

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LETÍCIA PEDROSO PIETROBON

ESTUDO COMPARATIVO DA ATENÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL E NO MUNDO

Porto Alegre

2018

LETÍCIA PEDROSO PIETROBON

ESTUDO COMPARATIVO DA ATENÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL E NO MUNDO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, como requisito básico para
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Renato José De
Marchi

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Pietrobon, Leticia Pedroso

Políticas Públicas de Saúde no Brasil e no mundo:
estudo comparativo da atenção em saúde bucal para
pessoas em situação de rua / Leticia Pedroso
Pietrobon. -- 2017.

70 f.

Orientador: Renato José De Marchi.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2017.

1. Saúde Coletiva. 2. Políticas Públicas de Saúde.
3. População em Situação de Rua. I. De Marchi, Renato
José, orient. II. Título.

À minha vó materna Rosa, que auxiliava pessoas pertencentes a comunidades em vulnerabilidade social ou em situação de rua por meio de projetos beneficentes de instituições religiosas. Além das instituições, essas pessoas quase sempre a procuravam em casa, e não somente para receberem mantimentos, mas para também serem ouvidos: dessa forma, tive o primeiro exemplo do que seria um acolhimento humanizado.

Ao ler essas palavras, pode-se imaginar que minha avó tinha propriedade do saber sanitário contemporâneo, quando na verdade, apenas sabia ler e escrever o seu nome. Ela tornou-se um exemplo para mim, e contribuiu consideravelmente para o início da minha vivência na temática da PSR.

AGRADECIMENTOS

À professora Aline Blaya Martins e ao meu orientador, Renato José De Marchi, ambos mestres que inspiram novas atitudes e que me oportunizaram o estudo e discussão dessa temática dentro da Faculdade de Odontologia.

À mestre e doutora em psicologia Rita de Cássia Maciazeki Gomes, a qual me auxiliou no aperfeiçoamento desse trabalho com sua vivência e saber.

À minha mãe Rosane, minha avó Rosa e minhas tias Ana e Jacira, heroínas que me deram apoio e incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço e pelo amor incondicional que me proporcionam.

Ao meu pai Luiz, meus avós Francisco, Lourdes e Basílio e meus irmãos Ben Hur, Leonardo e Paula, que de formas diferentes sempre me fizeram entender com muito amor que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Aos meus primos e tios pela contribuição valiosa na formação de quem hoje sou, assim como todos da minha família.

Às minhas colegas Brunna Taffarel, Eduarda Pereira, Jéssica Valer, Natasha Bueno, Renata Riffel e Taíse Simonetti, que fizeram parte da minha formação e que ao longo da trajetória deixaram de ser apenas companheiras de trabalhos para tornarem-se irmãs na amizade, que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

Aos meus irmãos de alma Allex Manzônia, Carolina Dalazen, Gabriela Bretos e Melissa Monteiro, obrigada por estarem sempre ao meu lado, na alegria e na dor.

Só engrandecemos o nosso direito à vida
cumprindo o nosso dever de cidadãos do
mundo.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Estima-se que haja cem milhões de Pessoas em Situação de Rua (PSR) no mundo. No Brasil, não temos o tamanho preciso dessa população, já que a PSR não é incluída nos censos demográficos. Hoje a PSR pode ter acesso ao Sistema Único de Saúde pelo Programa Consultório na Rua, pelas Unidades de Saúde e pelas Unidades de Pronto Atendimento, mas ainda tornam-se visíveis alguns desafios: a Pesquisa Nacional sobre a PSR revelou que 18,4% da PSR já foi impedida de receber atendimento na rede de saúde. Conhecer e comparar a atenção em saúde voltada à PSR brasileira com a de outros países nos permite avaliar a resolutividade das políticas internacionais frente a problemas na rede de atenção, e compreender de que forma os diversos contextos econômicos, sociopolíticos e culturais impactam na proteção social e na assistência a esse segmento social. Identificar aspectos que possam ser reorganizados na rede de atenção torna possível a proposta de mudanças que poderiam favorecer o planejamento e gerenciamento dos recursos, para a construção de uma atenção básica à PSR mais eficaz e eficiente, que atingiriam melhores resultados na saúde dessas pessoas com o mínimo de recursos. A pesquisa foi conduzida a partir de documentos de sites de Organizações de Saúde internacionais e a análise das informações foi compilada de acordo com a divisão geopolítica dos continentes utilizada pela Organização Mundial de Saúde, analisando os países mais populosos das regiões ou que os resultados apresentaram maior relevância política no assunto. Os resultados foram categorizados em itens conceituais afins, comparados e analisados entre si. Tais itens auxiliaram a definir domínios conceituais, integrados em uma teoria geral de políticas à PSR. Em nível continental, apenas a Europa busca soluções políticas e possui dados epidemiológicos da PSR. A região do Pacífico Ocidental apontou dados e políticas de saúde de uma PSR emergente - composta por refugiados e vítima de catástrofes naturais – estando voltadas para o desenvolvimento de sistemas de saúde resistentes ao clima através de sistemas de alerta precoce e prestação de serviços preventivos e curativos. A região do Mediterrâneo Oriental identificou a PSR decorrente dos conflitos políticos. Europa, Canadá e EUA buscam políticas de habitação saudáveis, utilizando a abordagem de *Housing First* (primeiro uma moradia) para obter ganhos em saúde e sugerindo a mudança da acomodação institucional para assistência individualizada. Já é prevista a capacitação e a sensibilização de profissionais da saúde para diminuição das barreiras de acesso à saúde da PSR por políticas do Brasil e de outros países, como o Canadá, mas ainda assim, faltam ações que estejam de acordo com essas políticas. É possível que a desumanização da assistência prestada no Brasil e no mundo seja fruto da invisibilidade dessa população, que hoje tem sido mais evidenciada, e de um déficit na formação desse profissional de saúde: pouco se discute e pouco é o contato com a PSR dentro das universidades.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Política de Saúde Pública. Morador de Rua.

ABSTRACT

It is estimated that there are one hundred million homeless in the world. In Brazil, we don't have the precise size of this population, since the homeless population is not included in the demographic censuses. Today, the homeless people can access the health public system through the Consultório na Rua Program, Health Units and Emergency Care Units, but some challenges still remain: the National Survey about homelessness (2008) revealed that 18.4% of homeless people has already been prevented from receiving care in the health network. Knowing and comparing the health care to the brazilian homeless people with the health care for this population in other countries allow us to evaluate the resolve of the international policies towards problems in the care network, and to understand how the different economic, socio-political and cultural contexts impact on social protection and assistance to this social segment. Identifying aspects that can be reorganized in the care network makes possible the proposal of changes that could favor the planning and management of the resources, to the building of a basic care for the homeless people most effective and efficient, that would achieve better health outcomes for these people with minimum of resources. The research was conducted from documents of international health organizations sites and the analysis of informations was compiled according to the geopolitical division of the continents used by the World Health Organization, analyzing the most populous countries of the regions or countries that the results presented greater political relevance in the subject. The results were categorized into related conceptual items, compared and analyzed among themselves. These items helped to define conceptual domains, integrated in a general policy theory to the homelessness. At the continental level, only Europe seeks political solutions and has homelessness epidemiological data. The Western Pacific region pointed to health data and policies of an homeless emerging people - comprised of refugees and victims of natural disasters - focused on the development of climate-resilient health systems through early warning systems and provision of preventive and curative services. The Eastern Mediterranean region identified the homeless people as a result of political conflicts. Europe, Canada, and the United States seek healthy housing policies, using the Housing First approach for obtain health gains and suggesting a shift from institutional accommodation to individualized care. The training and the awareness of health professionals are already foreseen to reduce the barriers to access to health of the homeless people by policies of Brazil and other countries, such as Canada, but still lack actions that are in accordance with these policies. It is possible that the dehumanization of care provided in Brazil and in the world is the result of the invisibility of this population, which has been more evident today, and of a deficit in the training of this health professional: there is little discussion and little contact with the homeless people in the universities.

Key words: Homelessness. Health Policy. Homeless people. Street people.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CONGEMAS	Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social
CnaR	Equipes Consultório na Rua
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
FEANTSA	Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (Federação Europeia de Organizações Nacionais que trabalham com os Sem-teto)
HCH	<i>Health Care for the Homeless</i> (Cuidados de saúde para os sem-abrigo)
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSR	População em Situação de Rua
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
STP	Saúde em Todas as Políticas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UE	União Europeia
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
US	Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	METODOLOGIA.....	13
3	AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PSR NO BRASIL.....	15
4	AS BARREIRAS NO ACESSO À SAÚDE PARA A PSR NO BRASIL E NO MUNDO.....	24
4.1	ÁFRICA.....	24
4.2	CANADÁ.....	25
4.3	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA.....	25
5	AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PSR NO MUNDO.....	26
5.1	ÁFRICA.....	26
5.2	AMÉRICA.....	30
5.3	EUROPA.....	38
5.4	MEDITERRÂNEO ORIENTAL.....	42
5.5	SUDESTE ASIÁTICO.....	45
5.6	PACÍFICO OCIDENTAL.....	49
6	ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE DA PSR NO BRASIL E NO MUNDO.....	52
7	DISCUSSÃO.....	55
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS.....	62
	ANEXO A - ANEXO A – MAPA ILUSTRATIVO DA DIVISÃO GEOPOLÍTICA DAS REGIÕES SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.....	69
	ANEXO B - OS PROBLEMAS CLÍNICOS MAIS COMUNS JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	70
	ANEXO C – ALGUMAS BARREIRAS PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PSR NO BRASIL.....	71
	ANEXO D – GRÁFICO SOBRE A EVOLUÇÃO DA POBREZA E DA INDIGÊNCIA NA AMÉRICA LATINA, 1980-2015.....	72
	ANEXO E – INDICADORES DE POBREZA E INDIGÊNCIA DA AMÉRICA LATINA.....	73

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a População em Situação de Rua (PSR) como uma população heterogênea com múltiplas morbidades e mortalidade prematura (WRIGHT; TOMPKINS, 2005). No Brasil, essa população é semelhantemente definida como um grupo populacional heterogêneo em condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos/fragilizados e falta de habitação convencional regular, que utiliza a rua e unidades de acolhimento como espaço de moradia e sustento, temporária ou permanentemente (ENCONTRO NACIONAL SOBRE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2006).

A Organização das Nações Unidas (ONU) estimou que houvesse cem milhões de pessoas em situação de rua no mundo (UNITED NATIONS, 2005) e no Brasil, a Pesquisa Nacional sobre a PSR revela que atualmente a PSR não é incluída nos censos demográficos brasileiros, fundamentalmente porque a coleta de dados dos censos é de base domiciliar, como afirma o Sumário Executivo da Pesquisa Nacional sobre a PSR (BRASIL. MDSCF, 2008).

Buscando quantificar e permitir a caracterização socioeconômica dessa população, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a PSR no período de agosto de 2007 a março de 2008, que identificou 31.922 adultos em situação de rua. Ainda que seja um número elevado, estima-se que essa população seja ainda maior em todo o território brasileiro: além dessa pesquisa não ter incluído crianças nessa condição, não foram incluídas a PSR das capitais de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, por estarem realizando ou terem realizado em anos recentes pesquisas semelhantes. Cabe considerar que essas pesquisas foram realizadas em momentos distintos e seguindo metodologias diversas, e por isso não é possível estimar o tamanho total da PSR no país apenas somando-se os resultados das diferentes pesquisas (BRASIL. MDSCF, 2008).

Segundo a Federação Europeia de Organizações Nacionais que trabalham com os Sem-teto (2006), as respostas políticas para a PSR no mundo foram mudando rapidamente durante a última década. Em muitos países - na América do Norte e Austrália, bem como na Europa - as abordagens para combater falta de moradia mudaram de lidar com a crise imediata para focar na reabilitação e reassentamento, e daí para abordagens mais recentes visando à prevenção, e a

resposta política para as desigualdades na saúde se desenvolveram no âmbito das políticas de inclusão social (ANDERSON, 2006).

De acordo com os princípios doutrinários de universalidade e de equidade - presentes na lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território brasileiro - toda a população, sem exceções, possui o direito e o acesso em todos os níveis de assistência à saúde no Brasil, e deve-se priorizar a oferta aos grupos que enfrentam maiores riscos, realizando uma discriminação positiva (BRASIL, 1990).

Atualmente, a PSR pode ter acesso ao SUS não só pelo Programa Consultório na Rua (CnaR) como também por meio das Unidades de Saúde (US) e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Além disso, a portaria nº 940/2011 dispensa aos ciganos, nômades e pessoas na condição de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS, para facilitar o acesso desses segmentos à saúde (BRASIL, 2011 d). Ainda assim, há diversas barreiras na assistência à PSR, e tornam-se visíveis alguns desafios: a Pesquisa Nacional sobre a PSR revelou que 18,4% da PSR já foi impedida de receber atendimento na rede de saúde (BRASIL. MDSCF, 2008).

Nesse contexto, surge a necessidade de conhecermos as políticas de proteção social e de saúde pública de outros países, de avaliar a resolutividade dessas frente a problemas na rede de atenção e de assistência à PSR, e então, comparar com as políticas brasileiras, para que possam despontar propostas de mudanças nas políticas de saúde públicas para a PSR brasileira que as tornem mais efetivas.

Esse estudo possui uma abordagem qualitativa, que fará uma análise comparativa da estruturação, da resolutividade e do contexto histórico das políticas públicas de saúde à PSR desenvolvidas no Brasil e no mundo por meio da técnica de análise documental.

Rever e comparar tais realidades globais, bem como analisar as informações adquiridas pode auxiliar na eclosão de propostas e sugestões que poderiam ser úteis ao aprimoramento das Políticas nacionais voltadas a PSR, causando um impacto positivo na resolutividade dos serviços assistenciais prestados a esse segmento no Brasil.

2 METODOLOGIA

A análise documental - ou análise de informação, como também é chamada - seria a transformação ou a conversão da informação documental. Compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim, sendo método - porque pressupõe o ângulo escolhido como base de uma investigação - e técnica - porque é um recurso que complementa outras formas de obtenção de dados, como a entrevista e o questionário (SANCHEZ DÍAZ; VEGA VALDÉS, 2003). As fontes de análise poderão ter origem primária - de documentos que não foram reunidos, organizados e analisados previamente - ou secundária - de documentos que utilizam dados previamente estudados (DUARTE; BARROS, 2009).

Foram coletadas informações sobre as políticas públicas voltadas à PSR em documentos de origem secundária - adquiridos por relatórios técnicos científicos considerados autênticos (não fraudados), contemporâneos ou retrospectivos - disponibilizados em websites de Organizações mundiais e disponíveis em inglês, português ou espanhol.

A pesquisa qualitativa seria um processo de reflexão e análise da realidade por meio de métodos e técnicas que auxiliem na compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação. Esse processo foi realizado tendo como referência a literatura pertinente ao tema, as observações próprias do conteúdo explorado e a análise dos dados, sendo apresentados de forma descritiva (OLIVEIRA, 2007).

Essa análise teve como princípio a leitura e a classificação dos documentos e legislação em categorias, domínios e teoria, através de um processo de leitura e escrita de memorandos e reflexões teóricas, utilizando os referenciais apresentados nas próprias legislações, bem como, na literatura contemporânea relevante com a temática de PSR. Este processo foi auditado por um pesquisador expertise em pesquisa qualitativa.

De acordo com essa abordagem, a análise do conteúdo transpôs três etapas: a pré-análise - na qual se fez uma leitura sistemática com o fim de avaliar quais documentos seriam mais promissores para a análise do problema em questão - a exploração do material - momento em que foi feita a análise propriamente dita, com a confecção de memorandos e fichas de leitura - e o tratamento dos resultados, em

que os resultados brutos receberam a visão do pesquisador, tornando-se a análise da informação (GODOY, 1995).

A análise das informações foi compilada de acordo com a divisão geopolítica dos continentes - África, América, Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental – utilizada pela Organização Mundial de Saúde (anexo A) e, dada uma abordagem humana, foram considerados ainda aspectos socioeconômicos e culturais dessas regiões, subdividindo-as em alguns casos e analisando mais criteriosamente os países mais populosos desses segmentos. Fundamentalmente, a partir da análise dessas informações, foi elaborada uma derivação de categorias analíticas destas políticas. Essa derivação é um processo de segmentação das informações em itens conceituais afins, a serem analisadas em partes, e estas comparadas tendo-se como referência os diferentes países, e depois continentes.

Uma vez analisadas em categorias, estas serviram de material para definição de domínios conceituais, os quais também foram comparados utilizando como referencial as diferenças entre países e continentes. Por fim, elaborou-se uma integração desses domínios em uma teoria geral das políticas voltadas à PSR, em termos globais.

3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PSR NO BRASIL

O relatório sobre o Primeiro Encontro Nacional sobre a PSR no Brasil revelou dificuldades, desafios e estratégias para vencer as barreiras no acesso à saúde da PSR. Foi ressaltada a necessidade de não só o Estado como a sociedade se fazerem presentes na formulação, na implantação e no controle das políticas públicas, e da importância do enfrentamento da questão com a integração intersetorial, pois a área da assistência social sozinha não é capaz de dar conta das demandas desse público, fazendo-se necessário o trabalho conjunto com as demais políticas públicas. Destacou como possível avanço a tentativa de desenvolvimento de um trabalho inter-relacionado entre os órgãos da esfera municipal, envolvendo as secretarias da Assistência Social, Saúde, Habitação, Trabalho, entre outras poderia representar um avanço nas ações voltadas à PSR (ENCONTRO NACIONAL SOBRE A PSR, 2006).

Foram citadas também as dificuldades na adequação dos serviços de saúde à realidade da PSR, considerando a dificuldade de relacionamento com a política de saúde desenvolvida em nível local, devido à falta de uma definição clara dos papéis de cada serviço; o baixo grau de envolvimento do restante da população no enfrentamento do problema; e o baixo padrão de qualidade dos serviços prestados à PSR pela rede conveniada na área (ENCONTRO NACIONAL SOBRE A PSR, 2006).

Foi observado pelos entrevistados no I Encontro Nacional sobre a PSR que o perfil apresentado pelos trabalhadores das ONGs é mais adequado para prestar atendimento às pessoas que se encontram em situação de rua, do que os funcionários públicos. Segundo eles, funcionários públicos, salvo exceções, não demonstram muito gosto pela função, devido à sua peculiar situação de servidores concursados, detentores de estabilidade (ENCONTRO NACIONAL SOBRE A PSR, 2006).

Como desafios, foram relatados no documento a alta incidência de pessoas na rua que apresentam alguma dependência química e transtorno mental; a falta de garantia de moradia e inclusão produtiva às pessoas que abandonam as ruas; a insuficiência de vagas na rede própria de albergues e abrigos e a questão da "itinerância". Pontuaram a urgência em realizar um trabalho mais integrado com a área da saúde, para que possa dar conta dos inúmeros episódios de sofrimento psíquico, associados ao uso de álcool e outras drogas, tuberculose e AIDS; a falta

de recursos financeiros para reforma e manutenção de serviços próprios; e o crescimento do número de pessoas com deficiência em situação de rua (PRIMEIRO ENCONTRO NACIONAL SOBRE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2006).

Entre os desafios relativos à reinserção social, foi ressaltada a questão da inclusão produtiva, ponderando que, atualmente, apesar de existirem muitos cursos e capacitações, não se consegue produzir a inclusão do usuário no mercado de trabalho. Foi referida a importância de serem criadas casas de reintegração social que, além de darem conta da necessidade de moradia, sejam aptas a trabalhar as questões relacionadas ao reatamento dos vínculos familiares, oferta de tratamento para drogadição e geração de oportunidades de trabalho. Não basta garantir moradia sem proporcionar condições de sustentabilidade às pessoas, de forma que a grande estratégia apontada foi a criação de projetos de geração de renda voltados para a inserção dos moradores de rua no mercado de trabalho. Surge então a ideia de implantar um programa de inclusão da PSR no mercado de trabalho e garantir que os cursos profissionalizantes oferecidos sejam acompanhados de uma bolsa-auxílio, e também em ofertar serviços voltados para o tratamento do alcoolismo específicos para os moradores de rua (ENCONTRO NACIONAL SOBRE A PSR, 2006).

Após a Pesquisa Nacional da PSR, em 2007, a PSR é incluída na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, que tem como objetivo promover a equidade em saúde. A Política prevê a promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniquidades em saúde nos níveis loco-regionais, a sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde (com a produção de material informativo), para o controle social e para a educação em saúde e a ampliação do acesso às populações vulneráveis, dentre elas, a PSR (BRASIL. MS, 2007). Em 2011, a Portaria nº 2979 fortalece essa política e dispõe recursos aos Estados e ao Distrito Federal para execução dessas ações (BRASIL. MS, 2011 b).

Na tentativa de orientar a construção e a execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, em 2009 foi criada a Política Nacional para Inclusão Social da PSR e, junto a esta, o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, composto por oito membros titulares da sociedade civil e oito do governo e com a finalidade de avaliar e monitorar essas políticas (BRASIL, 2009).

No âmbito da saúde, também foram alcançadas conquistas em 2009: foi constituído o Comitê Técnico de Saúde para a PSR - composto de seis membros de órgãos e entidades públicas e cinco membros da sociedade civil - que possibilitou a posterior implantação de equipes CnaR e do Plano Operativo de para implementações em saúde da PSR (BRASIL, 2009).

Para a criação dessa política nacional, foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial, composto pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, e contou com o auxílio de representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR, que demonstra protagonismo do público-alvo com sua participação), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS). O documento destaca a importância de vínculos familiares para a reinserção social de pessoas em situação de rua, sendo estes considerados como célula base de políticas públicas ao segmento social em questão. Toda essa base é construída sob um conceito flexível de instituição familiar, considerando uma diversidade de arranjos (BRASIL, 2009).

Essa Política conjuga as ações municipais, estaduais e federais, que devem trabalhar em complementaridade para atender às demandas da população, buscando uma atuação interdisciplinar e intersetorial. O documento usa como referência os dados da Pesquisa Nacional de PSR de 2007, e define princípios e diretrizes para as políticas voltadas à PSR.

Baseados nesses princípios e diretrizes, o grupo de trabalho Interministerial sobre PSR assinalou propostas de ações para toda a sociedade brasileira, tanto para os gestores governamentais quanto para a sociedade civil, que devem estar detalhadas em programas, planos e projetos dos Ministérios e órgãos, contendo estratégias e mecanismos de operacionalização. Essas ações se dirigem a vários âmbitos, como de direitos humanos, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano/habitação, assistência social, educação, segurança alimentar/nutricional, saúde e cultura.

Em se tratando de trabalho, defendem ações que incluam a PSR como público-alvo prioritário na intermediação de emprego, na qualificação profissional e no estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada e com o setor público para

a criação de novos postos de trabalho. Além disso, citam ações que envolvem a promoção de capacitação profissional da PSR, bem como as que incentivam a inclusão produtiva e reserva de cotas de trabalho e a garantia de acesso a seus direitos trabalhistas e à aposentadoria, entre outras (BRASIL, 2009).

Para a questão habitacional da PSR, a política cita a importância da criação de alternativas de moradia nos projetos habitacionais financiados pelo Governo Federal, do desenvolvimento de uma política de Locação Social que contemple a possibilidade de estabelecimento de bolsas aluguel e/ou alternativas de moradia compartilhadas, entre outras semelhantes (BRASIL, 2009).

As ações relacionadas à assistência social citam a necessidade da estruturação de uma rede de acolhida, de acordo com a heterogeneidade e diversidade da PSR, reordenando práticas homogeneizadoras, massificadoras e segregacionistas na oferta dos serviços (especialmente albergues), da produção de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social acerca da PSR, da inclusão dessa população no Cadastro Único do Governo Federal (para subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas sociais), entre outras (BRASIL, 2009).

Com relação à saúde, a política defende a ação de promoção do direito à segurança alimentar e nutricional dessa população por meio de restaurantes populares. Ressalta a importância de ações que garantam atenção integral à saúde e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do SUS - com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, etc. (BRASIL, 2009).

Também é considerado relevante o fortalecimento de ações de atenção à saúde mental da PSR (em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas), facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I, II, III e AD), a instituição de instâncias de organização da atenção à saúde para a PSR nas três esferas do SUS e a inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de

Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades dessa população (BRASIL, 2009).

É citada a importância da divulgação do canal de escuta do usuário: Sistema Nacional de Ouvidoria, Disque-Saúde junto à PSR, bem como das demais instâncias de participação social, do apoio às iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares, em caso de alta hospitalar (para assegurar a continuidade do tratamento), do incentivo à produção de conhecimento sobre a temática saúde desta população e aos mecanismos de informação e comunicação, do apoio à participação nas instâncias de controle social do SUS e ao processo de mobilização junto aos movimentos sociais representantes dessa população e de considerar como um dos critérios da seleção de agentes comunitários de saúde a participação de pessoas que já estiveram ou estão atualmente na condição de rua (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, trata da rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias e tem como um de seus principais objetivos a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis. Por lei, a PSR tem direito de acesso à rede de atenção psicossocial não somente pela equipe de atenção básica, de emergência - como as UPAs - e hospitalar como pela equipe de atenção básica da equipe Consultório na Rua (CnaR) (BRASIL, 2011 c).

As equipes CnaR são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde que têm como objetivo articular e prestar atenção à saúde a esse segmento social. Foram implantadas de acordo com as diretrizes presentes na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, e podem ser compostas de enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. A composição de cada modalidade (I, II ou III) deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio (BRASIL, 2011 a).

No segmento referente a equipes de atenção básica para populações específicas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é mencionado que a responsabilidade pela atenção à saúde da PSR, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do SUS, com destaque especial para a atenção básica. Contudo, cita que, em situações específicas - com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna

atenção integral à saúde – lança-se mão das equipes dos CnaR (BRASIL. MS, 2012 a).

A Política esclarece que as equipes CnaR deverão realizar atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das US do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território: Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), CAPS, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL. MS, 2012 a).

Para os municípios/áreas que não tiverem CnaR, a ordem é que o cuidado integral da PSR deve continuar sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas. Para cálculo do teto das equipes dos CnaR de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à PSR, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo MS (BRASIL. MS, 2012 a).

Também em 2012, o MS publicou o Manual sobre o cuidado à saúde junto a PSR, composto por relatos de experiência de profissionais de saúde, uma lista dos problemas clínicos mais comuns na PSR (anexo B) - que citam algumas das particularidades que devem ser levadas em conta no atendimento para que este seja o mais adequado possível - e citações de importantes documentos que citam os direitos desse grupo, com o fim de capacitar os profissionais da atenção básica para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população. Esse documento compara o termo consolidado no Brasil para identificar essa população com o termo de outras línguas, expondo que o termo “em situação de rua” expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar (BRASIL. MS, 2012 b).

Nesse mesmo documento, é citado que a saúde bucal é uma das prioridades em saúde dessa população, e que uma das maiores críticas da promoção à saúde bucal tradicional estaria relacionada à sua abordagem estreita, e segmentada, que desenvolve programas separadamente às outras iniciativas de saúde (BRASIL. MS, 2012 b).

O documento elucidava que se tratando da PSR, faz-se fundamental ter a abordagem e o acolhimento para a produção do cuidado, já que esta é historicamente marcada por um processo de exclusão dos serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde e os demais usuários, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde. Quando muito, a PSR apenas é atendida nas emergências que são, em sua maioria, distantes, inacessíveis ou requerem longas esperas, que podem significar perda de refeições ou acesso a abrigo (BRASIL. MS, 2012 b).

O Ministério da Saúde atua sob a estratégia de redução de danos, que tem como foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas. Essa estratégia é desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde (BRASIL. MS, 2012 b).

O Manual faz um planejamento das ações da Equipe CnaR baseado no diagnóstico situacional, que utiliza informações colhidas em território, tais como: locais de maior concentração e faixas etárias da PSR, fluxos de trânsito vinculados aos horários associados à alimentação, ao sono, presença de policiamento e tráfico/consumo de drogas, detectando também as áreas críticas de violência, de demandas de saúde - avaliando a coexistência de transtornos mentais sem tratamento - de prostituição e de abuso de substâncias. Com base nessas informações, a equipe CnaR reconhece as especificidades das subáreas identificadas no território, com fluxo e perfil diferenciados, nas quais os processos de trabalho devem ser focados, gerando práticas orientadas às demandas de cada uma das realidades observadas (BRASIL. MS, 2012 b).

Em 2014, apesar de ter sido criado o Manual sobre o cuidado junto à PSR em 2012, os atores que defendem os direitos da PSR sentiam a necessidade da criação de um material educativo e informativo que abordasse as especificidades, a importância da participação social na efetivação dos direitos e da cidadania e que sensibilizasse gestores e profissionais de saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde junto a esses criou a Cartilha de Saúde da PSR: Um direito Humano (BRASIL. MS, 2014).

A Cartilha de Saúde da PSR (2014) explica de forma clara todo o contexto sociopolítico em que cada conquista por direitos à saúde e humanos da PSR se insere, e tem como objetivo expor diretrizes, estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a PSR, além de ser uma tentativa de combater o preconceito em relação a essa população no SUS e garantir seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado (BRASIL. MS, 2014).

Esse documento traz conteúdo produzido pela PSR (poemas), o contexto histórico da origem desse segmento social e da luta por seus direitos, bem como as conquistas e desafios ainda a serem enfrentados para melhores condições de vida da PSR, como o combate à violência contra o grupo, por exemplo (BRASIL. MS, 2014).

A Cartilha traz que, nas últimas décadas, a PSR ganhou mais visibilidade e conquistou diversos avanços, e que a PSR será incluída na contagem oficial por parte do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no Censo de 2020, que já está integrada no Programa Minha Casa Minha Vida e que foi instituído o Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da PSR. Destacam a importância que as políticas públicas direcionadas à PSR sejam intersetoriais para terem maior chance de sucesso e exemplificam citando que seria fundamental que as Políticas Públicas de Saúde para esse público estejam articuladas com as de Assistência Social (BRASIL. MS, 2014).

Contudo, alguns dos maiores desafios à melhoria do acesso aos serviços de saúde não estão somente vinculados à formulação de políticas públicas: os atores que defendem os direitos da PSR mencionam que o caminho para estender o acesso não se restringe à ampliação da quantidade de equipes CnaR e de CAPS, mas sim com o fim do preconceito contra a PSR entre os profissionais de saúde e com o fortalecimento do Controle Social: acreditam que a presença de representantes do Movimento da População de Rua nos conselhos de saúde e a criação de Comitês Técnicos Estaduais ou Municipais de Saúde da PSR são iniciativas que promovem a participação social, e certamente contribuem para o aperfeiçoamento do atendimento (BRASIL. MS, 2014).

Ativo entre 2012-2015, o Plano Operativo para Implementação de ações em saúde da PSR apresenta ações e estratégias para orientar a intervenção do SUS no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em questão, baseado nos princípios e diretrizes estabelecidos na

Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Visa garantir o acesso aos serviços de saúde e melhorar o nível e os indicadores de saúde dessa população por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades - gênero, idade, raça/cor, etnia, orientação religiosa e sexual - decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida - falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada/insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc. (BRASIL. MS, 2012 c).

O documento foi dividido em cinco eixos de ação/estratégia para a resolução do problema da dificuldade de acesso da PSR à atenção à saúde, que serviram de base para outros documentos informativos de ações, como a Cartilha da Saúde da PSR: Um direito humano (2014), citada anteriormente (BRASIL. MS, 2014).

4 AS BARREIRAS NO ACESSO À SAÚDE PARA A PSR NO BRASIL E NO MUNDO

Como foi citado anteriormente, a Pesquisa Nacional sobre a PSR revelou que 18,4% da PSR já foi impedida de receber atendimento na rede de saúde (BRASIL. MDSCF, 2008).

O Manual sobre o cuidado à saúde junto a PSR (2012) expõe diversas barreiras na assistência à saúde dessa população (anexo C), dentre elas a falta de vagas suficientes de psiquiatria e a dificuldade no acesso a vagas em leitos de urgência em hospitais gerais. São citadas ainda as dificuldades na dispensação de medicamentos para quem não pode absolutamente comprá-los, e o fato de muitos profissionais de saúde - alheios à realidade da PSR – prescreverem medicamentos inexistentes na rede e de alto custo. Além das US tradicionais não terem o costume de atender moradores de rua, o SAMU - por considerar um problema social - muitas vezes tem dificuldade em atender pacientes que julgam ser em situação de rua (BRASIL. MS, 2012 b).

4.1 ÁFRICA

A PSR enfrenta barreiras no acesso à saúde não somente no Brasil como em outros países: Seager e Tamasane (2010) afirmam - com base em estudo qualitativo para avaliar características de saúde, comportamentos de risco e acesso à saúde da PSR na Cidade do Cabo, Gauteng, Mpumulanga e Limpopo - que há poucos dados sobre o estado de saúde da PSR na África do Sul, que os esforços preventivos deveriam ser aumentados e faz-se necessária uma atenção especial para diagnosticar e gerenciar doenças crônicas. Segundo o estudo, a maioria das organizações que prestam serviços a essa população auxiliam no processo de saúde atendendo às necessidades básicas de comida e abrigo, e quando há uma demanda de maior urgência, o indivíduo é encaminhado para centros de saúde estaduais, como clínicas e hospitais do dia, tratando ferimentos leves e condições de pele, tais como piolhos e sarnas, e auxiliando no tratamento de doenças como a tuberculose.

A amostra desse estudo incluiu 942 adultos e 305 crianças, e 88% eram do sexo masculino. Quanto ao acesso aos serviços de saúde, todas as pessoas jovens e adultas na condição de rua relataram que podiam acessar os serviços de saúde, e

a maioria estava satisfeita com o tratamento que receberam: 25,3% dos adultos fizeram uso do serviço de clínicas e hospitais públicos e 11,2% se sentiram insatisfeitos com o tratamento recebido. 14,8% das crianças fizeram uso dos mesmos serviços e 6,8% se sentiram insatisfeitas com o tratamento. Quanto a cuidados de saúde prestados diretamente nos abrigos, apenas 1,1% dos entrevistados receberam esses serviços, e 10% desses se sentiram insatisfeitos com tratamento recebido. Também foi mencionada no estudo a preocupação com o fato de poucos entrevistados terem mencionado o uso de serviços odontológicos (1,3%), já que a literatura indica que a cárie dentária é um problema comum para a PSR (SEAGER; TAMASANE, 2010).

4.2 CANADÁ

O relatório sobre a saúde da PSR do Canadá da Organização sem fins lucrativos “Saúde de rua” revela que mais de metade da PSR do país não tem um médico de família, o que dificulta o acesso à saúde, que mais de um quarto dessas pessoas foram recusadas a cuidados de saúde por não ter o cartão de saúde (OHIP), que mais de um terço desse segmento sentiu que tinha sido julgado injustamente ou tratado com desrespeito por um profissional de saúde e que um em cada cinco teve uma experiência negativa em hospitais (STREET, 2007).

4.3 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Nos Estados Unidos, um Baggett et al (2010) revelou - em estudo sobre a prevalência e preditores de necessidades não atendidas em uma amostra nacional de adultos sem-teto - que 73% dos entrevistados relataram pelo menos uma necessidade de saúde não atendida, incluindo a incapacidade de obter cuidados médicos ou cirúrgicos necessários (32%), medicamentos prescritos (36%), cuidados de saúde mental (21%), óculos (41%) e atendimento odontológico (41%). Nesse estudo foram analisados os dados de 966 entrevistados da pesquisa nacional de adultos sem-teto, uma amostra que representa mais de 436.000 indivíduos a nível nacional.

5 A ATENÇÃO EM SAÚDE PARA A PSR NO MUNDO

5.1 ÁFRICA

Na busca por políticas internacionais de saúde para a população em questão nos estados membros da OMS da África, não foram encontradas, assim como dados estatísticos para a PSR. Os dois relatórios regionais de saúde dos países membros da OMS existentes (2006 e 2014), buscam estratégias que tenham resultados imediatos, com maior enfoque nas doenças transmissíveis - como a epidemia de ebola no país, malária e HIV. O foco de ambos também é a cobertura de saúde: os principais desafios para melhorias na saúde ainda incluem a ampliação do acesso aos serviços, reforço dos sistemas de saúde e ação eficaz sobre os determinantes ambientais da saúde. Elenca as ações que acreditam ser importantes e efetivas para que se alcance um acesso equitativo aos cuidados, citam a importância de dar atenção especial aos pobres e vulneráveis, mas as condições de pobreza estão generalizadas e não há ações específicas voltadas à PSR. Esses relatórios, portanto, procuram abordagens de fator de risco comum para prevenção e promoção à saúde, mas não consideram as particularidades necessárias para inclusão da PSR nas ações em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Atlas internacional de Estatísticas Africanas de 2016 não foram encontradas estatísticas para PSR. Nas estatísticas de determinantes sociais, 47% da população africana vive com um dólar/dia (2007-2013). Cita alguns programas e serviços realizados para melhorar os índices de saúde da população: HIV/AIDS, tuberculose, malária, imunização e vacinas, saúde da criança e do adolescente, saúde materna e do recém-nascido, gênero e saúde da mulher, saúde do idoso, doenças pandêmicas ou propensas à pandemia, doenças tropicais negligenciadas e condições e doenças não transmissíveis. Contudo, não é possível estimar que a porcentagem das pessoas que se beneficiam desses programas estão na situação de rua (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

5.1.1 ÁFRICA DO SUL

A província de Gauteng é a mais populosa da África do Sul, onde se encontra Joanesburgo (município mais populoso) e Pretória, sede de administração oficial:

governo, tribunais, presidência e parlamento, e sede do Poder Executivo (STATISTICS SOUTH AFRICA, 2011).

O Relatório sobre o Projeto “Caminhos sobre os sem-teto” do HSRC (2015) foi criado para compilar informações sobre pessoas atualmente e anteriormente na condição de sem-teto, sobre profissionais que lidam essas pessoas diariamente e de estudos de caso, com a finalidade de propor estratégias para prevenir e/ou reduzir o sem-abrigo na África do Sul. Nesse documento, sugere-se que pode haver de 100 mil a 200 mil pessoas de rua verdadeiramente sem-teto nos distritos urbanos e rurais do país, incluindo adultos e crianças e que existam cerca de 5000 indivíduos em situação de rua em Pretória, atual Tshwane (PATHWAYS, 2015).

O relatório de pesquisa e desenvolvimento de estratégia para a Cúpula dos Sem Abrigos em Tshwane (2015) distingue o perfil dos diversos segmentos que compõe essa população no município e esclarece que nos últimos dez anos, o perfil da PSR na África do Sul modificou consideravelmente: no *apartheid*, a migração rural para a urbana era contida, com o fim de conter a urbanização negra. O perfil da PSR na África do Sul até o início dos anos 90 era restrito a homens brancos de meia-idade com problemas de abuso de substâncias (HOMELESS SUMMIT, 2015).

Com as mudanças na legislação do *apartheid* no final dos anos 80 e 90, os padrões de migração para a cidade mudaram completamente e um número cada vez maior de pessoas de todas as idades, raças e sexos se viram morando nas ruas. A desinstitucionalização de pessoas com problemas de saúde mental de hospitais psiquiátricos contribuiu para um número crescente de PSR que viviam com problemas crônicos de saúde mental (HOMELESS SUMMIT, 2015).

Em periódico de revisão do Conselho de Pesquisa em Ciências Humanas da África do Sul (2015) foram citados alguns problemas para estimar a PSR em nível nacional, tendo como principal razão os diversos conceitos de “Sem teto” (continuidade e padrões de moradia), além da importância de considerar os condutores e os resultados da falta de moradia: fatores psicossocioeconômicos (abuso de substâncias, disfunção familiar e conflito, problemas de saúde física e afiliação criminal, pobreza, desemprego etc). Esses aspectos, bem como ter o número absoluto de PSR seria vital para o desenvolvimento das intervenções relevantes não somente na África do Sul como em outros países da África subsaariana. Infelizmente, esta revisão não aprofunda sobre os objetivos e ações do

Projeto, bem como não cita quaisquer política pública que possa ter sido desenvolvida à PSR a nível internacional (RULE-GROENEWALD, 2015).

Naidoo (2010) revela - em estudo baseado em documentos legislativos, políticos e técnicos gerados por departamentos governamentais - que as respostas políticas à PSR na África do Sul estão principalmente impulsionadas pelos setores de Habitação e Previdência Social, geralmente visando reduzir os problemas estruturais através de esquemas de habitação de transição e atualização informal de assentamentos, para reduzir o risco de ficar sem residência na rua, especialmente para as crianças, e reduzir a vulnerabilidade ao nível da família, da comunidade e da área, derrubando o fluxo de habitantes rurais deslocados.

The Homeless Summit (cúpula dos sem-teto) é um projeto colaborativo entre a Universidade de Pretória, a Universidade da África do Sul, a Cidade de Tshwane (antiga Pretória) e várias ONGs e comunidades de pessoas sem-teto com o objetivo de adotar uma estratégia para prevenir e reduzir o sem-abrigo das ruas através de respostas efetivas, adequadas e holísticas, abordando emergências e criando infraestrutura de longo prazo para quebrar o ciclo de sem-abrigo na cidade de Tshwane. Os processos que conduzem à Cúpula incluirão pesquisa e engajamento com a Política Tshwane de Sem Abrigo, e um dos principais objetivos da Cúpula, com base em conhecimento e dados gerados, é realizar um contrato social em que diferentes partes interessadas aceitem a responsabilidade pela implantação de políticas e estratégias para enfrentar o sem-abrigo da rua na cidade de Tshwane. Identificaram como prioridades: realizar pesquisas em andamento e disponibilizar informações confiáveis e atualizadas sobre essa população (a fim de informar os decisores políticos e facilitar a concepção, implementação, monitoramento e avaliação de estratégias), garantir uma infraestrutura institucional apropriada, melhorando oportunidades de trabalho para indivíduos atualmente e anteriormente sem-teto, criando diversas opções de habitação, que facilitem oportunidades de trabalho e garantam o uma infraestrutura psicossocial e de saúde adequada/acessível (HOMELESS SUMMIT, 2015).

O relatório sobre o fórum cita a importância de narrativas e definições de experts no processo de formulação de políticas, e também a dificuldade encontrada durante o evento na maneira múltipla de definir o "sem-abrigo". Incorporar estes e outros pontos de vista em um documento político foi considerado difícil tanto em termos de definição quanto em termos de linguagem política a ser usada -

especialmente considerando que as categorias de políticas, como "os sem-abrigo", assumem significância quando podem legitimar os gastos (HOMELESS SUMMIT, 2015).

Alguns conselheiros das autoridades locais não definem a situação de rua para uma pessoa que tenha um lar em algum lugar (mesmo que essa casa esteja em uma cidade distante sem perspectiva de retorno) - o que não incluiria muitos indivíduos em uma política de habitação - os agentes responsáveis pela aplicação das leis claramente associaram a PSR com atividades criminosas e abuso de substâncias, e os trabalhadores sociais e as ONGs da cidade consideravam isso um problema de saúde. Ainda há aqueles que associam a condição de rua com o legado do colonialismo e do *apartheid*, que exige uma ação ativista ou mesmo revolucionária (HOMELESS SUMMIT, 2015).

5.2 AMÉRICA

Foram analisados os relatórios anuais dos conselhos diretores da OPAS de 2001 a 2016, e não foi encontrada nenhuma proposta de Política Pública de Saúde com foco na PSR em nível continental. A OPAS (2014) reconhece que os ganhos em saúde não se deram por igual dentro ou entre os países, e que a iniquidade continua sendo um dos maiores desafios para a saúde e para o desenvolvimento sustentável nas Américas. Possui um Plano de Ação que define os passos para a implantação do enfoque Saúde em Todas as Políticas (STP) nesses países, que objetiva reduzir as iniquidades e melhorar a saúde. Muitas das ações de promoção à saúde mencionadas nesses documentos poderão ter impacto em longo prazo no número de PSR, com políticas públicas que apoiam o fortalecimento de modelos comunitários de saúde mental, redes de apoio social para famílias e vítimas de abuso, violência e negligência, programas de maternidade segura, a segurança alimentar e nutricional, serviços de saúde mental familiar, saúde sexual e reprodutiva, cessação do tabaco, modelos de tratamento de abuso de álcool e drogas, mas não há um planejamento entre os países ou programas nacionais para auxiliar na reinserção social e promoção de saúde dessa população, a qual requer maior atenção ao criar vínculos e prestar auxílio (PLANO, 2014).

O relatório “Saúde das Américas” (2012), publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), mostra a situação e as tendências dos sistemas de saúde e de proteção social na região das Américas entre os anos 2006 e 2010. O documento cita que a América Latina e o Caribe apresentam crescimento econômico e uma leve diminuição da pobreza, mas apesar do produto interno bruto (PIB) e renda per capita terem aumentado, que tenham feito progressos em relação à extensão da cobertura de saúde na maioria dos países, houve um rápido aumento na situação de rua/indigência, e ainda há desigualdade e uma distribuição inadequada no acesso aos serviços de saúde. Embora o acesso aos cuidados de saúde seja quase universal entre os grupos de maior renda na maioria dos países da América, a maioria dos pobres não têm acesso a cuidados quando precisam: cerca de 30% da população americana não pode obter acesso aos cuidados por razões financeiras e 21% são dissuadidas de procurar cuidados devido a barreiras geográficas. As barreiras ao acesso aos cuidados têm efeitos cumulativos e sinérgicos nas populações afetadas, e a desigualdade de acesso aos cuidados de

saúde está associada a desigualdades sociais e de saúde (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O relatório cita que entre os principais mecanismos de proteção social e financeira adotados nessa região estão os modelos de transferência condicional e os fundos específicos para cobrir determinadas doenças - como Chefes e Atribuição Universal por Criança (Argentina), Bolsa Família (Brasil), Juancito Pinto (Bolívia) e Oportunidades (México) - com base nos princípios de co-responsabilidade social em saúde e visando essencialmente garantir o acesso a esquemas de prevenção da condição de pobreza. Os modelos acima citados estão baseados na contribuição para a quebra de ciclo intergeracional de pobreza, promovendo o atendimento regular na escola por crianças, adolescentes e jovens, consultas médicas programadas e oficinas para o autocuidado da saúde, para que as novas gerações tenham possam entrar no setor produtivo para finalmente sair da pobreza. Quanto aos fundos específicos para cobrir doenças de alto custo e baixa prevalência - potencialmente gerando despesas catastróficas nos domicílios que levem as pessoas à condição de pobreza extrema ou indigência - geralmente garantem um conjunto definido de benefícios básicos ou obrigatórios da cobertura universal para toda a população e a diminuição do tempo do número das famílias afetadas por tais despesas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O Panorama Social da América Latina da Comissão Econômica para América Latina e Caribe - CEPAL (2015) reúne dados sobre a pobreza e a indigência na América Latina desde 1980 (anexos D e E) - por reconhecer a utilidade e a relevância dessas medidas para monitorar o nível e a evolução da pobreza - mas leva em conta que as metodologias adotadas diferem em cada país e, conseqüentemente, não permitem comparação ou agregação para estimar o tamanho da PSR a nível regional. De acordo com o relatório anual, a PSR na América Latina era composta por 70 milhões de pessoas em 2013-2014, mas de acordo com a projeção realizada nas condições econômicas, estaria estimada em 75 milhões em 2015. Esses dados vão de encontro com os da perspectiva citada pelo relatório da OPAS acima citado, já que consideram que houve um aumento da PSR na América. Não foram citados os indicadores utilizados pela OPAS para afirmar o possível aumento da população, mas também é preciso considerar que sequer sabemos o tamanho preciso da PSR no Brasil e nos outros países; dessa forma, é

possível que essas proporções referenciadas pela CEPAL estejam subestimadas. (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 2016).

Tendo em vista a ausência de dados estatísticos e de planos de ação em saúde em nível continental voltados à essa população, ampliou-se a busca para a atenção em saúde nos dois países mais populosos da América Anglosaxônica – Canadá e Estados Unidos – e o mais populoso da América Latina após o Brasil – México.

5.2.1 CANADÁ

No Canadá, assim como nos demais países de língua inglesa, a situação de rua é identificada como “homelessness”. O termo foi definido nacionalmente em 2012 como a situação de um indivíduo, família ou comunidade sem habitações estáveis, permanentes e adequadas, ou o prospecto imediato, os meios e a capacidade de adquiri-lo; o resultado de barreiras sistêmicas ou sociais, a falta de habitação acessível e adequada, os desafios financeiros, mentais, cognitivos, comportamentais ou físicos individuais e familiares, e / ou racismo e discriminação (CANADIAN OBSERVATORY ON HOMELESSNESS, 2012).

Além dessa definição, há definição da tipologia dessa população em nível nacional, que inclui quatro categorias: 1) desabrigado ou absolutamente sem-teto e vivendo nas ruas ou em locais não destinados a habitação humana; 2) abrigados emergencialmente, incluindo aqueles que permanecem em abrigos noturnos para pessoas sem residência, bem como abrigos para aqueles afetados pela violência familiar; 3) acomodados provisoriamente, referente a pessoas cujo alojamento é temporário ou falta segurança de posse e, finalmente, 4) em risco de ficar sem-teto, referindo-se a pessoas que não são sem-teto, mas cujos atuais econômicos e/ou a situação da habitação é precária ou não atende aos padrões de saúde pública e segurança (CANADIAN OBSERVATORY ON HOMELESSNESS, 2012).

Segundo o Relatório do Observatório Canadense sobre o Sem-abrigo, estimava-se que houvesse 35.000 pessoas em situação de rua em 2016 no país. Ainda segundo o relatório, quanto maior o tempo de uma pessoa em situação de rua, pior se torna a sua saúde. Estar nessa condição leva a mortes prematuras, e a falta de saúde dessas pessoas sem teto sobrecarrega o sistema de saúde canadense: ignorar essas necessidades de saúde é extraordinariamente caro,

custando aos canadenses mais de sete bilhões de dólares por ano. Não é referida nenhuma política pública de saúde voltada diretamente ao indivíduo que está em situação de rua, as políticas visam à prevenção dessa condição, mecanismos para parar ou reduzir muito o risco de as pessoas se tornarem sem-teto. Além disso, dão incentivos ao fornecimento de serviços de emergência (abrigo, *drop ins*, dado que, independentemente da força das estratégias de prevenção, algumas pessoas ainda podem perder sua habitação) e procuram mover as pessoas para a habitação com os apoios necessários tão rapidamente quanto possível, a fim de diminuir a quantidade de tempo que eles gastam sem alojamento (GAETZ, 2016).

O Observatório canadense sobre o Sem-abrigo, financiado pelo Conselho de Pesquisa em Ciências Sociais e Humanidades, dá suporte à base de dados online *Homeless Hub*, criada em 2007 com o fim de haver um único lugar para encontrar informações de sem-teto em todo o Canadá. Este projeto começou com a compreensão de que diferentes partes interessadas (governo e setor de serviços sociais) provavelmente pensam e utilizam pesquisas de diferentes maneiras. Dessa forma, considerando a diversidade da PSR no Canadá, traçou-se o perfil dos diversos segmentos e direcionou-se investimentos para atender grupos prioritários: jovens, veteranos nas ruas (veteranos compõem entre 5-7% da população desabrigada do Canadá) e indígenas (os indígenas usam abrigos de emergência a uma taxa 10 vezes maior do que outras comunidades) (GAETZ, 2016).

Baseado nos relatórios de 2013 (forneceu as primeiras estimativas confiáveis sobre a natureza e alcance de Sem abrigo no Canadá) e 2014 (relacionou o aumento da falta de moradia com a falta de habitação a preços acessíveis), delineou-se uma proposta de custo para enfrentar a escassez de habitação a preços acessíveis no Canadá: a Estratégia Nacional de Habitação sugere que pessoas vulneráveis e sem abrigo recebam auxílio financeiro para adquirir e manter-se em domicílios. Esses investimentos serão potencialmente recuperados compensando os custos associados à falta de moradia. Além disso, a maior razão para esse investimento é o contributo que fará para prevenir e acabar com o sem-abrigo no Canadá. Atualmente, existem 38 comunidades em oito províncias participantes da campanha. Em 2016, uma comunidade piloto de campanha de 20 mil habitantes em Hamilton, Ontário, relatou uma redução de 35% nas doenças crônicas de pessoas sem abrigo e uma redução de 11% no uso de abrigo de emergência em apenas um ano (GAETZ, 2016).

5.2.2 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Nos Estados Unidos, a Aliança Nacional para acabar com o sem-abrigo estimou que houvesse 564.708 pessoas na condição de rua em 2016, e traçou o perfil dos segmentos dessa população: crianças, veteranos e incapazes de trabalhar. (NATIONAL HEALTH CARE FOR THE HOMELESS COUNCIL, 2016).

De acordo com a Aliança Nacional para acabar com o sem-abrigo, há mais de uma definição "oficial" para a condição "homelessness" (sem-abrigo) em território estadunidense. Os programas financiados pelo Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano do país usam uma definição diferente e mais limitada de sem-abrigo comparada à utilizada pelos centros de saúde financiados pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos, o que afeta a forma como vários programas determinam a elegibilidade para indivíduos e famílias no nível estadual e local. Os centros de saúde usam a definição do Departamento de Saúde e Serviços Humanos na prestação de serviços, sendo esta a seguinte: "indivíduo sem habitação permanente que possa morar nas ruas, ficar em um abrigo, instalações de ocupação de quarto único, prédio abandonado ou veículo, ou que esteja em qualquer outra situação instável ou não permanente. Além disso, os indivíduos que forem libertados de uma prisão ou de um hospital podem ser considerados sem-teto se não tiverem uma situação de habitação estável a que possam retornar." (NATIONAL HEALTH CARE FOR THE HOMELESS COUNCIL, 2016). Ainda que essa definição seja utilizada para a saúde, ela pouco referencia as causas psicológicas e de falta de vínculos familiares, como a definição brasileira e canadense.

O governo federal também acredita que adquirir habitação é a primeira forma de tratamento para a PSR com problemas médicos, protegendo contra a doença e tornando possível a recuperação dos que estão doentes. Somado a isso, afirma que um sistema de saúde universal reduziria o impacto fiscal e o custo social das doenças transmissíveis e outras doenças, e que o acesso universal a serviços de saúde acessíveis, de alta qualidade e abrangente também seria essencial na luta para acabar com a situação de rua (NATIONAL COALITION FOR THE HOMELESS, 2009). Atualmente, existe um programa financiado pelo governo federal, *Health Care for the Homeless* (HCH), que surgiu em 2010 e é projetado especificamente para fornecer cuidados de saúde primários para PSR. Esse programa é necessário para fornecer cuidados de saúde primários, serviços de abuso de substâncias, cuidados

de emergência, divulgação e assistência na qualificação para habitação. O programa também oferece atendimento odontológico, tratamento de saúde mental, alojamento de apoio e outros serviços (NATIONAL HEALTH CARE FOR THE HOMELESS COUNCIL, 2016).

Opening Doors é a primeira estratégia federal abrangente do país para prevenir e acabar com a PSR. Foi apresentado ao Congresso em 2010 e atualizado e alterado em 2012 e 2015. Nessa estratégia, o *United States Interagency Council on Homelessness* (USICH) coordena a resposta federal ao sem-abrigo em parceria com 19 agências federais, governos estaduais e locais, defensores, prestadores de serviços e pessoas que vivenciam sem-abrigo para alcançar os objetivos delineados no primeiro plano estratégico federal para prevenir e acabar com a situação de rua nos Estados Unidos (DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2015).

A estratégia segue a abordagem de *Housing First* - que se baseia no conceito de que a necessidade primária de uma pessoa em situação de rua é obter habitação estável, e que outras questões que possam afetar o lar (abuso de substâncias, saúde mental, etc) devem ser abordadas após obter uma casa - e identifica ações necessárias para facilitar o aumento do acesso à habitação, segurança econômica, saúde e estabilidade para toda a população, e articula etapas que devem ser realizadas em por líderes federais, estaduais e locais para atender às necessidades diferenciadas (FACT, 2016).

5.2.3 MÉXICO

Apesar de o México ser um dos países mais populosos da América Latina segundo a OPAS, não há uma definição nacional para esse segmento social que é identificado como “indigente”, e não há dados estatísticos nos sites oficiais de saúde e governamentais do país então possui políticas públicas de saúde voltadas à PSR. A Organização Internacional para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estimou que houvesse 40.911 pessoas em situação de rua no país em 2010, mas não informou os critérios de inclusão das pessoas na classificação da condição. O Programa de Inclusão Social Próspera, organizado pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDESOL) inclui a atenção à saúde para pessoas em situação de pobreza, mas não é possível estimar o acesso à saúde da população em condição de indigência, termo utilizado para referir a PSR em espanhol.

O Programa articula e coordena a oferta institucional de programas e ações de política social, incluindo os relacionados com o desenvolvimento da produção, geração de renda, inclusão financeira e trabalho econômico, educação, alimentação e saúde, voltado para a população que está em situação de extrema pobreza, sob os esquemas de co-responsabilidade que permitem às famílias melhorar suas condições de vida e garantir o gozo de seus direitos sociais e o acesso ao desenvolvimento social com oportunidades iguais (MEXICO, SDS, 2014).

Nas regras Operacionais do Programa, são descritas as ações desenvolvidas, tanto comunitárias - de saneamento básico e educação em saúde - como individuais - de planejamento familiar, atenção pré-natal e puerpério, vigilância nutricional e do crescimento infantil, imunizações, entre outras - mas não há registros de ações para a PSR ou para algumas de suas demandas específicas, como a saúde mental ou abuso de substâncias (MEXICO, SDS, 2016).

5.2.4 BRASIL

Como foi citado anteriormente, no Brasil temos a Política Nacional para Inclusão Social da PSR, que conjuga as ações municipais, estaduais e federais, buscando uma atuação interdisciplinar e intersetorial. Nessa política, são citadas ações em vários âmbitos, como de direitos humanos, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano/habitação, assistência social, educação, segurança alimentar/nutricional, saúde e cultura (BRASIL., 2009). A PSR é incluída na PNAB também, e incluem a equipe CnaR com a finalidade de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde (BRASIL. MS, 2012 a).

Com base na Política Nacional para a inclusão Social da PSR e no Plano Operativo para Implementação de ações em saúde da PSR (2012-2015), foram criados o Manual sobre o cuidado à saúde junto a PSR (2012) - composto por relatos de experiência de profissionais de saúde e uma lista dos problemas clínicos mais comuns na PSR – e a Cartilha de Saúde da PSR: Um direito Humano (2014), que explica o contexto sociopolítico dos direitos à saúde e humanos da PSR e expõe diretrizes, estratégias e ações para garantir o acesso dessa população aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado (BRASIL. MS, 2014).

O Quadro 1 apresenta um comparativo dos resultados encontrados a respeito dos dados estatísticos, da definição dessa população e da atenção em saúde voltada a elas no Brasil, no Canadá, nos Estados Unidos e no México.

Quadro 1 - Comparativo dos dados estatísticos, da definição dessa população e da atenção em saúde voltada a elas nos países americanos pesquisados

País	Dados Estatísticos	Definição	Atenção em Saúde
Brasil	31.922 pessoas (subestimado) - Pesquisa Nacional da PSR (2008)	Definição oficial única e utilizada intersetorialmente em todo o país.	- Política Nacional para Inclusão Social da PSR e - Comitê Técnico de Saúde para a PSR (2009) - Equipe Consultório na Rua (Portaria nº 122, 2011 a) - Plano Operativo para Implementação de ações em saúde da PSR para 2012-2015.
Canadá	35.000 pessoas - Base de dados <i>Homeless Hub</i> (2016)	Definição oficial única e utilizada intersetorialmente em todo o país.	- Políticas de prevenção da condição sem-teto - ABORDAGEM HOUSING FIRST: Estratégia Nacional de Habitação
EUA	564.708 pessoas - Aliança Nacional para acabar com o sem-abrigo (2017)	Mais de uma definição oficial, utilizadas de acordo com o setor, em todo o país.	- Programa Federal <i>Health Care for the Homeless</i> (2010) - ABORDAGEM HOUSING FIRST: Estratégia Federal <i>Opening Doors</i> (2015)
México	Não foram encontrados dados nos sites oficiais do México e da OMS. 40.911 pessoas - Organização Internacional para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2010)	Não foi encontrada uma definição oficial para todo o país.	Não há registros de políticas públicas de saúde voltadas à PSR. - Programa de Inclusão Social Prospera – SEDESOL: atenção à saúde para pessoas em situação de pobreza, mas não é possível estimar o acesso à saúde da população em condição de “indigência”

5.3 EUROPA

A visibilidade da PSR na Europa aumenta com a criação da FEANTSA - única ONG europeia que se concentra exclusivamente na luta contra o sem-abrigo em todo o continente - em 1989. Em 1992 a FEANTSA publicou o primeiro relatório sobre serviços para a PSR na Europa. Mais tarde, em 1993, foi publicado um trabalho sobre o perfil da PSR na Europa, mas acreditavam que o número de pessoas encontradas nessa condição estava subestimado. Após esforços dos prestadores de serviços, comunidade científica e autoridades estaduais nos Países Baixos e França começam a se reunir de forma sistemática informações sobre sem-teto, compiladas com maior precisão a partir do terceiro relatório do Observatório Europeu sobre o Sem-abrigo, financiado pela FEANTSA (EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH HOMELESS, 2010). Atualmente, a FEANTSA conta com mais de 130 organizações membros de 30 países, incluindo 28 estados membros (EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH HOMELESS, 2017 a).

Assim como em outros continentes, devido a diferentes conceitos e situação socioeconômica, não há uma definição oficial única para todos os países europeus, contudo, a FEANTSA desenvolveu a Tipologia Europeia sobre Sem-Teto e Exclusão de Habitação (ETHOS), como forma de melhorar a compreensão e a medição do sem-abrigo na Europa e proporcionar uma "linguagem" comum para o intercâmbio transnacional de sem-abrigo. Esta tipologia foi lançada em 2005 e aprimorada em 2017, e é utilizada para diferentes fins - como um quadro de debate, para fins de coleta de dados, para fins políticos, fins de monitoramento e na mídia. É importante notar que esta tipologia é um exercício aberto que faz abstração das definições legais existentes nos estados membros da UE.. As categorias de ETHOS tentam cobrir todas as situações de vida que representam formas de sem-abrigo em toda a Europa: "Rooflessness": Sem-teto (sem um abrigo de qualquer tipo, dormindo nas ruas); "Houselessness": Sem-casa (com um lugar para dormir, mas temporário em instituições ou abrigo); Vivendo em habitação insegura: pessoa ameaçada com severa exclusão devido a insegurança de arrendamento, despejo, violência doméstica); Vivendo em habitação inadequada: pessoa em caravanas em acampamentos ilegais, em habitações

impróprias, em superlotação extrema (EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH HOMELESS, 2017 b).

No relatório regional de saúde da OMS de 2005 sobre desigualdades em saúde, é feita uma análise de documentos oficiais sobre políticas governamentais para combater esse problema dos países europeus. Todos os países reconhecem que as desigualdades na saúde são causadas por fatores socioeconômicos e ambientais adversos, mas diferem em suas definições de desigualdades e em suas abordagens para enfrentar o problema. Suécia e Irlanda do Norte estruturaram sua política geral de saúde pública para enfrentar os determinantes subjacentes das desigualdades na saúde, e Irlanda do Norte destaca as necessidades da PSR. Embora haja o mesmo objetivo abrangente na Europa, as políticas sobre desigualdades em saúde mostram muitos recursos diferentes e poucos países têm uma abordagem coordenada para combater as desigualdades na saúde: a maioria dos países tem políticas separadas sobre pobreza, inclusão e justiça social. Essas políticas raramente emanam dos departamentos da saúde, mas à medida que lidam com as causas subjacentes das desigualdades na saúde (baixa renda e desemprego, habitação e falta de moradia e exclusão social), elas são diretamente relevantes para tal. Ainda segundo o relatório, alguns países tiveram políticas de inclusão social / justiça social planejada para ter resultados em longo prazo: a Estratégia de Proteção Social da Finlândia foi construída por décadas, e utiliza um amplo conceito de proteção social, que abrange benefícios, assistência social e serviços de saúde, ações preventivas e saúde e segurança Ocupacional, e tem como principais objetivos promover a saúde e capacidade funcional e prevenir e combater exclusão social fornecendo serviços eficientes e segurança de renda (JUDGE, 2005).

Complementar a esse documento, no mesmo ano é publicado um relatório que visa auxiliar os sistemas de saúde a lidar efetivamente com as principais necessidades de cuidados de saúde da PSR. É citado que as intervenções comportamentais para problemas de saúde mental, dependência de drogas e álcool e comportamentos de risco sexual podem capacitar a PSR e levar a ganhos duradouros em saúde, além de ajudar no tratamento. As intervenções eficazes para dependência de drogas incluem tratamento farmacêutico, vacinação contra hepatite B, conselhos sobre injeção segura e acesso a programas de troca de seringas, conhecida no Brasil e Canadá como Política de redução de danos. Existe uma base

de evidências emergentes para a eficácia das salas de injeção supervisionadas para usuários de drogas intravenosas sem domicílio e para a distribuição de pares de naloxona na redução de mortes relacionadas a drogas. A avaliação precoce dos centros de injeção medicamente supervisionados sugeriria que eles tinham a capacidade de reduzir a incidência de óbitos relacionados com drogas, interromper o aumento das infecções notificadas de hepatite B e C, reduzir os riscos envolvidos na injeção, aumentar a probabilidade de iniciar o tratamento para a dependência de drogas, reduzir a localização pública das seringas descartadas e não aumentar o roubo (CROMBIE, 2005).

Assim como no Canadá e Estados Unidos, acreditam que políticas que forneçam habitação saudável para PSR podem ter efeitos significativos na saúde dessa população: uma política de habitação saudável reconhece a necessidade de apoio social e de saúde, e o apoio à habitação implica na mudança de acomodação institucional em grande escala (como albergues) para assistência em pequena escala e individualizada. Em geral, os países da União Europeia (UE) passaram a ver a PSR não somente como um segmento com limitações individuais, mas também com limitações estruturais: o *Homelessness Act 2002* foi criado na Escócia baseado nesse contexto, e visava dar a toda a PSR do país o direito a uma casa até 2012 (EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS, 2010).

5.3.1 FINLÂNDIA

A Finlândia é um dos principais países no fornecimento de programas específicos para abrigar pessoas sem-teto: o Programa Nacional Finlandês de Redução em longo prazo dos sem-abrigo (2010) teve bons resultados na redução da PSR e em ganhos em saúde mesmo em épocas de crise. Segundo o relatório do programa, o sucesso do programa baseia-se em uma clara vontade política, em decisões parlamentares a nível nacional e no envolvimento de Ministérios relevantes, além de haver o envolvimento de ONGs. O relatório da ONG *Y Foundation* declarou que o número de pessoas em situação de rua diminuiu de 4200 (1987) para 766 (2015) na Finlândia e isso pode ser resultado do fato de oferecer desde o início habitações permanentes, sem impor condições, ao invés apresentar soluções de moradia temporárias e condicionais, como muitos países. Concede ainda assistência social para ajudá-los a colocar a vida nos eixos, lidando com

questões como vício em drogas e desemprego. Segundo o relatório, esta abordagem de conceder habitação permanente é mais eficaz e rentável do que abrigos temporários uma vez que são computados todos os custos sociais que este programa ajuda a evitar. Além de tirar pessoas das ruas, o projeto ajuda a tratar a causa: identifica pessoas vulneráveis, que tem chance de ir para rua e evita que isso aconteça oferecendo auxílio, porque se alguém permanecer nesse estado por muito tempo, é provável que apareçam novos problemas, e novos custos (dependência de drogas, por exemplo) (EUROPEAN COMMISSION EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION, 2010).

5.4 MEDITERRÂNEO ORIENTAL

Não foram encontrados dados epidemiológicos internacionais sobre o segmento da PSR que está há anos nas ruas da região, bem como sobre a atenção em saúde voltada a esta. Nos relatórios técnicos do Comitê Regional da OMS de 2001 e de 2008, a atenção é voltada para a escassa produção de pesquisa em saúde, que foi considerada uma chave determinante da desigualdade na saúde por estar ligada diretamente na implantação de programas efetivos. Alguns determinantes que não estão diretamente abrangidos pelo setor de saúde - mas que interagem entre si e afetam a saúde das pessoas – como pobreza, desigualdade, meio ambiente, educação, gênero, direitos humanos, nutrição e segurança alimentar, são pouco representados na pesquisa de saúde na região. Consideram, portanto, que há falta de evidências para a formulação de políticas e ações de saúde que possam reduzir as desigualdades em saúde e solucionar problemas de saúde dos segmentos mais pobres da população, na qual se incluiria a PSR. Como estratégia para modificar essa situação, consideraram a viabilidade de estabelecer um fundo regional para pesquisa em saúde, com o fim de minimizar a subvalorização da pesquisa em saúde pelos governos, pela sociedade e às vezes pela profissão médica (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EMR, 2008).

Na região, o acesso à saúde é um problema que não se restringe somente a segmentos sociais vulneráveis, onde se incluiria a PSR, mas para toda uma nação: em 2011, a OMS realizou um relatório sobre barreiras no acesso à saúde para palestinos, no qual são citados casos em que a Administração Civil Israelense (ICA) negou o acesso à saúde (ou atrasou a resposta aos pedidos) para estes, e traçadas estratégias para combater esses problemas de assistência em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EMR, 2015).

Segundo o Relatório técnico regional de 2011, o Mediterrâneo Oriental é altamente vulnerável aos efeitos adversos das mudanças climáticas - sendo a região mais árida e escassa do mundo – e por isso aumentos nos riscos de saúde pública e insegurança alimentar são esperados, independentemente da renda da população, que varia muito de acordo com o país. Além disso, cita o impacto na saúde que a região sofre pelas contínuas mudanças políticas, sociais, econômicas e demográficas. Os países de baixa e média renda enfrentam uma dupla carga de

doenças, caracterizada pelo aumento do peso das doenças crônicas e das doenças transmissíveis e desnutrição (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EMR, 2011).

Seguindo com base no amplo conceito brasileiro de PSR, o número dessa população aumentou consideravelmente na região em 2014: o relatório anual desse mesmo ano revela que, no Iraque, quase 5,2 milhões de pessoas em todo o país precisavam de ajuda humanitária em maio de 2015 - dos quais mais de 2,9 milhões foram deslocados internamente, uma das maiores populações internamente deslocadas do mundo – e que, no Paquistão, as operações militares na Agência Norte do Waziristão resultaram no deslocamento de 500000 pessoas em junho de 2014, elevando o número total de pessoas deslocadas para um milhão, sendo 74% mulheres e crianças. As más condições climáticas, a habitação conglomerada nas comunidades de acolhimento e a falta de nutrição aumentaram o risco de doenças transmitidas pela água, como cólera, desidratação, diarreia e acidente vascular cerebral, bem como doenças aéreas, como pneumonia e sarampo (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EMR, 2014).

O relatório relata também que, na Líbia, em dezembro de 2014, mais de 2,5 milhões de pessoas precisavam de ajuda humanitária, incluindo 400 mil deslocados. A escassez de medicamentos e suprimentos médicos, juntamente com a evacuação de muitos dos trabalhadores internacionais de saúde do país, deixou o sistema de saúde fraco e as instalações de saúde em funcionamento estavam sobrecarregadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EMR, 2014).

Na Palestina, 51 dias de combates em Gaza em julho e agosto de 2014 deixaram 2333 palestinos mortos e 15788 feridos. Meio milhão de pessoas foi deslocado e até 22000 casas foram destruídas ou tornadas inabitáveis, deixando 100000 pessoas sem domicílio. O conflito causou danos generalizados às infraestruturas, incluindo hospitais, clínicas e ambulâncias, bem como instalações de água e saneamento, resultando em acesso limitado a serviços básicos. Em setembro de 2014, as inundações no Sudão resultaram no deslocamento de mais de 320 mil homens, mulheres e crianças, enquanto as chuvas monçônicas e as inundações repentinas no Paquistão afetaram quase 1,8 milhão de pessoas e resultaram em 282 mortes e 489 feridos. Mais de 42000 casas foram estimadas como danificadas ou destruídas, deixando milhares de pessoas sem-teto. Nesse contexto, o foco das ações em saúde voltou-se a serviços médicos de emergência,

para ampliar o acesso à saúde de forma imediata (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EMR, 2015).

O relatório anual de 2014-2015 concentra as ações em saúde baseado nas cinco prioridades estratégicas acordadas pelos Estados-Membros em 2012: o fortalecimento dos sistemas de saúde para a cobertura universal da saúde; Saúde materna e infantil; Doenças não transmissíveis; Segurança da saúde e doenças transmissíveis; e rápida resposta de emergência. Citam as barreiras ao acesso à saúde na Palestina por questões étnicas, mas não referenciam o acesso à saúde de pessoas em situação de rua e não são citadas ações em saúde específicas para essa população (WORLD HEALTH ORGANIZATION. EMR, 2016).

5.5 SUDESTE ASIÁTICO

Não foram encontradas informações sobre a PSR nos relatórios de dados estatísticos internacionais dos últimos dez anos da região. Assim como na região anteriormente citada, o Sudeste Asiático está propenso a mudanças climáticas que podem gerar situações emergenciais de saúde e causar o surgimento de uma PSR emergente. De acordo com o relatório sobre ações emergenciais e humanitárias na região, criado em 2007, para que a cobertura e a qualidade dos serviços básicos de saúde se mantenham antes, durante e após um desastre ou uma emergência, foram criadas políticas asseguram acesso equitativo aos cuidados de saúde essenciais, de acordo com as necessidades de cada país membro: Bangladesh, Butão, Coreia, Índia, Indonésia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailândia e Timor-Leste. Nesse documento são elencados os riscos e sistemas de gerenciamento de desastres, com políticas e programas que buscam manter o acesso à saúde universal (WORLD HEALTH ORGANIZATION. SER, 2007).

No relatório regional de 2016 sobre ações de saúde pública no sudeste asiático, é possível obter informações de ações realizadas para combater doenças evitáveis por vacina em crianças - em 2013 cerca de 26% das mortes globais do sarampo, quase 38000 ocorreram em países do Sudeste Asiático – para evitar doenças não transmissíveis causadas pelo uso do tabaco, e para alcançar índice zero de transmissão de AIDS materno-infantil em todos os países da região - como foi possível alcançar na Tailândia - mas não é possível saber se a PSR da região têm acesso e é coberta por essas ações. O documento também cita que garantir que todas as pessoas em todos os lugares tenham acesso aos serviços de que necessitam sem enfrentar dificuldades financeiras é a principal meta que visam alcançar, e nele reconhecem que os serviços devem ser baseados nas necessidades da comunidade (ADVISOR COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH, 2016).

Não é possível mensurar o acesso à saúde e a atenção em saúde prestada à PSR na região em sua totalidade, visto que não há sequer como estimar o tamanho dessa população em níveis internacionais. Também não foram encontradas políticas públicas voltadas a esse segmento social em nível regional, e ainda não é possível reconhecer o perfil dessa população.

5.5.1 ÍNDIA

Segundo a OMS (2015), a Índia possui 1.300.000.000 habitantes, e é o país mais populoso da região. De acordo com a Rede de habitação e direitos à terra da Índia, haveria mais de 1,7 milhão de moradores sem residência no país em 2011, dos quais 938,384 estariam localizados em áreas urbanas. Ressaltam que esses números, no entanto, subestimam os números reais dos sem-teto, e que a Índia também teria o maior número de crianças de rua no mundo, mas que não há dados oficiais sobre seus números ou esquemas adequados para responder às suas necessidades e preocupações especiais (HOUSING AND LAND RIGHTS NETWORK, 2017).

Assim como o Canadá, a Índia também possui uma base de dados online sobre a PSR: o site *India Homeless Resource* produz e divulga informações que possibilitam gerar soluções entre pesquisadores, formuladores de políticas e o público em geral sobre o enfrentamento de vulnerabilidades que essa população enfrenta. A Rede de Recursos para Sem-Teto da Índia é uma parceria entre Organizações de diferentes cidades: o *Center for Equity Studies* (Centro de Estudos de Equidade) e o *Center for Policy Research* (Centro de Pesquisas Políticas) em Nova Delhi, o Banyan - Centro de Pesquisa de Políticas em Chennai, o Instituto de Estudos de Desenvolvimento em Jaipur e o Instituto Koshish de Ciências Sociais em Tata (Mumbai), e reúne pesquisas em áreas de cuidado à PSR urbana que estão excluídas das políticas sociais, tais como: encargos de saúde física e mental e acesso aos cuidados de saúde, meios de subsistência na economia informal, abuso e violência de gênero, reformas legais, política de abrigo nacional e acesso ao sistema de proteção social (INDIA HOMELESS RESOURCE, 2017).

Cada membro dessa rede auxilia no aprimoramento das políticas públicas de saúde voltadas a essa população: O Banyan, por exemplo – que trabalha com a PSR que sofre de problemas mentais há mais de duas décadas - implementou por meio de doações e voluntariado um sistema de cuidados que consiste em divulgar e dar visibilidade a esse segmento, oferecendo cuidados de saúde primários institucionais e serviços de atendimento que ligam as pessoas para suas famílias ou outros prestadores de cuidados especiais para obter mais apoio. Essa Organização foi fundamental para focar a PSR na Política de Saúde Mental de 2013, que identifica explicitamente os desabrigados como vulneráveis que precisam de acesso ao sistema público de saúde (BANYAN, 2017).

Segundo a ONU (2016), o governo da Índia convidou Leilani Farha, diretora executiva da ONG *Canada Without Poverty* (Canadá Sem Pobreza) e relatora sobre a habitação adequada como componente do direito a um nível de vida adequado para visita e análise das condições da PSR no país. Segundo o relatório de visita da diretora, disponível na base de dados, as taxas de mortalidade são seis ou sete vezes maiores do que para as populações que não são pessoas sem residência e os serviços médicos, que muitas vezes são simplesmente negados a essa população por causa da falta de moradia, têm um efeito desproporcional sobre as mulheres, particularmente as que estão grávidas, inclusive durante o nascimento da criança, que acabam por sofrer de desnutrição grave. Relatou ainda que um dos maiores problemas enfrentados pela PSR indiana seria a estigmatização, a hostilidade e a indiferença que sentem de todos na sociedade: passageiros, policiais, meios de comunicação e funcionários do governo. Considerou também que ainda que o Rajastão tenha adotado uma política progressista para a PSR usando abrigos de emergência como primeiro passo para a reabilitação - oferecendo treinamento de habilidades para residentes e auxiliando a transição para o emprego e opções de habitação de longo prazo – não existe legislação, política ou programa nacional para garantir que pessoas sem-teto tenham acesso a opções de habitação de médio e longo prazos (UNITED NATIONS, 2016).

5.6 PACÍFICO OCIDENTAL

Não foram encontrados dados e estatísticas sobre a PSR da região do Pacífico Ocidental, assim como não foi localizada nenhuma política de saúde voltada às demandas desse grupo.

O relatório de estratégia para pesquisa em saúde do Pacífico cita os objetivos de desenvolvimento do milênio da ONU, destacando a importância da pesquisa em saúde no combate a doenças que exercem um tremendo fardo não só para a saúde da região como para a saúde global, tais como a AIDS, a malária, a tuberculose e outras que acometem populações nas mais variadas condições, não excluindo a PSR. É exposto nesse mesmo documento que a saúde das pessoas, a qualidade de vida e a equidade na saúde podem ser melhoradas por meio do conhecimento e de evidências geradas através de sistemas eficazes de pesquisa em saúde: é possível ampliar o acesso e prestar assistência à saúde com equidade se conhecermos os diversos grupos que compõem determinada população, bem como suas necessidades e particularidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WPR, 2004).

O relatório regional da OMS de 2016 informa sobre resultados de ações voltadas a doenças transmissíveis, que permitiram um declínio contínuo na morbidade e mortalidade, e não transmissíveis, responsáveis por quase 80% das mortes evitáveis na Região e na qual a abordagem de fator de risco tem tido repercussão positiva. Menciona também os esforços de todos os estados-membros para enfrentar as ameaças colocadas por catástrofes, emergências e doenças infecciosas emergentes, como a tuberculose e o vírus ebola, que infectou mais que 28000 pessoas, deixando 11000 mortos. Além disso, cita como meta a cobertura de saúde universal nos países da região, um alvo dos objetivos de desenvolvimento Sustentável. Com resultados de saúde equitativos e sustentáveis como o objetivo final para os sistemas de saúde, a cobertura de saúde universal é essencial para o desenvolvimento sustentável e a redução da pobreza, bem como uma plataforma para reunir esforços de saúde e desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WPR, 2016).

Segundo o relatório, a vulnerabilidade aos impactos na saúde das mudanças climáticas e da variabilidade climática, como o ciclo climático do *El Niño* e as catástrofes naturais - como o ciclone Winston em Fiji, os tufões nas Filipinas e as secas em Papua Nova Guiné - contribuem para aumentar a complexidade da saúde

da população em geral na região do Pacífico. Os sistemas de saúde são muitas vezes prejudicados por infraestrutura, financiamento e recursos humanos limitados. Para tal problema, a OMS apoia políticas para o desenvolvimento de sistemas de saúde resistentes ao clima através de sistemas de alerta precoce e prestação de serviços preventivos e curativos. Nesse contexto, não foram encontradas estimativas de número de pessoas que ficaram em situação de rua devido a esses fenômenos (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WPR, 2016).

Como consequências do tufão que atingiu as Filipinas em outubro de 2015 e causou uma devastação generalizada, a desnutrição e outros problemas de saúde afetaram mais de 3,1 milhões de pessoas. Adotando uma abordagem diferente da empregada em desastres anteriores, as atividades prioritárias foram implementadas em *hotspots* selecionados nos municípios mais afetados, e os recursos foram concentrados nos grupos mais vulneráveis: cerca de 22 mil de um milhão de pessoas afetadas em quatro províncias prioritárias. As atividades incluíam equipes médicas móveis, triagem e tratamento para desnutrição aguda entre crianças menores de cinco anos, e o estabelecimento de vigilância e sistemas de alerta precoce para doenças epidêmicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WPR, 2016).

A OMS, junto ao Departamento de Saúde e às autoridades provinciais de saúde, avaliou os danos causados pelas inundações, a prevalência de desnutrição e o nível de acesso aos serviços de saúde. Os municípios foram selecionados com base no impacto direto do tufão - por exemplo, as populações mais afetadas e o custo das perdas agrícolas - e as vulnerabilidades locais do sistema de saúde, como o número de unidades de saúde e profissionais de saúde em funcionamento por 10000 pessoas. Segundo o documento, ainda é preciso identificar pessoas que já estavam em vulnerabilidade antes do evento, como em estado de pobreza e com certas taxas de doenças transmissíveis, para indicar a capacidade de enfrentamento das comunidades afetadas e desenvolver uma agenda de preparação para populações em risco e sistemas de saúde locais (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WPR, 2016).

5.6.1 CHINA

De acordo com a OMS, a China pertence ao Pacífico Ocidental e é um dos países mais populosos da região, com 1,37 bilhão de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WPR, 2017). Além de proibições que muitas vezes censuram informações políticas no país pela imprensa, a língua oficial chinesa é o mandarim, o que limita o acesso às políticas públicas.

O site *Radio Free Asia* divulga uma frequência de rádio com amplo alcance, que tem como objetivo fornecer notícias e informações precisas e oportunas aos países asiáticos cujos governos proíbem o acesso a uma imprensa livre, tais como China, Laos, Camboja, Myanmar, Coreia do Norte, Tibete, Uyghur e Vietnã. De acordo com pesquisas e seções de relatórios oficiais em mandarim, traduzidos e expostos pelo site em 2009, grande parte da PSR provém de cidades menores ou áreas remotas do campo, e não se conhece o número exato de pessoas sem-teto na China, mas o sistema nacional de socorro criado em 2003 estimava inicialmente cerca de 800 mil crianças e adultos em situação de rua (RADIO FREE ASIA).

Ainda segundo o site, até 2003 as pessoas na condição de rua eram rotineiramente abordadas pela polícia, encarceradas e enviadas de volta às suas cidades-natal. Após isso, abordagem com a PSR no país mudou, ano em que o designer gráfico Sun Zhigang morreu sob custódia policial porque não carregava documentos de identificação. A morte desse cidadão provocou um protesto público maciço, e então o Conselho de Estado aboliu o antigo sistema de centros de detenção forçados, substituindo-o pelas "Diretrizes para a gestão de pessoas em cidades sem renda, sem-teto e mendigos", não disponível em inglês. De acordo com as novas regras, as verificações de antecedentes extensivos deveriam ser executadas na PSR, incluindo seu local de origem, e seus parentes deveriam ser notificados e declarados para buscá-los. De volta à cidade natal, as autoridades locais são acionadas para a encontrar um local para viverem e atenderem às suas necessidades de vida diária (LUISETTA MUDIE, 2009).

O site cita uma pesquisa de opinião pública realizada em Guangzhou que mostrou que 52 por cento das pessoas não acreditam que o programa de assistência social do governo está ajudando a aliviar a pobreza extrema vivida por alguns na área rural chinesa. Conforme a opinião de um oficial do centro de recepção para PSR no distrito de Mentougou, se as pessoas realmente não

conseguem trabalhar por causa de uma deficiência, simplesmente enviá-las para casa e dar-lhes folhetos de bem-estar também não será suficiente, porque isso não leva em conta suas necessidades sociais (LUISETTA MUDIE, 2009).

6 ENFRENTAMENTO DAS DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE DA PSR NO BRASIL E NO MUNDO

Quanto às iniquidades e desigualdades presentes no acesso à saúde dessa população no Brasil, o Plano Operativo para Implementação de ações em saúde da PSR (2012-2015) foi criado para orientar a intervenção do SUS no enfrentamento dessas barreiras no acesso à saúde da PSR.

As estratégias operacionais e ações contidas no Plano Operativo de Saúde da PSR estão em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 e utilizam como quantitativo populacional o resultado da contagem realizada pelo MDS, em 2008. As três esferas de gestão do SUS têm como responsabilidades precípua para implementação do Plano: a definição do financiamento, a priorização de ações e o monitoramento e avaliação que devem ser incluídos nos seus respectivos Planos de Saúde. A programação operacional anual deverá conter a descrição das atividades, das tarefas e das metas, incluindo o cronograma e os responsáveis (BRASIL. MS, 2012 c).

O eixo um pactua a ação para incluir efetivamente a PSR na rede de atenção à saúde, com as seguintes estratégias: implantação das equipes de CnaR; a garantia de acesso à atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional; a capacitação das equipes da urgência e emergência para atendimento da PSR; e a inclusão da PSR no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos (mulher, criança, idoso, população vulneráveis) (BRASIL. MS, 2012 c).

O eixo dois propõe a ação de Promoção e Vigilância em Saúde, buscando melhorar o acesso às vacinas e intensificando a busca ativa e tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas como tuberculose, IST/AIDS e outros agravos. O eixo três propõe a educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR, o eixo quatro sugere o fortalecimento da participação e do controle social e o eixo cinco trata da ação de Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR, que ocupa-se de monitorar e avaliar as ações que foram pactuadas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL. MS, 2012 c).

6.1 ÁFRICA DO SUL

Seager e Tamasane (2010) sugerem estratégias para promoção de saúde mais sistemática para a PSR na África do Sul, com uma abordagem integrada para as muitas facetas da falta de moradia e da saúde - departamentos de saúde, assistência social, de habitação e de mão-de-obra, ONGs e organizações religiosas – e uma melhor conscientização sobre as necessidades de saúde dos sem-teto e treinamento para profissionais de saúde, de modo a incentivar abordagens mais simpáticas. São necessárias instalações de reabilitação de baixo custo para abuso de álcool e outras substâncias e medidas para reduzir o risco de infecções sexualmente transmissíveis devem ser encorajadas. Nessas instalações, teria a ação de um projeto já atuante no país, que é o Medicina de Rua, semelhante ao Consultório na rua: utilizada como complemento da promoção de saúde dentro das instalações saudáveis.

6.2 CANADÁ

O relatório sobre a saúde da PSR do Canadá (2007) da Organização sem fins lucrativos “Saúde de rua” compõe um plano de ação com recomendações, ações específicas e responsabilidades do governo para o enfrentamento das barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela PSR no país. Acreditam que garantir rendimentos adequados para todos os que sofrem de doenças físicas e mentais reduzirá a falta de moradia e melhorará a saúde das pessoas que são sem-teto, que as pessoas precisam de habitações adequadas e acessíveis para estabilizar suas vidas e serem saudáveis e, para tal, é preciso aumentar o suporte financeiro para habitação.

Byng (2012) analisa a atual situação de saúde da PSR no Canadá e foca nas barreiras que essa população enfrenta para acessar os cuidados de saúde. Fornece uma visão geral das opções políticas que podem funcionar para lidar efetivamente com os problemas de saúde exclusivos da população sem-teto, levantando três principais modelos: clínicas de atenção primária próximas a abrigos voltadas à PSR - para ajudar a integrar os usuários no sistema de saúde, ao mesmo tempo em que presta cuidados que diminui a recorrência desses pacientes em emergências hospitalares em quadros mais graves – equipes de saúde que oferecem cuidados diretamente nos abrigos e centros de habitação, para fornecer cuidados imediatos e

incentivar o uso dos serviços de saúde pelos pacientes para reintegrá-los no sistema – e unidades móveis de saúde, tido como o mais acolhedor para a PSR, com diagnóstico, triagem, prevenção, educação e encaminhamentos para outras agências. Assim como outros trabalhos, cita o acesso à habitação segura como o passo final necessário para resolver a maioria dos problemas de saúde da população sem-teto.

O Relatório do Programa de Saúde e equidade através do apoio, pesquisa e conferência da Universidade McMaster – HEART sugere oito políticas para melhoria do acesso à saúde da PSR, estando essas relacionadas à triagem de saúde mental e serviços que melhorem a conexão com esses pacientes nos atendimentos de urgência - para que possa ser encaminhado a um serviço especializado para ser auxiliado efetivamente – bem como a capacitação dos profissionais da saúde para melhorar as interações com pacientes sem-teto, a implementação de interagências para a continuidade ao cuidado a PSR junto aos serviços sociais, superando o problema de serviços fragmentados em saúde mental, abuso de substâncias, cuidados primários, habitação e serviços sociais e a aumentar a capacidade de instituições comunitárias para abrigar toda a população, incluindo a participação de equipes de prestadores de cuidados de saúde nesses ambientes, contando também com o serviço de unidades móveis de saúde (HOSSAIN, 2017).

7 DISCUSSÃO

Em nível continental, a Europa foi o único continente que apresentou dados epidemiológicos e planos de ação gerais da PSR, estruturados por uma ONG (FEANTSA), mas que conta com a colaboração da ONU. Na África, é possível encontrar dados da PSR promovidos por Universidades das províncias apenas para algumas cidades e em países específicos, que possuem maior população e que são capital administrativa. Para haver políticas públicas de saúde efetivas, seria necessário que ao menos houvesse estatísticas e que fosse traçado o perfil da população em nível nacional, mas a dificuldade que hoje encontram ainda está aquém a isso: está na dificuldade de definir quem seria considerado em situação de rua, visto que essa população sofreu intensas modificações no território nos últimos vinte anos devido ao contexto político africano. No Brasil, mesmo que tenhamos uma definição para esse segmento, julga-se difícil estimar o tamanho e perfil dessa população por algumas características específicas, como a itinerância. Nas regiões do Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental, grande parte da população total é considerada em vulnerabilidade, seja por questões naturais da região, por conflitos armados ou por questões socioeconômicas, fazendo que a atenção seja voltada à problemas de saúde emergentes, priorizando apenas crianças e mulheres em geral.

No Brasil, começa-se a pensar especificamente na saúde da PSR nos últimos dez anos, com a formação do Comitê Técnico de Saúde para a PSR, que possibilitou a criação de materiais informativos aos profissionais da saúde e a criação do Plano Operativo para Implementação de ações em saúde da PSR, que visa combater as iniquidades e desigualdades em acesso à saúde para essa população. A criação desse Comitê só foi possível após a criação da Política Nacional para Inclusão Social da PSR (2009).

A escolha de léxicos contextualiza a história, a cultura e os valores de determinada sociedade. Ainda que recente, é possível perceber, no Brasil, o início de uma mudança de paradigma no que se refere à PSR: de “moradores de rua - que oferece uma compreensão de que todo esse segmento social tem uma condição permanente, estigmatizado por toda a sua existência, ou então estritamente ligada à falta de moradia – passam a ser identificados politicamente nos últimos dez anos como PSR, uma definição que nos auxilia a pensar que tal população está numa condição de vulnerabilidade, sem lar e com muitas outras demandas específicas. É

possível observar, ainda, que os países europeus fazem, em sua definição oficial, uma tipologia que não está muito clara no Brasil: quais das pessoas em situação de rua estariam que inicialmente se restringia à falta de teto pela elevação dos preços dos imóveis, resultado da especulação imobiliária no Brasil - o que os torna mais suscetíveis a desenvolver problemas de saúde – e quais das pessoas estão na situação de rua porque alguma demanda de falta de saúde – psicológica ou física – a levou até essa condição.

Foi desenvolvida, na Europa, uma conferência internacional continental para tratar das políticas públicas voltadas a essa população. A Conferência de Conselho Europeu sobre Sem-teto foi um evento oficial da Presidência belga de 2010 do Conselho da UE. Com base em evidências periciais, um jurado independente tirou conclusões sobre seis questões-chave sobre as políticas de desabrigados. Suas recomendações forneceram uma base para avançar para uma abordagem mais estratégica para as políticas de sem-abrigo a nível da UE (EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS, 2012).

Para maior compreensão e melhor enfrentamento desse fenômeno que transcorre gerações, é preciso quantificar e caracterizar essa população em nível nacional. As pesquisas epidemiológicas que hoje são feitas no Brasil – assim como em muitos outros países no mundo - referentes à PSR possuem metodologias diversas e não incluem as cidades na sua totalidade, o que impossibilita que conheçamos com clareza todas as particularidades desse grupo. Porém, segundo a Cartilha de Saúde da PSR, este será incluso na contagem oficial por parte do IBGE no Censo de 2020. Posterior a esse feito, um exemplo a seguir seria a construção de uma base de dados *online* brasileira assim como a *Hub Homeless* no Canadá, que reunisse todo o material produzido sobre tal população no país, para que facilitasse o acesso à informação de civis e líderes políticos a todo conteúdo produzido no território nacional (BRASIL. MS, 2014).

Como medida para melhorias no acesso à saúde e para resolver outros problemas sociais, não só países europeus - Dinamarca, Finlândia, França, Irlanda, Portugal, Suécia, Reino Unido, Escócia e Gales – como norte-americanos – Canadá e EUA - investem em uma Estratégia Nacional de habitação para vulneráveis e em situação de rua. Essas estratégias vão de acordo com o conceito de *Housing First*, que considera que a acomodação adequada é um pré-requisito para melhorias na

qualidade de vida de qualquer cidadão (EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS, 2010).

Ainda que muitos países busquem essa estratégia que conseqüentemente traz melhorias em saúde, os ganhos em saúde são diferentes: é comum encontrar nessas estratégias iniciativas de inclusão e justiça social que não tem a participação dos setores da saúde ao estruturar o plano de ação. Judge et al (2005) citam exemplos de programas que tem esses setores bem integrados: Programa de segurança social da Rede de Pesquisa da Irlanda do Norte, Programa de Ação da Inglaterra e a Construção de uma Sociedade Inclusiva da Irlanda.

Assim como no Brasil, no Canadá busca-se a implantação de políticas para enfrentar barreiras no acesso à saúde, e estas possuem semelhanças quanto às estratégias: buscam a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para que melhor possam atender à demanda da PSR e a garantia de acesso à atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional. Na província de Gauteng, reconhece-se também que é importante investir na conscientização sobre as necessidades de saúde da PSR e treinamento para profissionais de saúde, de modo a incentivar abordagens receptivas (SEAGER; TAMASANE, 2010).

Foi uma grande conquista para a PSR brasileira adquirir o direito de acesso à rede pública de saúde nas mais variadas formas e sem a exigência de documentos, mas para diminuir as barreiras no atendimento dessa população na rede é preciso que os profissionais da rede estejam capacitados para atender as demandas considerando as particularidades do grupo, e que estes estejam cientes dos seus direitos. O Plano Operativo para Implementação de ações em saúde da PSR estava ativo entre 2012-2015 com esse fim, citando estratégias que contemplam tais necessidades para melhorias no acesso. Seguindo o Plano, foram publicados a Cartilha da Saúde da PSR e o Manual sobre o Cuidado junto à PSR, mas os resultados de sua aplicação não foram avaliados. Não há registros de inserção da temática no Módulo de Educação à Distância para cursos de formação voltados para profissionais de saúde, e a elaboração de material que informe a PSR sobre o SUS e as redes de atenção à saúde, ou outras ações que capacitassem e sensibilizassem as equipes da urgência, de emergência e de atenção básica de saúde para atendimento da PSR, como havia sido previsto.

Dessa forma, não foram encontradas muitas diferenças no plano de ação e nas estratégias para enfrentamento das desigualdades e iniquidades no Brasil

comparado aos outros países. Há políticas públicas brasileiras para enfrentar tais iniquidades, mas infelizmente não estão sendo efetivas pelo fato de não serem colocadas em prática na sua totalidade.

No que tange à capacitação, esse conhecimento seria aplicado para o manejo em alguns casos específicos e recorrentes no atendimento de alguns perfis dentro dessa população. Por exemplo, no Manual sobre o cuidado junto à PSR (2012), é citado que em no atendimento de saúde a uma pessoa na situação de rua é preciso sempre examinar os pés e as pernas, porque a mobilidade é essencial para a sobrevivência nas ruas. Dessa forma, como normalmente utilizam chinelo grande e têm muito contato com umidade, frequentemente desenvolvem fissuras e micoses. É possível que essas lesões ou de qualquer outro tipo piorem por condições nutricionais e/ou de falta de controle de doenças crônicas como a diabetes, por exemplo, e é preciso estar atento com o fato de que antifúngicos orais podem aumentar a hepatotoxicidade em usuários de álcool, tendo o profissional de saúde que preferir receitar os tópicos. Ressalta-se também a importância do acolhimento, no qual a realização de curativos se torna muito mais que um simples atendimento clínico, mas um valioso momento que auxilia na criação de vínculos e que permite um aprofundamento da anamnese.

Quanto à sensibilização dos profissionais, é lamentável que seja necessário um trabalho de módulo de educação permanente para que profissionais de saúde humanizem o atendimento prestado. É possível que a desumanização da assistência prestada seja fruto de um déficit na formação desse profissional de saúde: pouco se discute e pouco é o contato com a PSR dentro das universidades. Durante a graduação em Odontologia da UFRGS, em nenhum momento foram trabalhadas questões de acesso à saúde da PSR, bem como seus direitos e nossos deveres enquanto profissionais de saúde.

Apesar do enfoque da OMS sobre STP, não foram encontradas informações nos websites oficiais da Organização sobre outros setores. As políticas públicas de saúde para PSR devem estar vinculadas a uma série de ações, como atuar no desemprego, na falta de habitação, nos vínculos familiares, vícios, e etc. Ações que tenham em vista auxiliar na manutenção da moradia, no processo de autonomia e na reinserção social dessas pessoas poderão ter impacto no processo de saúde dessa população.

Portanto, para que tenhamos menos ações curativas em saúde e maior resolutividade nas políticas, é necessário que sejam intersetoriais: as políticas de saúde devem estar vinculadas às políticas sociais, nas políticas de habitação e no cuidado à saúde com visitas domiciliares em espaços de acolhimento institucional. Já existe a Política de Locação Social no Brasil, mas as políticas sociais precisam estar mais bem estruturadas e estarem vinculadas às políticas de saúde, com a busca ativa desses usuários com diversas demandas em saúde.

O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para PSR é composto por oito membros da sociedade civil - representantes da Pastoral e Movimento Nacional da PSR, Fórum do Povo da Rua (Fortaleza), Fórum Permanente da PSR (RJ) e Fórum Permanente de Acompanhamento da Política da PSR (SP) - e oito do governo - Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Justiça, Ministério da Cultura, Ministério do Esporte, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos. Tendo em vista a abordagem de STP e o conceito de que proporcionar habitação pode resultar em ganhos de saúde na PSR, para facilitar esse processo seria importante que fizesse parte do Comitê ao menos um membro da Secretaria Nacional de Habitação – Ministério das Cidades.

Apesar da Cartilha de Saúde da PSR: Um Direito Humano (2014) afirmar que a PSR está integrada no Programa Minha Casa minha vida, não há registros de que pessoas na condição de rua tenham sido beneficiadas pelo Programa (LOPES JR, 2016).

Nonato e Dias (2016) fazem uma leitura dos critérios de inclusão ao programa - com faixas de renda mínima de \$1600,00 a 5000,00: prioriza famílias residentes em áreas de risco, insalubres ou que tenham sido desabrigadas, famílias com mulheres responsáveis pela unidade familiar e famílias de que façam parte pessoas com deficiência – e concluem que o referido Programa não assegura o acesso à moradia digna para a PSR, já que estes correspondem a requisitos distantes à realidade da PSR, que tem características diferenciadas de pobreza extrema e a inexistência de renda.

Para algumas regiões foram encontradas menos informações disponíveis a respeito do assunto, e isso pode estar relacionado com o fato de alguns países terem um número limitado de documentos na língua inglesa disponível nos sites

oficiais do governo e dos ministérios dos países. É possível, portanto, que os países que não possuem o inglês como língua oficial tenham políticas em sua própria língua que não tivemos acesso.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o sexto semestre da graduação em odontologia, quando começamos a estudar e ter noções de gestão e saúde pública, passei a questionar-me: se a assistência é organizada em regiões e a atenção básica se dá em unidades de referência, como se dá a atenção em saúde para quem não tem residência fixa? E quando questionei sobre isso em aula, foi explicado a mim sobre a não exigência desse critério para atendimento a itinerantes. Esse foi o único momento que tive contato em aula na graduação com informações sobre as políticas de saúde para vulneráveis, no caso, a PSR.

Sabe-se, com base nesse e em outros estudos, que a visibilidade da PSR é algo recente, o que justifica o quadro atual de ensino e assistência, e também a necessidade de estudos que busquem mais informações e discussões para melhorar a qualidade do serviço de saúde prestado no Brasil.

Ao iniciar a busca pelo foco da pesquisa, tinha como preocupação tratar da saúde bucal da PSR. Após a escolha do tema junto ao professor orientador, ainda pensava na importância de citar dados relevantes à saúde bucal, e tais dados não deixaram de ter importância, mas com o andamento do trabalho percebi que essa preocupação vinha ao encontro com a maioria das ações de promoção de saúde bucal, voltadas à PSR ou não: uma abordagem isolada do resto do corpo. A grande contribuição desse estudo para a minha formação foi - além de mostrar a importância da humanização do ensino em odontologia - auxiliar na compreensão do valor da criação de políticas intersetoriais, que contemplem todo o contexto que envolve a situação de saúde da população e seguem o princípio da integralidade.

Anseio por adquirir experiências que só a vivência traz e para isso almejo iniciar a residência multiprofissional assim que concluir o curso de odontologia. Diante dos saberes que adquiri durante os anos de graduação, seja estudando os conteúdos que aprimoram o conhecimento técnico, seja na relação interpessoal com colegas, professores e usuários da rede de saúde, vejo-me mais a cada dia atuando na atenção básica do serviço público de saúde, tentando colocar em prática tudo o que me foi ensinado e buscando proporcionar o melhor que posso oferecer às pessoas.

REFERÊNCIAS

ADVISOR COMMITTEE ON HEALTH RESEARCH, 34., 2016, New Delhi. Session New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia, 2016.

ANDERSON, I. **The changing role of service provision**: barriers of access to health services for homeless people. Brussels: European Federation of National Organisations Working with the Homeless, 2006. p. 6.

BAGGETT, T. P. et al. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. **American Journal of Public Health**, New York, v. 100, no. 7, p. 1326-1333, July 2010.

BANYAN: I exist, therefore I am. **The Banyan: changing the face of mental health care in India**. Chennai, 2005. Disponível em: <<http://www.thebanyan.org/html/about.html>> Acesso em: 14 dez. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm >. Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 108 p. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012. p. 21, 34, 40, 43, 57-78. Relatório.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, 2014. p. 5

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua**. Brasília, 2012. p. 4-7. Disponível em: < https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/PLano_Operativo_para_Implementação_de_Ações_em_Saúde_da_Pop_em_situação_de_Rua_2012-2015.pdf >. Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, 2008. p. 03, 13.

BRASIL. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html> Acesso em: 04 dez. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2979 de 15 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html>. Acesso em: 04 dez. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 3305, de 24 de dezembro de 2009.** Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html>. Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 3027, de 26 de novembro de 2007.** Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html> Acesso em: 04 dez. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 04 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html> Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013.** Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html>. Acesso em: 23 nov. 2017.

BYNG, D. Homelessness and access to health care: policy options and considerations. **Healthy Dialogue**, Canada, v. 1, no. 1, p. 1-6, 2012.

CANADIAN OBSERVATORY ON HOMELESSNESS. **Canadian Definition of Homelessness.** Toronto, 2012. Disponível em: <<http://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelesdefinition.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE. **Panorama social de América Latina 2015**, Santiago, 2016. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600175_es.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

CROMBIE, I. K. et al. **Closing the health inequalities gap: an international perspective.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. **Homelessness.** Disponível em: <<https://www.hhs.gov/programs/social-services/homelessness/index.html>> Acesso em: 24 nov. 2017.

DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 384 p.

ENCONTRO NACIONAL SOBRE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA,1., 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2006. p. 13, 22

EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS. **Ending Homelessness: a handbook for policy makers.** Brussels, 2010. Report.

EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH THE HOMELESS. **Homeless Research In Europe.** Brussels, 2010. Report.

EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH THE HOMELESS. **About us.** Disponível em: <<http://www.feantsa.org/en/about-us/what-is-feantsa>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH THE HOMELESS. **ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion.** 2018. Disponível em: <<http://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>>. Acesso em: Acesso em: 04 jan. 2018.

EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS. **On the way home?** Monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe. Brussels, 2012. Report.

EUROPEAN COMMISSION EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION. **The Finnish National Programme to Reduce Long-Term Homelessness.** Helsinki, Dec. 2010. Synthesis Report.

GAETZ, S. et al. **The state of homeless in Canada,** 2016. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness, 2016. Disponível em: <

http://homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16_final_20Oct2016.pdf >. Acesso em: 23 nov. 2017.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista da Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

HOSSAIN, R. et al. **Healthcare first**: improving access to healthcare for the homeless and vulnerably housed in Niagara. Ontario: HEART, 2017. Report. Disponível em: < <http://homelesshub.ca/sites/default/files/HEART-Healthcare-First-2nd-Ed.pdf> >. Acesso em: 23 nov. 2017.

LOPES JUNIOR, E. Unidades do Minha Casa, Minha Vida para moradores de rua de SP não saem do papel. **Uol Notícias, Estadão em São Paulo**, São Paulo, 22 jun. 2016. Disponível em: < <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2016/06/22/unidades-do-minha-casa-minha-vida-para-moradores-de-rua-de-sp-nao-saem-do-papel.htm> >. Acesso em: 26 nov. 2017.

HOUSING AND LAND RIGHTS OF NETWORK. **Homelessness in India**. New Delhi, 2017. Disponível em: < <http://hlrn.org.in/homelessness> > Acesso em: 14 dez. 2017.

HOMELESS SUMMIT, 2015, Pretoria. **Proceedings...** Pretoria: University of Pretoria, University of South Africa, City of Tshwane, Pathways out of homelessness in the City of Tshwane. Research and Strategy Development for the Homeless Summit, 2015. 8 p.

INDIA HOMELESS RESOURCE NETWORK. **India homeless resource network: who we are**. New Delhi, 2017. Disponível em: < <http://www.ihrn.org.in/about> > Acesso em: 14 dez. 2017.

JUDGE, K.; et al. **Health inequalities**: a challenge for Europe. Oct. 2005. Disponível em: <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/pu_2.pdf> Acesso em: 26 nov. 2017.

LUISETTA MUDIE. **Homeless plan 'not enough'**. Washington, Sept. 2009. Disponível em: <<http://www.rfa.org/english/news/china/homeless2-09032009105608.html>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

MEXICO. Secretaria de Desarrollo Social. **Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2017**. Tercera Sección de Diario Oficial de los Estados Unidos Mexicanos, 29 de dic. 2016. Disponível em: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178750/ROP_PROSPERA_2017.pdf> Acesso em: 07 dez. 2017.

MEXICO. Secretaria de Desarrollo Social. **Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social**. Diario Oficial de los Estados Unidos Mexicanos, 5 de sept. 2014. Disponível em:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15278/05092014_DOF_Decreto_d_e_Creacion_Prospera.pdf> Acesso em: 07 dez. 2017.

NAIDOO, V. Government responses to street homelessness in South Africa. **Development Southern Africa**, Silverton, v. 27, no. 1, p. 129-141, Mar. 2010.

FACT sheet: housing first. [S.l.]: National Alliance to End Homelessness, 2016. Disponível em: < <http://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2016/04/housing-first-fact-sheet.pdf> >. Acesso em: 24 nov. 2017.

NATIONAL COALITION FOR THE HOMELESS. **Health care and homelessness**. [S.l.], 2017. Disponível em: <<http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Health.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2017.

NATIONAL HEALTH CARE FOR THE HOMELESS COUNCIL. **Annual Report**. Nashville, Jun. 2016. Report.

NONATO, D. N.; DIAS, D. M. S. Programa Minha Casa, Minha Vida: Política Pública de (ex) inclusão social da população em situação de rua. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 52-72, Jul/Dez. 2016.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 182 p., p.37.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for the Americas. **Salud en las Americas**. [S.l.], 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=59:health-systems-and-social-protection-in-health&Itemid=164&lang=es> Acesso em: 07 dez. 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Últimos datos indicadores de los países**. [S.l., 201-]. Acesso em: <http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=0> Disponível em: 07 dez. 2017.

PATHWAYS out of homelessness: research report 2015. Pretoria, 2015. Disponível em: < http://www.up.ac.za/media/shared/249/ZP_Files/homelessness-report-2015.zp70613.pdf >. Acesso em: 23 nov. 2017.

PLANO de ação sobre saúde em todas as políticas. In: COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS, 66., 2014, **Sessão**. Washington, 2014. CD53/10. Rev.1. Disponível em: < <file:///C:/Users/Rejane/Downloads/CD53-10-p.pdf> >. Acesso em: 23 nov. 2017.

RADIO FREE ASIA. **Mission of Radio Free Asia**. [S.l.], 2017. Disponível em: < <http://www.rfa.org/about/info/mission.html> > Acesso em: 14 dez. 2017.

RULE-GROENEWALD, C. et al. More than just a roof: unpacking homelessness. **HSRC Review**, Pretoria, v. 13, no. 1, p. 3-4, 2015.

SÁNCHEZ DÍAZ, M.; VEGA VALDÉS, J. C. Algunos aspectos teórico-conceptuales sobre el análisis documental y el análisis de información. **Ciencias de la Información**, Habana, v. 34, n. 2, p. 49-60, ago. 2003.

SEAGER, J. R.; TAMASANE, T. Health and well-being of the homeless in South African cities and towns. **Development Southern Africa**, Silverton, v. 27, no. 1, p. 63-83, Mar. 2010

STATISTICS SOUTH AFRICA. **The South Africa I know, the home I understand: Census 2011: fact sheet**. Pretoria, 2011. Disponível em: < http://www.statssa.gov.za/census/census_2011/census_products/Census_2011_Fact_sheet.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2017.

STREET health report 2007. Toronto, 2007. Disponível em: < <http://www.streethhealth.ca/downloads/the-street-health-report-2007.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

UNITED NATIONS, Economic and Social Council. Commission on Human Rights, **Economic, social and cultural rights: women and adequate housing**. [S.l.], 2005. Disponível em: < <http://www.un.org/womenwatch/ods/E-CN.4-2005-43-E.pdf> >. Acesso em: 23 nov. 2017.

UNITED NATIONS. Human Rights Council. **End-of-visit press statement by Leilani Fahra**. New Delhi, India, 22 April 2016. Disponível em: < <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19861&LangID=E>> Acesso em: 14 dez. 2017.

UNITED STATES INTERAGENCY COUNCIL ON HOMELESSNESS. **Opening doors: federal strategic plan to prevent and end homelessness**. Washington, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Africa. African Health Observatory. **Atlas of african health statistics 2016: health situation of the African Region**. Republic of Congo, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Africa. **The health of the people: what works: the african regional health report 2014**. Republic of Congo, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Western Pacific Region. **China statistics**. [S.l.], 2017. Acesso em: <<http://hiip.wpro.who.int/portal/countryprofiles/China.aspx>> Disponível em: 14 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. South East Region. **India statistics**. [S.l.], 2017. Acesso em: < <http://www.who.int/countries/ind/en/>> Disponível em: 14 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. **Bridging the gap between health researchers and policymakers in the Eastern Mediterranean Region**. [S.l.], 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. **Renewed health research for development in the Eastern Mediterranean Region.** [S.l.], 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. **Right to health: crossing barriers to access health in the occupied palestinian territory.** [S.l.], 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. **Strategic consultation for scaling up research for health in the Eastern Mediterranean Region.** [S.l.], 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. **The Work of WHO in the Eastern Mediterranean Region.** Cairo, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Committee for the Eastern Mediterranean. **The Work of WHO in the Eastern Mediterranean Region.** Cairo, 2016.

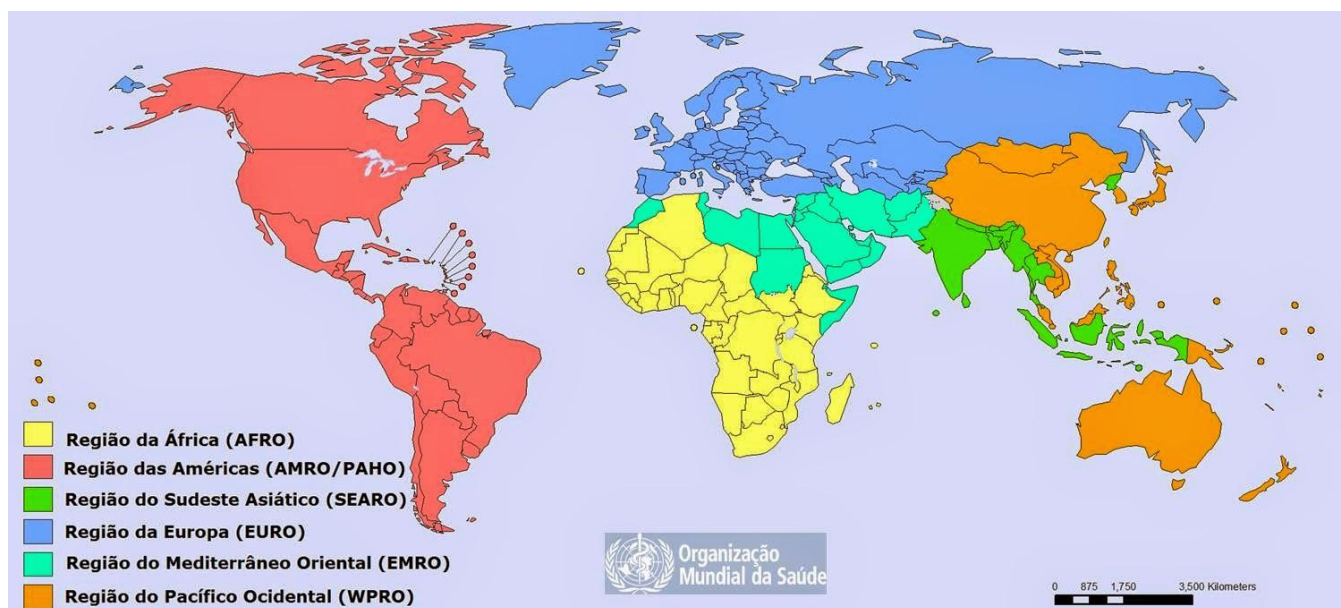
WRIGHT, N. M. J.; TOMPKINS, C. N. E. **How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for South-East Asia. **From vulnerability to preparedness: emergency and humanitarian action in the South-East Asia Region.** New Delhi, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for the Western Pacific. **The work of WHO in the Western Pacific Region.** Manila, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for the Western Pacific. **Strategic framework for health research.** Kuala Lumpur, 2004

ANEXO A – MAPA ILUSTRATIVO DA DIVISÃO GEOPOLÍTICA DAS REGIÕES SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



Fonte: Blog eportuguese, 12 de outubro de 2014. Disponível em: <<http://eportuguese.blogspot.com.br/2014/10/mudancas-climaticas-uma-oportunidade.html>> Acesso em: 14 dez. 2017.

ANEXO B - OS PROBLEMAS CLÍNICOS MAIS COMUNS JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

1. Problemas nos pés: Varicosidades e estase venosa, celulites e erisipelas, micoses, calosidades, clavus plantares, Pé-de-imersão ou pé-de-trincheira, Bicho-de-pé e unha encravada.
2. Infestações: *Pediculus corporis* (piolho de corpo, muquirana), *Pediculus capitis*, *Pthirus pubis* Escabiose (sarna)
3. Tuberculose
4. ISTs: Blenorrágia, Sífilis, HIV, Condiloma, Cancro mole, Chato, Clamídia e Herpes
5. Gravidez de alto risco: associado a fatores de cuidado à saúde e emocionais.
6. Doenças crônicas: Hipertensão, *Diabetes mellitus* e doença pulmonar obstrutiva crônica.
7. Álcool e drogas.
8. Saúde Bucal.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Sobre o Cuidado em Saúde junto à População em Situação de Rua, 2012, p.57

ANEXO C – ALGUMAS BARREIRAS PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PSR NO BRASIL

1. Hospitais exigem acompanhante para a pessoa em situação de rua ser atendida;
2. As UBS tradicionais não costumam adscrever moradores de rua;
3. O SAMU, por considerar um problema social, muitas vezes tem dificuldade em atender pacientes que julgam ser em situação de rua;
4. Horários de consultas às vezes são incompatíveis com horários de sobrevivência na rua;
5. Profissionais de saúde alheios à realidade da PSR prescrevem medicamentos inexistentes na rede e caros;
6. Falta de vagas suficientes de psiquiatria em hospitais gerais para a população;
7. Dificuldades na dispensação de medicamentos para quem não pode absolutamente comprá-los;
8. Serviços que deem suporte a usuários de álcool e droga em quantidade suficiente;
9. Falta habilidade para os profissionais trabalharem com a população em situação de rua;
10. Dificuldade no acesso a vagas em leitos de urgência;
11. Locais adequados para restabelecimento após alta hospitalar em quantidade suficiente;
12. Dificuldade dos usuários com a marcação de consultas especializadas, não tendo acesso à guia de referência quando marcadas as consultas;
13. Demora na marcação de consultas em algumas especialidades.

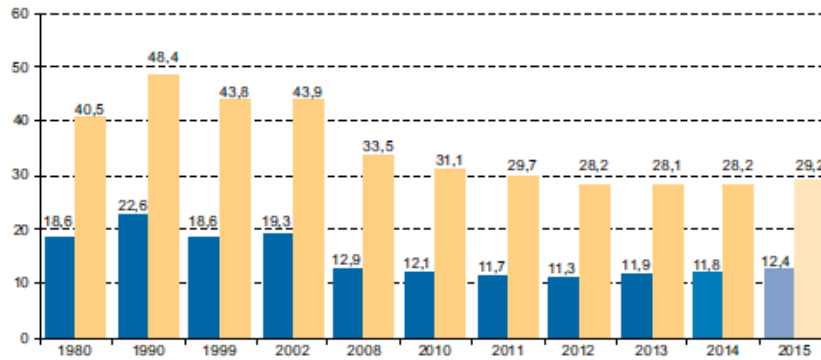
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Sobre o Cuidado em Saúde junto à População em Situação de Rua, 2012, p.40

ANEXO D – GRÁFICO SOBRE A EVOLUÇÃO DA POBREZA E DA INDIGÊNCIA NA AMÉRICA LATINA, 1980-2015

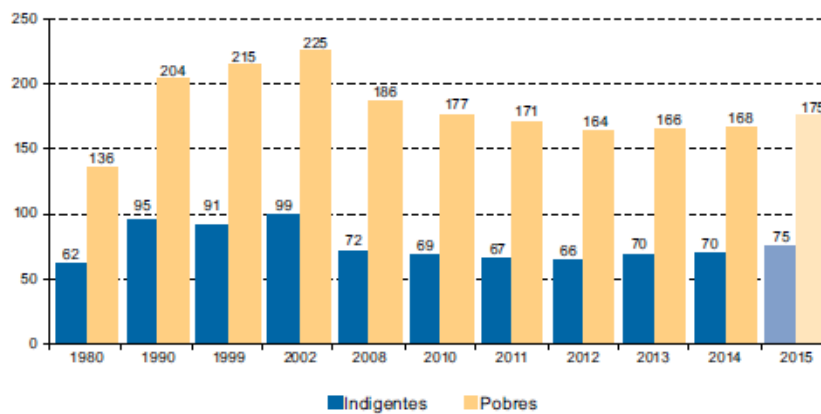
Gráfico I.1

América Latina (19 países): evolución de la pobreza y la indigencia, 1980-2015^a
(En porcentajes y millones de personas)

A. Porcentaje de personas



B. Millones de personas



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a No se incluye a Cuba. Los datos de 2015 corresponden a una proyección.

Fonte: Comissão Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 2015, p. 19.

ANEXO E – INDICADORES DE POBREZA E INDIGÊNCIA DA AMÉRICA LATINA

Cuadro I.A1.1
América Latina (18 países): indicadores de pobreza e indigencia,
alrededor de 2001-2014^a
(En porcentajes)

País	Año	Pobreza ^b				Indigencia			
		Hogares		Población		Hogares		Población	
		Incidencia (H)	Incidencia (H)	Brecha (PG)	Brecha al cuadrado (FGT2)	Incidencia (H)	Incidencia (H)	Brecha (PG)	Brecha al cuadrado (FGT2)
Argentina ^c	2004	27,3	34,9	16,0	10,0	11,7	14,9	6,8	4,6
	2009	8,1	11,3	4,7	2,9	3,0	3,8	1,9	1,4
	2012	3,4	4,3	1,9	1,3	1,7	1,7	1,0	0,8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	55,5	62,4	34,4	23,8	31,7	37,1	19,5	13,5
	2009	36,3	42,4	19,8	12,7	18,2	22,4	11,0	7,3
	2011	31,2	36,3	15,5	9,4	15,6	18,7	8,1	4,9
Brasil	2013	28,4	32,7	14,3	8,7	13,6	16,8	7,7	4,9
	2001	30,0	37,5	17,3	10,7	10,0	13,2	5,8	3,8
	2009	19,3	24,9	10,5	6,2	5,7	7,0	3,2	2,2
Chile	2013	14,1	18,0	7,6	4,7	5,3	5,9	3,1	2,3
	2014	12,6	16,5	6,3	3,6	3,9	4,6	2,1	1,4
	2003	15,3	18,7	6,3	3,2	3,9	4,7	1,7	1,0
Colombia ^d	2009	9,7	11,4	3,9	2,2	3,3	3,6	1,6	1,0
	2013	6,5	7,8	2,5	1,3	2,3	2,5	1,0	0,7
	2002	42,2	49,7	21,9	12,8	14,3	17,8	6,8	3,7
Costa Rica	2010	30,4	37,3	15,2	8,5	9,6	12,3	4,6	2,5
	2013	24,8	30,7	11,8	6,4	7,3	9,1	3,3	1,8
	2014	23,0	28,6	10,9	5,8	6,5	8,1	3,0	1,7
Ecuador ^e	2002	18,6	20,3	8,4	5,2	7,7	8,2	3,9	2,7
	2010 ^f	16,0	18,5	6,8	3,8	5,8	6,8	2,7	1,7
	2013 ^g	15,6	17,7	6,9	4,0	6,4	7,2	3,1	1,9
El Salvador	2014 ^h	16,4	18,6	7,1	4,0	6,7	7,4	2,9	1,8
	2002	42,6	49,0	20,8	11,8	16,3	19,4	6,9	3,7
	2010	31,4	37,1	14,2	7,5	11,9	14,2	4,6	2,4
Guatemala	2013	28,2	33,5	11,6	5,7	8,9	10,9	3,2	1,6
	2014	25,6	31,0	10,5	5,1	7,8	9,9	2,9	1,3
	2001	42,9	48,9	22,7	14,0	18,3	22,1	9,5	5,7
Honduras	2009	41,8	47,9	19,4	10,5	14,1	17,3	5,7	2,7
	2013	35,5	40,9	14,9	7,4	10,1	12,5	3,5	1,5
	2014	35,9	41,6	14,6	7,2	10,3	12,5	3,5	1,4
México	2002	52,8	60,2	27,0	15,4	26,9	30,9	10,7	5,5
	2006	46,7	54,8	25,5	15,2	22,7	29,1	11,3	5,8
	2014	60,5	67,7	33,1	20,1	38,5	46,1	19,1	10,3
Nicaragua	2002	70,9	77,3	45,3	31,2	47,1	54,4	26,6	16,2
	2010	63,3	69,5	39,3	26,9	39,8	45,9	22,9	14,5
	2013	69,0	74,3	43,3	30,2	45,0	50,5	25,5	16,4
Panamá	2002	31,8	39,4	13,9	6,7	9,1	12,6	3,5	1,4
	2010	29,3	36,3	12,8	6,3	9,8	13,3	4,1	1,9
	2012	29,9	37,1	12,7	6,1	10,4	14,2	4,2	1,8
Paraguay	2014	33,2	41,2	14,2	6,7	12,1	16,3	4,5	1,9
	2001	63,0	69,4	37,1	24,5	36,5	42,5	19,2	12,0
	2009	52,0	58,3	26,1	15,2	25,1	29,5	11,7	6,3
Perú	2002	30,0	36,9	16,8	10,2	14,4	18,6	7,6	4,3
	2010	19,3	25,7	10,6	5,9	8,9	12,6	4,6	2,3
	2013	17,4	23,1	10,1	6,1	8,7	12,2	5,3	3,1
República Dominicana	2014	16,2	21,4	9,6	6,0	8,1	11,5	5,3	3,2
	2001	50,7	59,7	28,7	18,0	25,2	31,3	13,7	8,2
	2010	48,0	54,8	25,4	15,5	26,0	30,7	12,9	7,6
Uruguay ⁱ	2013	35,2	40,7	16,6	9,3	16,8	19,2	7,1	3,9
	2014	36,9	42,3	17,7	10,1	17,2	20,5	8,0	4,4
	2001	48,7	54,7	24,7	14,5	20,4	24,4	9,6	5,2
Venezuela (República Bolivariana de)	2010 ^j	29,7	34,3	12,7	6,4	8,0	9,5	2,7	1,2
	2013 ^k	21,1	23,9	8,1	3,9	3,8	4,7	1,3	0,5
	2014 ^l	19,8	22,7	7,5	3,5	3,5	4,3	1,1	0,5
América Latina ^m	2002	42,2	47,1	20,9	12,6	18,2	20,7	8,8	5,3
	2010	38,0	41,4	18,7	11,1	19,2	20,9	8,2	4,6
	2013	36,9	40,7	17,7	10,2	18,3	20,2	7,6	4,1
Uruguay ⁱ	2014	33,5	37,2	15,7	9,1	16,6	17,9	7,0	3,9
	2002	9,3	15,4	4,5	1,9	1,3	2,5	0,6	0,2
	2010	5,0	8,6	2,3	0,9	0,7	1,4	0,3	0,1
Venezuela (República Bolivariana de)	2013	3,7	5,7	1,6	0,6	0,7	0,9	0,2	0,1
	2014	2,9	4,5	1,1	0,5	0,6	0,7	0,2	0,1
	2002	43,3	48,6	22,1	13,4	19,7	22,2	9,2	5,7
América Latina ^m	2010	23,7	27,8	9,9	5,3	9,3	10,7	3,9	2,4
	2013 ^g	27,9	32,1	12,1	6,7	8,9	9,8	3,9	2,5
	2002	36,1	43,9	...	14,6	19,2	...	...	...
América Latina ^m	2010	23,9	31,1	...	9,1	12,1	...	...	...
	2013	21,6	28,1	...	8,8	11,9	...	...	...
	2014	21,7	28,2	...	8,8	11,8	...	...	...

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a H = Índice de recuento; PG = Brecha de pobreza; FGT2 = Índice de Foster, Greer y Thorbecke elevado al cuadrado. Las estimaciones de la CEPAL se orientan a buscar el mayor grado de comparabilidad regional posible, con el fin de mantener una estructura metodológica común para todos los países, la que se alinea con los datos de las mismas encuestas utilizadas en las mediciones oficiales nacionales.

^b Se incluyen los hogares (o personas) en situación de indigencia o pobreza extrema.

^c Áreas urbanas.

^d Cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia.

^e Cifras no comparables con los de años anteriores, debido al cambio del criterio de elaboración del agregado de ingresos.

^f Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, no comparables con las de años anteriores.

^g Cifras del Instituto Nacional de Estadística (INEI) de la República Bolivariana de Venezuela, no comparables con las de años anteriores.

^h Estimación sobre los 18 países incluidos en el cuadro más Haití.

Fonte: Comissão Econômica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 2015, p. 47-48.