussões existem com abundância. Casas de acolhida e Centro-Pop já fazem parte dessas intervenções, por exemplo, inclusive na cidade de Goiânia. Mas talvez falte melhor aproveitamento dessas oportunidades, aplicação da política, e um mescla dessas variáveis, que leve à mudança da realidade atual dessa população vulnerável, poderá impactar positivamente na também na QV dos mesmos.

Quanto à realização deste estudo, a maior dificuldade esteve relacionada à coleta de dados, devido a indisposição de parte das pessoas acolhidas na instituição em integrar a amostra, seja pela falta de interesse em participação em projetos de pesquisa, ou pela desconfiança acerca da finalidade das informações obtidas com a coleta de dados ou com os resultados práticos que ela pode gerar.

Não desconsiderando a relevância do material suscitado com esta investigação, se reconhece como a principal limitação deste estudo a coleta de dados ter se procedido exclusivamente em uma instituição de acolhimento, onde as pessoas

em situação de rua ali abrigadas podem possuir características socioeconômicas, comportamentais e de Qualidade de Vida diferentes daquelas que vivem tão-somente nas ruas. Também, a maioria dos estudos publicados foi realizada no exterior, e, portanto, comparações interculturais relacionadas à PSR não foram abordadas nesta investigação.

Mesmo que a definição da PSR contemple as pessoas que vivem em albergues e outras instituições de acolhimento, a coleta de dados, ao ser realizada apenas neste campo pode nos ter encaminhado a um resultado que contemplou, principalmente, a população em situação de rua que procura um lugar diferente dos logradouros públicos para dormir, não representando com fidedignidade toda a PSR.

Assim, é importante que novos estudos sobre a Qualidade de Vida com a PSR sejam desenvolvidos contemplando principalmente a parcela que pernoita principalmente nos logradouros, e não somente os que dormem em instituições de acolhimento. Assim, poderá ser feita a comparação entre esses dois grupos, visando a ampliação do entendimento do fenômeno Qualidade de Vida da População em Situação de Rua.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

- Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5:53-62.
- Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28:115-24.
- Alcântara SC, Abreu DP, Farias AA. Homeless People: From Social Exclusion Trajectories to Emancipatory Processes Aimed at the Creation of Awareness, Identity, and a Sense of Belonging. *Revista Colombiana de Psicología*. 2015; 24:129-43.
- Allgood S, Warren Jr RS. The duration of homelessness: evidence from a national survey. *Journal of Housing Economics*. 2003; 12(4):273-90.
- Alves EF. Quality of life: consideration of indicators and measurement instruments. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 2011; 3(1):16-23.
- Armstrong G, Nuken A, Samson L, Singh S, Jorm AF, Kermode M. Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:151-51.
- Arronqui GV, Lacava RMB, Magalhães SMF, Goldman RE. Perceptions of nursing students on their quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24:762-65.
- Assumpção-Júnior FB, Kuczynski E. Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental. 1. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Aubry T, Klodawsky F, Hay E, Birnie S. Panel Study on Persons Who Are Homeless in Ottawa: Phase 1 Results. Faculty of Social Sciences. Ottawa, Ontario: University of Ottawa,; 2003.
- Australian Bureau of Statistics. Census of Population and Housing: estimating Homelessness, 2011. Australian Bureau of Statistics (ABS). Canberra: 2011.
- Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. HUCITEC; 1997.
- Baggett TP, Rigotti NA. Cigarette Smoking and Advice to Quit in a National Sample of Homeless Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010; 39(2):164-72.
- Baggett TP, Rigotti NA, Campbell EG. Cost of Smoking among Homeless Adults. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374(7):697-98.
- Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24:219-32.
- Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2012; 12(11):859-70.
- Bittencourt ZZ, Hoehne EL. [Quality of life of deaf people's relatives assisted in a rehabilitation center]. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(4):1235-9. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação.
- Bretherton J, Pleace N. Housing First in England: an evaluation of nine services. Centre for Housing Policy. York, UK: University of York; 2015.
- Brito GCS, Dias MSL. Terapia narrativa: um estudo sobre a prática com pessoas em situação de rua. Tuiuti: Ciência e Cultura [Internet]. Curitiba, 2013. 1(46):[251-63 pp.]. Acesso em.

- Busch-Geertsema V. Housing First Europe – Results of a European Social Experimentation Project. [Internet]. 2014 [cited 03 mar 2016]. Available from: http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/article-01_8.1.pdf.
- Canavarro MC, Simões M, Pereira M, Pintassilgo AL. Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da organização mundial de saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-bref) para português de Portugal: apresentação de um projecto. SIDAnet: Associação Lusófona [Internet]. 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/20691>. Acesso em.
- Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Association of quality of life with pain, anxiety and depression. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2009; 16:263-68.
- Castillo LNCD, Leporace G, Cardinot TM, Levy RA, Oliveira LP. A importância dos Questionários para Avaliação da Qualidade de Vida. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. 2012; 11(1):12-17.
- Castro Md, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2003; 49:245-49.
- Cavalcante-Nóbrega LP, Mello AF, Maciel MR, Cividanes GC, Fossaluzza V, Mari JJ et al. Quality of life of mothers whose children work on the streets of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31:827-36.
- Chaveiro N. Qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais [thesis]. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Universidade Federal de Goiás; 2011. 252 p p.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: 2012.
- Cordeiro JABL. Fatores Associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde do Portador de Doença Renal Crônica em Tratamento Pré-Dialítico [Tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2014. 133 p.
- Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2006; 4(1):1-15.
- Costa SLd, Vida CPdC, Gama IA, Locatelli NT, Karam BJ, Ping CT et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24:1089-102.
- Costenbader EC, Zule WA, Coomes CM. THE IMPACT OF ILLICIT DRUG USE AND HARMFUL DRINKING ON QUALITY OF LIFE AMONG INJECTION DRUG USERS AT HIGH RISK FOR HEPATITIS C INFECTION. *Drug and alcohol dependence*. 2007; 89(2-3):251-58.
- Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MPA. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res*. 2011; 20(7):1123-29.
- Cullinan MP, Ford PJ, Seymour GJ. Periodontal disease and systemic health: current status. *Australian Dental Journal*. 2009; 54:S62-S69.
- Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2010; 38(2):136-44.
- Estrella-Castillo DF, Gómez-de-Regil L. Quality of life in Mexican patients with primary neurological or musculoskeletal disabilities. *Disability and Health Journal*. 2016; 9(1):127-33.
- Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*. 1995; 22(3):502-8. Epub 1995/09/01.

- 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.
- Federation of Canadian Municipalities. Submission to the Government of Canada's Consultation on Homelessness. [Internet]. 2006 [cited 07 mar 2016]. Available from: https://www.fcm.ca/Documents/reports/Submission_to_the_Government_of_Canadas_Consultation_on_Homelessness_EN.pdf.
- Fernandes MR. Correlation between functional disability and quality of life in patients with adhesive capsulitis. *Acta Ortopédica Brasileira*. 2015; 23:81-84.
- Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Rev Nurs Health*. 1985; 8(1):15-24.
- Fiorati RC, Xavier JdS, Lobato BC, Carretta RYD, Kebbe LM. Iniquidade e exclusão social: estudo com pessoas em situação de rua em Ribeirão Preto/SP. 2015.
- Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5:33-38.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999; 21:19-28.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(2):178-83.
- Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Australian Dental Journal*. 2014; 59(2):234-39.
- França ISX, Coura AS, Sousa FS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2013; 34:155-63.
- Gaetz S, Gulliver T, Richter T. *The State of Homelessness in Canada: 2014*. Toronto: The Homeless Hub Press. Canadian Homelessness Research Network; 2014.
- Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports*. 2002; 117(Suppl 1):S135-S45.
- Garcia MRV. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas em Psicologia*. 2013; 21:1005-19.
- Gattis MN, Larson A. Perceived racial, sexual identity, and homeless status-related discrimination among Black adolescents and young adults experiencing homelessness: Relations with depressive symptoms and suicidality. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2016; 86(1):79-90.
- Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*. 1994; 272(8):619-26. Epub 1994/08/24.
- Gordia AP, Quadros TMB, Oliveira MTC, Campos W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 2011; 3(1):40-52.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118(8):622-9. Epub 1993/04/15.
- Herrero SP, López MM. Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *anales de psicología*. 2014; 30(1):70-77.

- Hipolito RL. Qualidade de Vida das pessoas que vivem com HIV-AIDS no município de Rio das Ostras [thesis]. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015. 283 p.
- Housing First Finland. Reducing long-term homelessness 2012–2015: Proposal for a Government resolution on the continuation of the national programme to reduce long-term homelessness, in accordance with the Government Programme. 2012. Disponível em: http://www.housingfirst.fi/en/housing_first/homelessness_in_finland/national_programme_2012-2015. Acesso em: 20 jul 2016.
- Hsu H-T, Wenzel S, Rice E, Gilreath TD, Kurzban S, Unger J. Understanding Consistent Condom Use Among Homeless Men Who Have Sex with Women and Engage in Multiple Sexual Partnerships: A Path Analysis. *AIDS and Behavior*. 2015; 19(9):1676-88.
- Hughes A. Poor, homeless, and underserved populations. *Ethical and Legal Aspects of Care*. 2016.
- Hurlbut J, Ditmyer M. Defining the meaning of spirituality through a qualitative case study of sheltered homeless women. *Nursing for Women's Health*, [Internet]. Henderson, NV, 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751485115000069>. Acesso em: 12 abr 2016.
- Hwang SW, Aubry T, Palepu A, Farrell S, Nisenbaum R, Hubley AM et al. The health and housing in transition study: a longitudinal study of the health of homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *International Journal of Public Health*. 2011; 56(6):609-23.
- IBI Group. Societal Cost of Homelessness. [Internet]. IBI Group. 2003 [cited. Available from: <http://homeless.samhsa.gov/ResourceFiles/societal%20cost%20of%20homelessness.pdf>.
- IDEST. Primeira Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. Secretaria de Direitos Humanos, Instituto de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese: Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo - Brasil - 2007/2013. [Internet]. IBGE. 2016 [cited 11.03.2016]. Available from: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/>.
- International Drug Policy Consortium. Braços Abertos in Sao Paulo, what can we learn from the Housing First model? 2014. Disponível em: <http://idpc.net/blog/2014/12/bracos-abertos-in-sao-paulo-what-can-we-learn-from-the-housing-first-model>. Acesso em: 22 mai 2016.
- Jesus MCP, Santos SMR, Abdalla JGF, Jesus PBR, Alves MJM, Teixeira N et al. An assessment of the quality of life of recyclable material collectors. *Rev Eletr Enf*. 2012; 2(14):277-85.
- Jesus MCP, Silva MH, Cordeiro SM, Kortchmar E, Zampier VSB, Merighi MAB. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016; 50:71-78.
- Johnstone M, Jetten J, Dingle GA, Parsell C, Walter ZC. Discrimination and well-being amongst the homeless: the role of multiple group membership. *Frontiers in Psychology*. 2015; 6:739.
- Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Quality of life of undergraduate students in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 2(393):164-72.
- Kimura M, Silva JV. Ferrans and Powers quality of life index. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43:1098-104.
- Kirst M, Zerger S, Misir V, Hwang S, Stergiopoulos V. The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015; 146:24-29.

- Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2009; 31:0-0.
- Krupski A, Graves MC, Bumgardner K, Roy-Byrne P. Comparison of Homeless and Non-Homeless Problem Drug Users Recruited from Primary Care Safety-Net Clinics. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015; 58:84-89.
- Kumar N, Gupta B. Effect of Spinal Cord Injury on Quality of Life of Affected Soldiers in India: A Cross-Sectional Study. *Asian Spine Journal*. 2016; 10(2):267-75.
- Kunz GS, Heckert AL, Carvalho SV. The ways of life of the homeless: inventing tactics in the streets of Vitória /ES. *Fractal : Revista de Psicologia*. 2014; 26:919-42.
- Kusumota L. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise [thesis]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade de São Paulo: 2005. p.
- Kusumota L, Gricio TC, Cândido ML. Percepções e conhecimento de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2009. 11(4):[884-93 pp.]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a14.pdf. Acesso em: 15 nov 2015.
- Lee BA, Price-Spratlen T, Kanan JW. Determinants of Homelessness in Metropolitan Areas. *Journal of Urban Affairs*. 2003; 25(3):335-56.
- Luo Y, McGrath C. Oral health and its impact on the life quality of homeless people in Hong Kong. *Community dental health*. 2008; 25(3):137-42.
- Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry*. 2015; 60(11):475-87. Epub 2016/01/01.
- Magalhães SR, Carvalho ZMdf, Andrade LMd, Pinheiro AKB, Studart RMB. Influence of spirituality, religion and beliefs in the quality of life of people with spinal cord injury. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2015; 24:792-800.
- Matejkowski J, Lee S, Henwood B, Lukens J, Weinstein LC. Perceptions of Health Intervene in the Relationship Between Psychiatric Symptoms and Quality of Life for Individuals in Supportive Housing. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2013; 40(4):469-75.
- McGrath C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Quality of Life Research*. 2004; 13(4):813-18.
- Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004; 12:875-83.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Quality of life and health: a necessary debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5:7-18.
- Ministério da Fazenda. Marcas e reços de Venda a varejo de cigarros. [Internet]. 2016 [cited 27.03.2016]. Available from: <http://www.receita.fazenda.gov.br/DestinacaoMercadorias/ProgramaNacCombCigarroIllegal/MarcasProdFabricantes.htm>.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Gabinete do Ministro. Brasília, DF: 2011.
- Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília-DF: 2004.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Secretaria de Avaliação da Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, DF: 2009.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro Pop. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, DF: Gráfica e Editora Brasil LTDA; 2011.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Observatório: Crack, é possível vencer, [Internet]. 2016a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-referencia-especializado-assistencia-social.html>. Acesso em: 01 mar 2016.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). Observatório: Crack, é possível vencer, [Internet]. 2016b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-pop.html>. Acesso em: 01 mar 2016.

Modeneze DM, Maciel ÉS, Júnior GBV, Sonati JG, Vilarta R. Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. 2013; 18(6):387-99.

Mota D, Ribeiro MB. Calidad de vida en portadores de lesión medular con úlceras por presión. Enfermería Global. 2016; 15:13-21.

Moura IH, Nobre RS, Cortez RMA, Campelo V, Macêdo SF, Silva ARV. Quality of life of undergraduate nursing students. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016; 37.

Moura Jr JF, Ximenes VM, Sarriera JC. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. Revista de Psicología [Internet]. Santiago, Chile, 2013. 22(2):[18-28 pp.]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26430690003>. Acesso em: 15 abr 2016.

Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12:319-24.

National Alliance to End Homelessness. What is Housing First? [Internet]. 2006 [cited 17 mar 2016]. Available from: http://www.endhomelessness.org/page/-/files/1425_file_WhatIsHousingFirst_logo.pdf.

National Alliance to End Homelessness. The State of Homelessness in America: An examination of trends in homelessness, homelessness assistance, and at-risk populations at the national and state levels. Homelessness Research Institute. National Alliance to End Homelessness; 2015.

National Coalition for the Homeless. Share no more: the criminalization of efforts to feed people in need. A report by the National Coalition for the Homeless, [Internet]. Washington, DC, 2014. Disponível em: <http://nationalhomeless.org/wp-content/uploads/2014/10/Food-Sharing2014.pdf>. Acesso em: 15 jul 2016.

National Coalition for the Homeless. Homelessness in America: types of Homelessness. Building a movement to end homelessness [Internet]. Washington, DC, 2016. Disponível em: <http://nationalhomeless.org/about-homelessness/>. Acesso em: 13 abr 2016.

- Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008; 16:923-28.
- Notaro SJ, Khan M, Kim C, Nasaruddin M, Desai K. Analysis of the Health Status of the Homeless Clients Utilizing a Free Clinic. *Journal of Community Health*. 2013; 38(1):172-77.
- Novac S. Family Violence and Homelessness: A Review of the Literature. National Clearinghouse on Family Violence. Ottawa, Ontario: Public Health Agency of Canada,; 2006.
- O'Brien KK, Schuttke A, Alhakeem A, Donnelly-Swift E, Keogh C, O'Carroll A et al. Health, perceived quality of life and health services use among homeless illicit drug users. *Drug & Alcohol Dependence*. 2015; 154:139-45.
- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005; 33(4):307-14.
- Oliveira MR, Orsini M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*. 2008; 17(3).
- Oviedo HC, Arias AC. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 34(4):572-80.
- Palepu A, Hubley AM, Russell LB, Gadermann AM, Chinni M. Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: A multi-site focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012; 10:93-93.
- Pathways National. Housing First Model: doing more with less. Pathways to House; 2016 [updated; cited 07 mar 2016] Available from: <https://pathwaystohousing.org/housing-first-model>.
- Pedro LMR, Pais-Ribeiro JL. Psychometric characteristics of the instruments used to assess quality of life in multiple sclerosis: a literature review. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2008; 15:309-14.
- Pereira AL. Influencia da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos [Especialização]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. p.
- Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. 2012; 26:241-50.
- Perlman J, Parvensky J. Denver Housing First Collaborative: Cost Benefit Analysis and Program Outcomes Report. Colorado Coalition for Homeless, [Internet]. Denver, CO, 2006. Disponível em: http://denversroadhome.org/files/FinalDHFCCostStudy_1.pdf. Acesso em: 02 abr 2016.
- Persson K, Olin E, Östman M. Oral health problems and support as experienced by people with severe mental illness living in community-based subsidised housing – a qualitative study. *Health & Social Care in the Community*. 2010; 18(5):529-36.
- Petersen M, Parsell C. Homeless for the first time in later life: an Australian study. *Housing Studies*. 2014; 30(3):24.
- Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDRD, Camolesi E, Holcman MM, Grecco JP et al. Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014; 17:341-54.
- Pleace N, Bretherton J. The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness. [Internet]. 2013 [cited 03 mar 2016]. Available from: https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2013/np_and_jb.pdf.
- Prefeitura de Goiânia. Casa de Acolhida Cidadã. Goiânia: Secretaria Municipal de Assistência Social - SEMAS; 2016 [updated; cited 02/03/2016] Available from: <http://www4.goiania.go.gov.br/portal/site.asp?s=782&m=2949>.

- Prefeitura de Limeira. III Censo da População em Situação de Rua: Primeiro Semestre de 2015. Centro de Promoção Social Municipal, 2015. Disponível em: <http://www.ceprosom.sp.gov.br/portal/wp-content/uploads/2015/04/Censo-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-2015.pdf>. Acesso em: 17 mar 2016.
- Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Casa Civil. Brasília, DF: 1988.
- Presidência da República. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Centro de Documentação e Informação. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990.
- Presidência da República. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Casa Civil. Brasília, DF: 2009.
- Presidência da República do Brasil. Política nacional para inclusão social da população em situação de rua. Brasília, DF: 2008.
- Programa Cidades Sustentáveis. Programa para Redução de Moradores de Rua em Helsinki. 2016. Disponível em: <http://www.cidadessustentaveis.org.br/boas-praticas/programa-para-reducao-de-moradores-de-rua-em-helsinki>. Acesso em: 01 ago 2016.
- Riley ED, Moore K, Sorensen JL, Tulsy JP, Bangsberg DR, Neilands TB. Basic Subsistence Needs and Overall Health Among Human Immunodeficiency Virus-infected Homeless and Unstably Housed Women. *American Journal of Epidemiology*. 2011; 174(5):515-22.
- Rocha FCV, Paz LI, Nery NKB, Almeida GMB, Rocha LPV, Carvalho ML. Profile of Elderly patients admitted to the hospital emergency. *Rev Enferm UFPI*. 2014; 3(3):32-38.
- Rodrigues NO, Neri AL. Social, individual and programmatic vulnerability among the elderly in the community: data from the FIBRA Study conducted in Campinas, São Paulo, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17:2129-39.
- Roebuck B. Homelessness, victimization and crime: knowledge and actionable recommendations. City: University of Ottawa; 2008 [cited 11 mar 2016]. Available from: <http://homeless.samhsa.gov/ResourceFiles/Homelessness,%20Victimization%20and%20Crime%20-%20Knowledge%20and%20Actionable%20Recommendations.pdf>.
- Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev latinoam enferm*. 2005; 13(4):576-82.
- Ruivo MA, Alves MC, Bérzin MdGR, Bérzin F. Prevalence of pain at the head, face and neck and its association with quality of life in general population of Piracicaba city, Sao Paulo: an epidemiological study. *Revista Dor*. 2015; 16:15-21.
- Rusa SG, Peripato GI, Pavarini SCI, Inouye K, Zazzetta MS, Orlandi FdS. Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014; 22:911-17.
- Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Nunes DP, Brasil VV. Calidad de Vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global* [Internet]. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/clinica1.pdf>. Acesso em: 13 abr 2016.
- Sarajlija M, Jugović A, Živaljević D, Merdović B, Sarajlija A. Procena zdravstvenog stanja i kvaliteta života beskućnika u Beogradu. *Vojnosanit Pregl*. 2014; 71(2):167-74.

- Save the Children. 320,000 Children Homeless in Nepal. 2015. Disponível em: <http://www.savethechildren.org/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=8rKLIXMGIpI4E&b=9241341&ct=%2014637607>. Acesso em: 17 jul 2016.
- SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA CIDADE DE SÃO PAULO. Levantamento censitário e a caracterização socio-econômica da população moradora de rua na cidade de São Paulo. Secretaria de Assistência Social - SAS. São Paulo-SP: 2003.
- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, DF: 2013.
- Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social. Proteção Social Especial: Serviço de Acolhimento em Repúblicas. 2016. Disponível em: <http://www.social.mg.gov.br/images/stories/subas/acolhimento-republicas.pdf>. Acesso em: 22 fev 2016.
- Seidl EMF, Zannon CMLC. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20:580-88.
- Shapcoot M, Blickstead R, Gardner B, Roche B. Precarious Housing in Canada. Wellesley Institute. Toronto, ON: 2010.
- Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde em Debate. 2015; 39:246-56.
- Silva SdA, Lucena KDTd, Deininger LdSC, Coelho HFC, Vianna RPdT, Anjos UUd. Analysis of domestic violence on women's health. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano. 2015; 25:182-86.
- Silveira ALSS, Blay SL. Homeless adolescent mothers: a systematic review of the literature. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2010; 32:03-15.
- Silveira Cd, Meyer C, Souza GRd, Ramos MdO, Souza MdC, Monte FG et al. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18:2001-06.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, Group W. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res. 2004; 13(2):299-310.
- Sonati JG, Vilarta R, Maciel ÉdS, Modeneze DM, Vilela Junior GdB, Lazari VO et al. Comparative analysis of quality of life of adult and elderly involved in the practice of regular physical activity. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2014; 17:731-39.
- Sotero M. Vulnerability and vulneration: street population, an ethical issue. Rev bioét (Impr). 2011; 19(3):799-817.
- Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly J, Sarang A et al. Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. PLoS ONE. 2015; 10(7).
- Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford University Press; 2008.
- TalkingDrugs. Radical change of approach gives hope to crack users in Sao Paulo. 2014. Disponível em: <http://www.talkingdrugs.org/radical-change-of-approach-gives-hope-to-crack-users-in-sao-paulo>. Acesso em: 10 mai 2016.

Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23:2555-64.

The Lancet. Health of the homeless. *The Lancet*. 2014; 384(9953):1478.

Torchalla I, Li K, Strehlau V, Linden IA, Krausz M. Religious participation and substance use behaviors in a Canadian sample of homeless people. *Community Ment Health J*. 2014; 50(7):862-9. Epub 2014/02/08.

Tsai J, Rosenheck RA. Risk Factors for Homelessness Among US Veterans. *Epidemiologic reviews*. 2015; 37:177-95.

Tsemberis S, Kent D, Respress C. Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *Am J Public Health*. 2012; 102(1):13-6. Epub 2012/03/07.

Turnbull J, Muckle W, Masters C. Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*. 2007; 177(9):1065-66.

U.S. Department of Housing and Urban Development. Homelessness Prevention and Rapid Re-Housing Program,. 2016. Disponível em: <http://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/recovery/programs/homelessness>. Acesso em: 22 mai 2016.

United Nations. Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, Miloon Kothari. Commission on Human Rights. Geneva, Switzerland: United Nations; 2005.

United Nations. The Right to Adequate Housing. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Geneva, Switzerland: United Nations; 2009.

United Nations. Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing. United Nations Economic Commission for Europe. United Nation Publication; 2010.

United Nations. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context. General Assembly of Human Rights Council. Geneva, Switzerland: United Nations; 2015.

United States Interagency Council on Homeless. Fiscal Year 2013 Federal Government Homelessness Budget Fact Sheet. 2013. Disponível em: https://www.usich.gov/resources/uploads/asset_library/FY13_Budget_Fact_Sheet_final.pdf. Acesso em: 02 abr 2016.

Universidade Nova de Lisboa. Estratégia para auxiliar os Sem-abrigo na cidade de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: 2009.

Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(1):56-69.

Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Vazifeh L et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008–2010. *BMC Public Health*. 2014; 14(1):1-6.

Weller J. Vulnerabilidad, exclusión y calidad del empleo: una perspectiva latinoamericana. *Revista internacional de estadística y geografía* [Internet]. 2012. 3. Disponível em: http://www.inegi.org.mx/RDE/RDE_06/Doctos/RDE_06_Art6.pdf. Acesso em: 20 abr 2016.

- Whittaker E, Swift W, Flatau P, Dobbins T, Schollar-Root O, Burns L. A place to call home: study protocol for a longitudinal, mixed methods evaluation of two housing first adaptations in Sydney, Australia. *BMC Public Health*. 2015; 15(1):1-9.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHOQOL - Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance abuse. World Health Organization: 1997.
- WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995; 41:1403-09.
- WHOQOL GROUP. Steps for checking and cleaning data and computing domain scores for the WHOQOL-BREF. 1996a. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol86.html>. Acesso em: 12 out 2015.
- WHOQOL GROUP. WHOQOL BREF: INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESMENT. Genebra, 1996b. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Acesso em: 22 nov 2015.
- WHOQOL GROUP. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). Departamento de Psiquiatria, 1998a. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>. Acesso em: 15 out 2015.
- WHOQOL GROUP. WHOQOL User Manual. Programme on Mental Health. Division of Mental Health and prevention of substance abuse. Geneva: World Health Organization; 1998b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL - Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance abuse. World Health Organization: 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status report on alcohol and health. Data WLC-i-P. World Health Organization; 2014a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 - Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. Desenvolvimento PdNUpo. PBM Graphics, RRDonnelley; 2014b.
- Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012: des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *Insee Mesurer pour comprendre* Juillet, 2013; (1455).
- Zatta LT. Avaliação da qualidade de vida de portadores de marcapasso cardíaco artificial em Goiânia-Goiás [dissertação]. Goiânia-GO: Universidade Federal de Goiás; 2011. p.

APÊNDICES E ANEXOS

9. APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO I

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II

**STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING
DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF**

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<p>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYMSIS).</p> <p>(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased items	<p>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)</p> <p>(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<p>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.</p> <p>(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The ".6" in "MEAN.6" specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<p>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</p>
Delete cases with > 20% missing data	<p>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)</p> <p>(This command creates a new column "total". "Total" contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The "Q1 TO Q26" means that consecutive columns from "Q1", the first item, to "Q26", the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <p>SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE</p> <p>(This second command selects only those cases where "total", the "total number" of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

ANEXO III

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 1: 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)	



UNODC
Escritório das Nações Unidas
sobre Drogas e Crime

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 IV



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

Título 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/UFV: 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/UFV, 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/UFV (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-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

1/2



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



c) 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/UFG

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

2/2

APÊNDICE A

1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Número de Controle: _____; Data da Entrevista: ____/____/2015; Entrevistador: _____;

1	Iniciais do Nome:	INIC []
2	Qual seu Sexo: [1] Feminino; [2] Masculino	SEX []
3	Orientação Sexual: [1] Heterossexual; [2] Homossexual; [3] Travesti; [4] Transexual; [5] Bissexual	ORIEN []
4	Idade em Anos Completos:	IDADE []
5	Cidade e Estado de Nascimento:	NATAL []
6	Religião: [1] Sem religião; [2] Católica; [3] Protestante ou Evangélica; [4] Espírita; [5] Umbanda ou Candomblé; [6] Outra.	RELIG []
7	É praticamente de Religião: [0] Não [1] Sim	PRAT []
8	Cor da Pele: [1] Branca; [2] Negra; [3] Amarela; [4] Parda; [5] Indígena; [99] Não sabe	COR []
9	Estado Civil: [1] Casado/união consensual; [2] Solteiro; [3] Separado/ divorciado/desquitado; [4] Viúvo.	ESTCIV []
10	Profissão/Ocupação Principal:	PROF []
11	Atua na Profissão/Ocupação Principal? [0] Não [1] Sim	ATUA []
12	Renda: [1] Não possui Renda; [2] Carteira Assinada; [3] Autônomo/"Bicos"; [4] Doações; [5] Outros.	TIPREN []
13	Caso possua Renda, qual o valor mensal em Reais:	RENDA []
14	Você estudou até que série:	ESTUD []
15	Qual era o município/Estado da sua última residência fixa?	ULTRES []
16	Há quanto tempo você vive em Goiânia [Anos ou Meses ou Semanas]?	RESGO []
17	Procedência: [1] Casa da Acolhida; [2] Rua [3] Outro	PROC []
18	Caso tenha como Procedência a Casa da Acolhida: Quanto tempo na Instituição (em dias):	TPINST []
19	Caso tenha como Procedência a Casa da Acolhida: Como chegou à instituição: [1] Encaminhamento SEMAS; [2] Via Consultório de Rua; [3] Assistência Social de outros locais; [4] Por Amigos/Conhecidos; [5] Outros (qual): _____	CHINS []
20	Já ficou em outra casa de apoio? [0] Não; [1] Sim	OCASAP []
21	Qual o local que você costuma ficar (SETOR):	FICSET []
22	Qual local você costuma (ou costumava) dormir? [1] Rua; [2] Embaixo de Viadutos; [3] Praças; [4] Construções Abandonadas; [5] Terreno Baldio; [7] Casa da Acolhida/ONG; [8] Nunca dormiu na Rua; [9] Outro: _____	LDORM []
23	Tempo aproximado em situação de rua (dias, semanas, meses ou anos):	TRUA []
24	Você usa ou já usou alguma droga ilícita? [0] Não; [1] Sim; [99] Não sabe; [88] Recusou	DROG []
25	Caso use ou tenha usado alguma droga ilícita, quais delas? [1] Maconha; [2] Cocaína; [3] Crack; [4] Merla; [5] Pasta base; [6] Oxi; [7] Cola/solvente/tiner; [8] Lança perfume; [9] Outras (quais): _____	TIPDRO []
26	Nos últimos 6 meses, você teve dor de dente? [0] Não [1] Sim [99] Não sabe/não respondeu [88] Não se aplica (se a pessoa não tem nenhum dente há pelo menos seis meses)	
27	Frequência de consumo de bebida alcoólica: [1] Nunca consome [2] Todos os dias [3] Final de semana; [4] Durante a semana. [5] Parou de beber (quanto tempo): _____	FRALC []
28	Fuma cigarro tradicional: [1] Nunca fumou [2] SIM (cigarros por dia) _____; [3] Parou de fumar (quanto tempo): _____	FRSIG []
29	Já foi preso alguma vez: [0] Não; [1] Sim: motivo: _____; [99] Não sabe; [88] Recusou	PRES []
30	Já sofreu algum tipo de discriminação? [0] Não; [1] Racial; [2] Social; [3] Gênero ou Identidade Sexual; [4] Outra:	DISCR []

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Rua 227, Qd. 68 s/nº, S. Leste Universitário, CEP74605-080, Goiânia, Goiás.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado amigo (a),

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Marcos André de Matos; sou professor da FEN/UFG e pesquisador responsável. Minha área de atuação é Epidemiologia, prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis. 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: indivíduos em situação de rua: qualidade de vida e fatores associados

Estudo 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 / Telefone para contato:

Profº Marcos André de Matos / (62) 3209-6184 – (62) 8437-6296

Alcides Pereira Soares Neto (62) 8144-9907

Objetivo da pesquisa: O presente estudo tem como objetivo geral identificar a Qualidade de Vida em população em situação de rua, Goiânia-Goiás.

Condução do estudo: Você será orientado (a) sobre a importância, objetivos, ausência de 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 qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Sua participação será única, por um período aproximado de 20 minutos, 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, qualidade de vida e sobre sua saúde bucal. Em caso de dúvida no preenchimento do instrumento, o entrevistador permanecerá ao seu lado para os devidos esclarecimentos.

Informamos que os riscos sofridos serão mínimos, uma vez que a pesquisa se restringe ao uso de questionários. Também não haverão gastos financeiros de sua parte, ou remuneração pela participação na pesquisa.

Confidencialidade e período de participação: Sua participação se dará no período da entrevista. Se você consentir em participar do mesmo, as informações obtidas serão registradas em formulário próprio e serão mantidas em total sigilo por todo o período. Portanto, seu nome não constará nos formulários, registros ou publicações. Ainda, você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer tempo.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

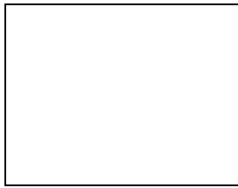
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, sob a responsabilidade do Profº Marcos André de Matos 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:



Nome e assinatura do Pesquisador Responsável _____

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: _____