

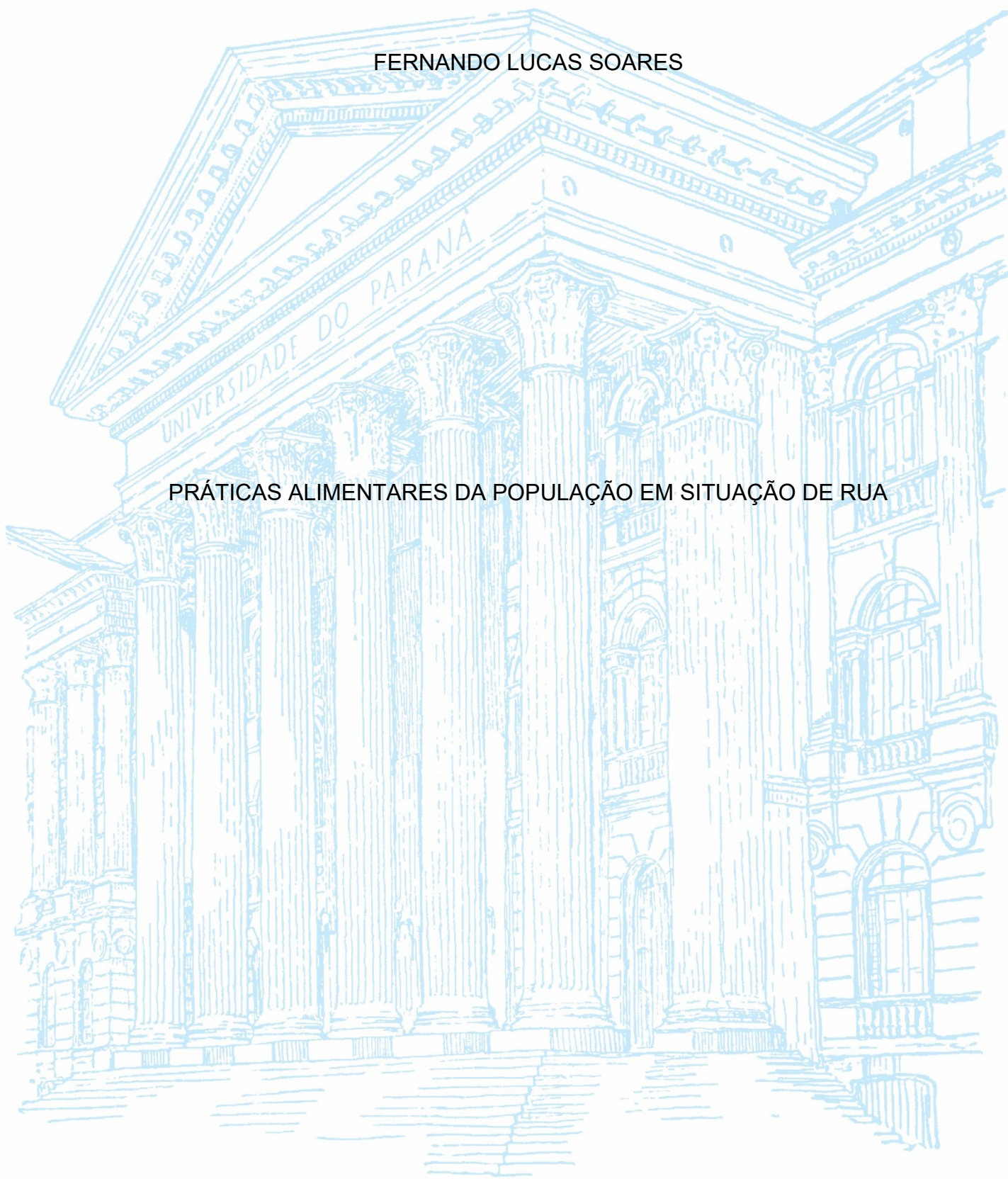
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDO LUCAS SOARES

PRÁTICAS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

CURITIBA

2021



FERNANDO LUCAS SOARES

PRÁTICAS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

CURITIBA

2021

S676 Soares, Fernando Lucas
Práticas alimentares da população em situação de rua
[recurso eletrônico] / Fernando Lucas Soares. -- Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade
Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma Fidalski

1. Comportamento alimentar. 2. Pessoas em situação de rua.
3. Alimentos, dieta e nutrição. I. Fidalski, Solena Ziemer Kusma.
II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM QU 145



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **FERNANDO LUCAS SOARES** intitulada: **PRÁTICAS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**, sob orientação da Profa. Dra. SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 31 de Agosto de 2021.

Assinatura Eletrônica

01/09/2021 18:41:23.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

02/09/2021 15:14:30.0

GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

02/09/2021 15:06:52.0

AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

A todos que me privilegiaram com suas histórias e me permitiram conhecer a sua realidade.

Ao Danilo*, sempre acompanhado pelo seu companheiro peludo Bisteca*.

Ao senhor Oswaldo*, participante assíduo das ações.

A todos muitos outros que necessitam de voz, direitos e comida para o corpo e alma.

* Pseudônimo.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo constante apoio.

Às minhas professoras da nutrição com destaque para Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas que me abriu os olhos para a saúde coletiva e para Cilene da Silva Gomes Ribeiro que contribuiu com o conhecimento sobre a complexidade dos diversos aspectos do alimento e alimentar-se.

Aos Médicos de Rua e toda sua equipe. Ao Dr Mário Vicente Campos Guimarães e Dr. Ricardo de Paula Sirigattii.

À Angélica Aparecida Maurício pela parceria no projeto, e a toda equipe de nutrição dos Médicos de Rua.

Àqueles que me ensinaram a ter uma visão diferenciada sobre a população em situação de rua: Magali Heggler, Vanessa Lima, Maurício Pereira, Stella Maris Soares da Silva.

À Solena Ziemer Kusma Fidalski que além de me orientar me apoiou e não me fez desistir ou deixar de acreditar.

Aos colegas da graduação que tanto me auxiliaram: Giovanna Cassia Amaro Zanelatto, Isabelle Faoro Glaser e Vinicius Ryu Kami.

Ao amigo Luiz Roberto Curia König pelas longas conversas e socorros.

À Priscila de Ferrante e Virgínia de Ferrante pelo apoio em momentos difíceis e por me acolherem na Casa#B.

Ao Rubens Cesar Stier Portella pela amizade e contribuição no projeto.

Ao Alexandre da Silva Nunes pelas conversas e aprendizados, pelo carinho e por me fazer seguir em frente.

O melhor modo de encontrar a si mesmo é se perder servindo aos outros.

Mahatma Gandhi

RESUMO

A população em situação de rua (PSR) é caracterizada por apresentar grandes vulnerabilidades socioeconômicas e de saúde. Nas últimas décadas o número de pessoas em situação de rua aumentou, bem como ações de apoio para esse grupo. Ao considerar o conceito expandido de saúde e seus determinantes, a alimentação é um dos principais condicionantes de saúde, e um dos mais fragilizados, que demandam atenção especial na assistência à PSR haja vista o constante estado de insegurança alimentar e nutricional. Diante desse contexto, o objetivo dessa dissertação é caracterizar as práticas alimentares da população em situação de rua atendida em ações voluntárias realizadas na cidade de Curitiba durante o ano de 2019. Para tanto os pesquisadores realizaram uma pesquisa observacional, transversal com análise de informações de formulários da Associação Médicos do Mundo - Médicos de Rua – Curitiba PR. As informações coletadas dizem respeito a dados pessoais, aspectos antropométricos, perfil socioeconômico, perfil psicossocial e avaliação nutricional. Todos os dados foram organizados em Planilhas do programa computacional Microsoft Excel® e analisadas de forma descritiva pelo SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) versão 25.0. Avaliou-se 710 pessoas, com idade entre 18 a 84 anos (média 39,3), em sua maioria do sexo masculino (87,3%). Mais de 90% eram alfabetizadas. Um total de 53,38% relatou que vive há menos de 1 ano nas ruas, 73,5% relataram estar em situação de rua sozinho. A principal forma de renda são os serviços informais, seguido de atividades como guardar carros e pedir dinheiro. Com relação às práticas alimentares, elas se apresentaram norteadas pela inconstância no acesso ao alimento além da baixa variedade na dieta. Aspectos emocionais e sociais da alimentação encontram-se suprimidos pelo contexto e forte demanda pelo alimento “matar a fome”. Sendo assim, a pesquisa reafirma necessidade de um debate a respeito do tema, desestigmatizando e entendendo essa população como consequência do modo de produção capitalista, gerando olhares novos e humanizados para uma população em vulnerabilidade social e historicamente invisibilizada.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua. Comportamento Alimentar. Alimentos, Dieta e Nutrição.

ABSTRACT

The homeless population (HP) is characterized by great socioeconomic and health vulnerabilities. In recent decades the number of homeless people has increased, as well as support actions for this group. When considering the expanded concept of health and its determinants, food is one of the main health determinants, and one of the most fragile, which require special attention in assisting the HP given the constant state of food and nutritional insecurity. Given this context, the aim of this dissertation is to characterize the food practices of the homeless population assisted in voluntary actions carried out in the city of Curitiba during the year 2019. For this, the researchers conducted an observational, cross-sectional research with analysis of information from forms of the Association Doctors of the World - Street Doctors - Curitiba PR. The information collected concerns personal data, anthropometric aspects, socioeconomic profile, psychosocial profile and nutritional assessment. All data were organized in Microsoft Excel® spreadsheets and analyzed descriptively by SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) version 25.0. We evaluated 710 people, aged between 18 and 84 years (mean 39.3), mostly males (87.3%). More than 90% were literate. A total of 53.3% reported living on the streets for less than 1 year, 73.5% reported being on the streets alone. The main form of income is informal services, followed by activities such as taking care of cars and asking for money. In relation to eating practices, they were guided by the inconstancy in access to food, besides the low variety in the diet. The emotional and social aspects of eating are suppressed by the context and the strong demand for food to "satisfy hunger". Thus, the research reaffirms the need for a debate on the subject, destigmatizing and understanding this population as a consequence of the capitalist mode of production, generating new and humanized looks for a population in social vulnerability and historically invisibilized.

Keywords: Homeless Persons. Feeding Behavior. Diet, Food, and Nutrition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPA 1 – MAPAS DE CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DAS AÇÕES EM CURITIBA.....	28
FOTOGRAFIA 1 – AÇÃO NA PRAÇA TIRADENTES.....	29
ESQUEMA 1 – ORGANIZAÇÃO DOS SETORES E FLUXO DE ATENDIMENTO	30
FOTOGRAFIA 2 – EQUIPE DE ODONTOLOGIA E ESCOVÓDROMOS PORTÁTEIS.....	33
FOTOGRAFIA 3 – ESTRUTURA MÓVEL DO BANHO DO CORAÇÃO.....	34
FOTOGRAFIA 4 – EQUIPE DE VOLUNTÁRIOS NA AÇÃO DE 29 DE SETEMBRO DE 2019.....	35
FOTOGRAFIA 5 – EQUIPE DE NUTRIÇÃO NA AÇÃO DE 11 DE NOVEMBRO DE 2018	36
MAPA 2 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS LOCAIS EM QUE DORMEM “NA RUA”	47
MAPA 3 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS LOCAIS DE ACOLHIDA GRATUITOS EM QUE DORMEM.....	48
MAPA 4 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS LOCAIS DE DOAÇÃO DE COMIDA.....	55
MAPA 5 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DA REGIÃO QUE OFERECEM REFEIÇÕES À PSR	57
MAPA 6 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS RESTAURANTES POPULARES DA REGIÃO	58

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PUBLICAÇÕES NACIONAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO DA PSR.....	26
QUADRO 2 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXOS: FOME E APETITE	66
QUADRO 3 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: SAÚDE	67
QUADRO 4 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, SUBEIXO: QUANTIDADE.....	68
QUADRO 5 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, SUBEIXO: QUALIDADE, HARMONIA E ADEQUAÇÃO.....	69
QUADRO 6 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, SUBEIXO: GRUPOS ALIMENTARES	70
QUADRO 7 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA SUBJETIVIDADES.....	71
QUADRO 8 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA ACESSO, EIXOS: OFERTA E REGULARIDADE	72
QUADRO 9 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA ACESSO; EIXOS: SERVIÇOS PÚBLICOS/RESTAURANTES E CONDIÇÕES FINANCEIRAS.....	73
QUADRO 10 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA CONTEXTO SOCIAL.....	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	44
TABELA 2 – PERFIL SOCIOECONÔMICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	46
TABELA 3 – PERFIL PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	50
TABELA 4 – QUANTIDADE DE DIAS SEM ALIMENTAR-SE NA SEMANA ANTERIOR DA AVALIAÇÃO.....	53
TABELA 5 – QUANTIDADE DE REFEIÇÕES REALIZADAS NO DIA ANTERIOR DA AVALIAÇÃO	54
TABELA 6 – FORMAS DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO	54
TABELA 7 – PRÁTICAS RELACIONADAS À INGESTA HÍDRICA	61
TABELA 8 – ALIMENTOS CONSUMIDOS COM MAIOR FREQUÊNCIA.....	62
TABELA 9 – ALIMENTOS QUE SENTEM FALTA DE COMER.....	63
TABELA 10 – RESPOSTAS À PERGUNTA: “ACHO A MINHA ALIMENTAÇÃO...”	65

LISTA DE SIGLAS

BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CADÚNICO	- Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
Centros POP	- Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CPF	- Cadastro de Pessoa Física
EstaR	- Estacionamento Regulamentado de Curitiba
FAS	- Fundação de Ação Social de Curitiba
HP	- Homeless Population/Person
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOSAN	- Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
ONG	- Organização Não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
PSR	- População/Pessoa em Situação de Rua
RG	- Registro Geral
SANEPAR	- Companhia de Abastecimento do Paraná
SciELO	- Scientific Electronic Library Online
SPSS®	- Statistical Package for Social Sciences
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

APROXIMAÇÃO DO AUTOR COM O TEMA	16
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo geral	18
1.1.2 Objetivos específicos.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	19
2.2 SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E DIREITOS	21
2.3 ALÉM DO ARROZ E FEIJÃO.....	23
2.4 PRODUÇÃO BRASILEIRA SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	25
2.5 PROJETO MEDICOS DE RUA	27
2.5.1 Médicos de Rua – Curitiba	28
2.5.2 Nutrição de Rua	35
3 MATERIAL E MÉTODOS	38
3.1 REVISÃO DA LITERATURA	38
3.1.1 Revisão da literatura brasileira	38
3.2 DESENHO DO ESTUDO	39
3.3 FONTE DOS DADOS.....	39
3.3.1 Informações de prontuários médicos e nutricionais	39
3.3.2 Diário de campo	39
3.4 PARTICIPANTES.....	40
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	40
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	40
3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	40
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
3.9 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	42
3.10 PONDERAÇÕES NECESSÁRIAS	42
4 RESULTADOS	43
4.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
4.2 IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO	43
4.3 PERFIL SOCIOECONÔMICO	45

4.4 PERFIL PSICOSSOCIAL	50
4.5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	53
4.5.1 Periodicidade da alimentação	53
4.5.2 Acesso à alimentação	54
4.5.3 O cozinhar	59
4.5.4 A água.....	60
4.5.5 O que como mais	62
4.5.6 O que sinto falta de comer	63
4.5.7 O que acho da minha alimentação.....	65
5 DISCUSSÃO.....	75
5.1 AS PESSOAS	75
5.2 SUAS FOMES.....	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXO 1 – ANAMNESE INICIAL	90
ANEXO 2 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 1.....	94
ANEXO 3 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 2.....	95
ANEXO 4 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 3.....	96
ANEXO 5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 4.....	97
ANEXO 6 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	98

APROXIMAÇÃO DO AUTOR COM O TEMA

Sempre tive interesse pelos diferentes aspectos da alimentação desde seus componentes sociais, gastronômicos até o nível nutricional e bioquímico que se refletiu na minha trajetória acadêmico-profissional que inclui a realização de um curso de chef de cozinha, graduação em nutrição, atuação como nutricionista na área hospitalar e uma segunda graduação, agora em medicina.

Em julho de 2018 me inscrevi como voluntário no projeto Médicos de Rua de Curitiba, estava cursando o 8º período de medicina e percebi que talvez pudesse ser mais útil na área da nutrição.

Logo encontrei colegas da área de nutrição que também compartilhavam o desejo de fazer a diferença com a população em situação de rua mesmo sem termos a menor ideia de por onde começar devido a carência de referências específicas e inexperiência no trabalho com essa população.

Sem as perguntas “certas” e indicadores validados, iniciamos um processo de aprendizado guiados pela escuta ativa e vontade de compreender essa dura realidade norteados pelo desejo do conhecer para mudar. Movido pela curiosidade e devido a afinidade com pesquisa acabei organizando as avaliações e documentos desde o início da minha participação, auxiliando na tutoria do setor de nutrição.

Abertos a constante desconstrução e reconstrução, o conhecimento técnico e humano adquirido foi muito maior do que imagino que seria possível alcançar ao utilizar um instrumento desenvolvido por terceiros. Nos deparamos com informações singulares, reflexos de uma realidade desconhecida e cheias de significados.

Ao surgir a oportunidade de cursar o mestrado em saúde coletiva pressenti que seria aqui a ocasião que tal trabalho poderia vir a ser divulgado visando transmitir os conhecimentos apreendidos de maneira empírica.

Atualmente sigo como parte da equipe de tutoria do setor de nutrição, contribuindo com um projeto que me dedico com grande carinho.

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua pode ser caracterizada como um grupo heterogêneo que sofre influência em maior ou menor grau do processo de realização que abrange a existência de vínculos familiares frágeis ou interrompidos, a falta de moradia convencional regular e condição de pobreza extrema (BRASIL, 2009b).

A existência desse grupo populacional é fruto da interação de fatores biográficos (o uso/abuso de álcool e drogas e relações familiares instáveis) com fatores estruturais (ausência de moradia, desemprego e crise econômica) promovidos e sustentados pelo modo de produção capitalista, agente causador da pobreza e das desigualdades sociais (BRASIL, 2008b; TIENGO, 2018) e o número de pessoas em situação de rua é alarmantemente crescente conforme comprova Natalino (2020)

Partindo do conceito de saúde como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986) essa população vive um constante estado de fragilidade e vulnerabilidade.

Conforme exposto, a alimentação e nutrição constitui um dos fatores condicionantes e determinantes de saúde e bem-estar (BRASIL, 1990), sendo um dos mais fragilizados e que demandam atenção especial na assistência à PSR haja vista o constante estado de insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2012).

Além de sua função básica para sobrevivência humana e determinante de saúde a alimentação carrega a influência de fatores históricos, ecológicos, culturais, sociais, econômicos e políticos (MACIEL, 2005) sendo possível através do seu estudo conhecer outros aspectos da realidade daquele indivíduo ou grupo. Uma abordagem dessa temática é por meio da investigação das práticas alimentares, que não se limitada aos alimentos ingeridos *per se*, compreende tanto fatores objetivos e subjetivos sobre o “como se come” (CANESQUI, 2005).

Apesar da alimentação ser uma das fragilidades mais icônicas quando se rememora a população em situação de rua, pesquisas acerca desse tema (principalmente as nacionais) são perturbadoramente incipientes.

Portanto, torna-se urgente e necessário a investigação sobre aspectos relacionados à saúde e alimentação desse grupo populacional para assim embasar e aprimorar a assistência em saúde e medidas de combate a insegurança alimentar

nutricional; promover a discussão e voltar os olhos para essa população negligenciada além de fundamentar políticas públicas de saúde, assistência social e de segurança alimentar e nutricional direcionadas

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

O objetivo principal desse trabalho é caracterizar as práticas alimentares da população em situação de rua atendida em ações voluntárias realizadas na cidade de Curitiba durante o ano de 2019.

1.1.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos desse trabalho são:

- a) realizar revisão de literatura sobre a produção científica nacional sobre alimentação/nutrição da população em situação de rua;
- b) caracterizar o perfil demográfico e psicossocial da população avaliada;
- c) identificar as características específicas das práticas alimentares da população avaliada;
- d) discutir as vulnerabilidades levantadas dessa população sob a ótica de políticas públicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Definir o conceito de população em situação de rua é tema de discussão visto a sua complexidade e heterogeneidade, inerente da sua própria constituição. A definição utilizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome é a seguinte:

A População em Situação de Rua (PSR) compreende um grupo populacional heterogêneo que está abaixo da linha da pobreza, tem vínculos familiares e afetivos rompidos ou fragilizados, utiliza logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios etc.) e áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas etc.) para morar e viver devido à falta de moradia convencional regular, ou faz uso das unidades de acolhimento noturno como abrigos e albergues para pernoite, de modo permanente ou temporário (BRASIL, 2009b).

Atingidos pelas diferentes faces do processo de realização em maior ou menor intensidade, a carência de suporte familiar adequado, a ausência de moradia regular, dificuldades financeiras expressas pelo desemprego e garantida da sua sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas e maior susceptibilidade ao uso e abuso de álcool e outras drogas, se interrelacionam e potencializam gerando um profundo estado de vulnerabilidade social, cultural e econômica (TIENGO, 2018).

A história de vida de cada indivíduo, o grau de influência das variáveis de realização e características como gênero, raça/cor, idade, deficiências físicas e mentais promovem que essa população seja extremamente plural e que vivenciem distintas situações de múltiplas vulnerabilidades (CASTRO et al., 2020).

E quais são as razões da existência desse grupo populacional?

Fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, tais como fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens etc.) além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto etc.) (BRASIL, 2008b)

Porém estes, isoladamente não são suficientes para perpetuação desse fenômeno, sendo determinado e alimentado pelo modo de produção capitalista que perpetua a pobreza e as desigualdades sociais (BRASIL, 2008b; TIENGO, 2018)

Através do I Censo e Pesquisa Nacional sobre População de Rua realizado entre 2007 e 2008 em 71 cidades brasileiras foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua, perfazendo 0,061% da população das cidades estudadas. (BRASIL, 2009b).

Já por meio da estimativa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (NATALINO) de 2016, teoricamente existiriam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Em nova estimativa do IPEA realizada por Natalino (2020), em março de 2020, o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil era de 221.869. Ao comparar os dados de setembro de 2012 com os de março de 2020 um aumento de 140% desse contingente populacional foi verificado (NATALINO, 2020).

Fato também verificado na cidade de São Paulo, que apresentou um aumento da PSR ao longo dos anos, nos anos 2000, 2009 e 2011 havia respectivamente 8.088 (0,078% da população da cidade), 13.666 (0,122% da população da cidade) e 14.478 (0,128% da população da cidade) pessoas em situação de rua na capital (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2012).

Através do I Censo e Pesquisa Nacional sobre População de Rua de 2007-2008, Curitiba-PR possuía 2.776 pessoas em situação de rua (0,154%) (BRASIL, 2009b). Utilizando dados das PSR inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADÚNICO), e considerando a possibilidade desses números serem subestimados tendo em vista que apenas uma parte da PSR está cadastrada, em Curitiba no ano de 2018 havia 1.883 pessoas em situação de rua, em 2019 – 2.477, em 2020 – 2.708 e em 2021 – 2.843. O que independentemente da representatividade do real contingente populacional, também demonstra um crescente dessa população (DAROLT, 2021).

O evidente crescimento do número de pessoas em situação de rua é observado nacionalmente, com maior intensidade nos grandes municípios, o que sugere a influência das dinâmicas nacionais relacionadas a crise econômica e o aumento do desemprego e da pobreza (NATALINO, 2020).

Com relação ao perfil demográfico os dados nacionais e regionais, em sua maioria, mostram uma semelhança das principais características desse grupo. A faixa

etária média se concentra entre 25-49 anos de idade, mais de 80% são do gênero masculino e a grande maioria vive sozinho. (CORTIZO, 2019; DAROLT, 2021)

Quanto a raça/cor, apesar das diferenças regionais, verifica-se uma frequência relativa muito maior de pardos e pretos em situação de rua que a população em geral de cada localidade (PARANÁ, 2008; BRASIL, 2009b; CURITIBA, 2016).

Mais de 80% são alfabetizados (QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA, 2020; RIO DE JANEIRO, 2020). Em sua maioria desempenham atividades remuneradas, principalmente de maneira informal, sendo as principais a coleta de materiais recicláveis, guardar carros ou vender produtos como ambulante (BRASIL, 2009b; RIO DE JANEIRO, 2020).

Em pesquisa realizada no ano de 2020 na cidade do Rio de Janeiro-RJ, 83,1% dos entrevistados referiram fazer uso regular de algum tipo de droga lícita e/ou ilícita (RIO DE JANEIRO, 2020).

2.2 SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E DIREITOS

O conceito de saúde é muito mais amplo que apenas a ausência de doenças ou um estado inatingível e idealizado de completo bem-estar físico, mental e social. Os diferentes conceitos acabam se mesclando e complementando tendo em vista que a saúde acaba sendo dinâmica e fruto das interações entre fatores biológicos e psicológicos, individuais e coletivos, do ambiente e o modo de produção vigente que acaba por influenciar e ditar o bem-estar e o adoecer (BATISTELLA, 2007) – permitindo em maior ou menor grau o “desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico” (LAURELL, 1997)

O conceito de saúde postulado na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 menciona que: em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 1986). E na Constituição Brasileira de 1988 a saúde foi promulgada como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Tendo em vista todos esses conceitos, a população em situação de rua vive um estado contínuo de vulnerabilidades tendo todos os determinantes de saúde, inclusive a alimentação, em constante risco e seus direitos continuamente feridos.

Em publicação oficial do Ministério da Saúde, o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012) são mencionados as doenças mais prevalentes e alguns determinantes, porém o componente alimentar acaba sendo negligenciado. A mesma inobservância ocorre na Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, que 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 no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013)

A alimentação e nutrição são compreendidas como fatores condicionantes e determinantes de saúde e bem-estar logo, ações nesse âmbito devem ser articuladas com outras ações de saúde para, além de promover uma prática mais humanizada no processo de produção de saúde, possibilitar o crescimento e desenvolvimento humano (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013).

A relevância da alimentação e nutrição transcende os limites de um “simples” determinante em saúde, haja vista a sua função indispensável para a existência e permanência humana. Considerando isso, em 2006 foi instaurada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) que no seu segundo artigo reforça a alimentação como direito:

“Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.” (BRASIL, 2006)

E no ano de 2010 a alimentação foi incluída como direito social na constituição federal do Brasil, cujo artigo 6º passou a ter a seguinte redação: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2010).

O direito à alimentação vem a ser detalhado com o conceito de direito humano a alimentação adequada definido em 2002 pelo relator especial da ONU da seguinte maneira:

“O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.” (LEÃO, 2013)

Tendo em vista não somente o simples direito à alimentação, mas também a necessidade de garantir que ela ocorra de maneira adequada contemplando suas especificações, o conceito de segurança alimentar e nutricional vem ao seu encontro. Garantir a segurança alimentar e nutricional então é: assegurar o direito de todos a terem acesso a alimentos de qualidade (biológica, sanitária, nutricional e tecnológica), em quantidade suficiente, de forma regular e permanente e isso deve ocorrer de maneira que não comprometa outras necessidades e deve se basear em práticas alimentares promotoras de saúde e que respeitem a diversidade cultural e que sejam sustentáveis ambiental, cultural, econômica e socialmente. (BRASIL, 2006)

2.3 ALÉM DO ARROZ E FEIJÃO

A alimentação pode ser considerada, inicialmente, como o provimento de nutrientes ao organismo humano. Esse abastecimento ocorre, salvo em condições patológicas especiais, por meio da ingestão de alimentos, cujas combinações, preparo, modos de consumo, disponibilidade e acesso envolve questões além do biológico (BRASIL, 2014). Portanto, a alimentação é influenciada e influencia a história, valores, psique, fatores ecológicos, culturais, sociais, econômicos e políticos do indivíduo e/ou grupo em que se insere (MACIEL, 2005).

O alimento distingue-se da comida, enquanto o primeiro pode ser visto como configura uma “substância comestível” no momento em que carrega outros significados como modo, estilo e jeito de alimentar-se torna-se comida, logo a maneira que se come/alimenta passa então a definir também aquele que o ingere conforme coloca Roberto DaMatta (1986) sendo traduzido no clássico aforismo de Brillat-Savarin (2019) “dize-me o que comes e te direi quem és”.

Maciel (2005) cita a paródia desse pensamento: “dize-me o que comes e te direi de onde vens” que inclusive é aprimorado por Sophie Bessis¹ (1955 apud

¹ BESSIS, S. Mille et une bouches: cuisines et identités culturelles. Paris: Autrement, 1995.

MACIEL, 2005): “Dize-me o que comes e te direi qual Deus adoras, sob qual latitude vives, de qual cultura nasceste e em qual grupo social te inclui”. A amálgama entre o (modo de) comer / (modo de) viver fica evidente, inclusive no título do trabalho de Recine et al. (2016) – “Mulheres do Recanto - antes de saber o que eu como, deixa eu contar como eu vivo”.

Um dos aspectos da alimentação como fato social e seu estudo são as práticas alimentares que carregam consigo a identidade cultural, condição social e memória familiar sendo aqui abordadas por Rosa Wanda:

O estudo das práticas alimentares implica voltar-se aos procedimentos relacionados à alimentação de grupos humanos (o que se come, quanto, como, quando, onde e com quem se come; a seleção de alimentos e os aspectos referentes ao preparo da comida) associados a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos subjetivos coletivos e individuais associados ao comer e à comida (alimentos e preparações apropriados para situações diversas, escolhas alimentares, combinação de alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações e aquilo que pensamos que comemos ou que gostaríamos de ter comido). Portanto, o estudo das práticas alimentares envolve as dimensões socioculturais, cognitiva e afetiva, conformadas com a dimensão biológica e presentes no desempenho das operações relacionadas à alimentação. (GARCIA, 2005)

Encarando as práticas alimentares no “como se come”, Poulain e Proença (2003) sistematizam-nas e subdividem-nas nas dimensões: composição, tempo, espaço e aspectos sociais e ritualísticos relacionados ao alimentar-se.

A composição abarca a estrutura (ex.: entrada, prato principal e sobremesa), natureza (líquida, sólida ou combinada) e as combinações de alimentos das tomadas alimentares (ingestão de produtos sólidos e líquidos com valor energético) no contexto de refeições ou fora delas. O número, momento do dia e duração das tomadas alimentares fazem parte da dimensão temporal das práticas alimentares.

A dimensão espacial pode ser compreendida tanto em qual local essa tomada foi realizada (público ou privado – casa da pessoa, de parente, de amigos...) além da relação da posição corporal do indivíduo no espaço durante o ato de consumo alimentar (em pé – móvel ou imóvel, agachado, sentado – no chão, em uma cadeira ou deitado).

Aspectos relacionados à lógica da escolha, se a pessoa escolheu para si o que iria consumir (fruto de uma oferta fechada ou aberta) ou se essa responsabilidade foi delegada à outra pessoa além do contexto em que essa tomada ocorreu (de

maneira solitária ou acompanhada, a natureza da relação com os acompanhantes bem como o seu e número) compõe a dimensão social das práticas alimentares.

Descritores relacionados às maneiras à mesa como os modos de pegar e de dividir o alimento também são variáveis possíveis de serem analisadas no contexto das práticas alimentares.

2.4 PRODUÇÃO BRASILEIRA SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Considerando as características socioeconômicas, de equipamentos de assistência em saúde e de assistência social, além das particularidades alimentares e culturais brasileiras, optou-se por realizar uma revisão de mapeamento (GRANT; BOOTH, 2009) da produção científica brasileira no que diz respeito aos aspectos alimentares e/ou nutricionais da população em situação de rua.

A busca inicial retornou um total de 542 títulos e, após a exclusão de trabalhos repetidos e/ou internacionais, totalizou 322. Após a triagem dos títulos dos trabalhos 22 referências restaram, sendo 19 com acesso completo. Entre estes, após a análise dos resumos, apenas 12 trabalhos enquadraram-se no tema em questão.

QUADRO 1 – PUBLICAÇÕES NACIONAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO DA PSR

Título	Tipo	Ano
Os adolescentes em situação de rua e as instituições de atendimento: utilizações e reconhecimento de objetivos	Artigo	2005
Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil	Artigo	2012
Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua	Artigo	2014
"Acham que brotamos das fontes dessa cidade?": uma etnografia sobre o cotidiano de sobrevivência de pessoas em situação de rua em Natal/RN	Dissertação	2015
Viver em situação de rua: experiência de mulheres que utilizam o albergue para pernoitar	Dissertação	2015
Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua	Artigo	2017
Significados e experiências de pessoas em situação de rua acometidas por tuberculose	Tese	2018
Saúde como direito: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde	Dissertação	2018
Errantes urbanos: funções corporais e táticas de sobrevivência dos moradores de rua em Cuiabá	Tese	2019
As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua	Artigo	2019
Percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde	Artigo	2019
Aplicação do modelo de Roper, Logan e Tierney com pessoas em situação de rua	Artigo	2020

FONTE: O autor (2021).

Observou-se que mais da metade desses trabalhos (7) foram publicados nos últimos 4 anos, sendo 3 no ano de 2019. A abordagem mais empregada foi a qualitativa. Oito deles abordam o conceito de saúde, suas práticas, vulnerabilidades e determinantes; sendo um específico sobre pacientes com tuberculose. Outros 2 possuem o enfoque na utilização de instrumentos sociais como abrigos e apenas dois objetivaram conhecer as estratégias de vida da PSR, com um olhar antropológico. Em sua maioria, a alimentação foi citada como mais um dos diversos determinantes de saúde ou foi atrelada ao uso e à assistência prestada por instrumentos sociais, não sendo o enfoque principal em nenhum dos trabalhos encontrados. Pouco aprofundados na temática em sua maioria, raros são os que abordam as práticas alimentares.

Toda produção analisada abordou aspectos alimentares e nutricionais indiretamente, citando-os como uma das principais fragilidades, muitas vezes de forma protocolar e superficial. Torna-se objetiva e evidente a lacuna na pesquisa nacional sobre o tema. Considerando a sua importância, registra-se a necessidade de

estímulo e apoio a ações desenvolvidas sobre o assunto e a sua inclusão como uma prioridade na agenda de futuras pesquisas em saúde dada a sua relevância social e acadêmica.

2.5 PROJETO MEDICOS DE RUA

Em 1992, o médico Jim Whitters ao observar o crescente número de pessoas em situação de rua na cidade onde morava, resolve iniciar um trabalho de atendimento a esta população. Perambulando pelas ruas de Pittsburgh, nos Estados Unidos, oferecendo atenção à saúde para aqueles em situação de rua, Whitters torna-se referência e grande inspiração da chamada “street medicine” – medicina de rua [tradução livre], expressão cunhada por ele. Hoje ele ajuda a coordenar uma organização dedicada à prática que já atua em 85 cidades de 15 países (STREET MEDICINE INSTITUTE, 2020).

No ano de 2015, Mário Vicente Campos Guimarães, neurologista e professor da Faculdade de Medicina da Anhembi-Morumbi, durante sua especialização na Universidade de Harvard, conhece o trabalho de Jim Whitters, e ao voltar para o Brasil passa a replicar o modelo de atenção à população de rua, agora na cidade de São Paulo. Inicialmente, os atendimentos eram feitos somente pelo médico, e aos poucos foram se juntando a ele estudantes de medicina e outros profissionais de diversas especialidades. Em 2016, já eram feitos mais de 1000 atendimentos sociais e 100 atendimentos médicos em cada ação, que aconteciam sempre uma vez ao mês (PEREIRA, 2018).

Desta forma, em 2017 o projeto foi institucionalizado como uma organização não governamental (ONG), denominada Associação Médicos do Mundo, também conhecida pelo seu nome fantasia Médicos de Rua, tendo como propósito com o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, principalmente em situação de rua, restaurando a sua saúde através de um acesso transdisciplinar e humanizado, assistindo-a e, posteriormente, garantindo a promoção da saúde, inclusão social e cidadania.

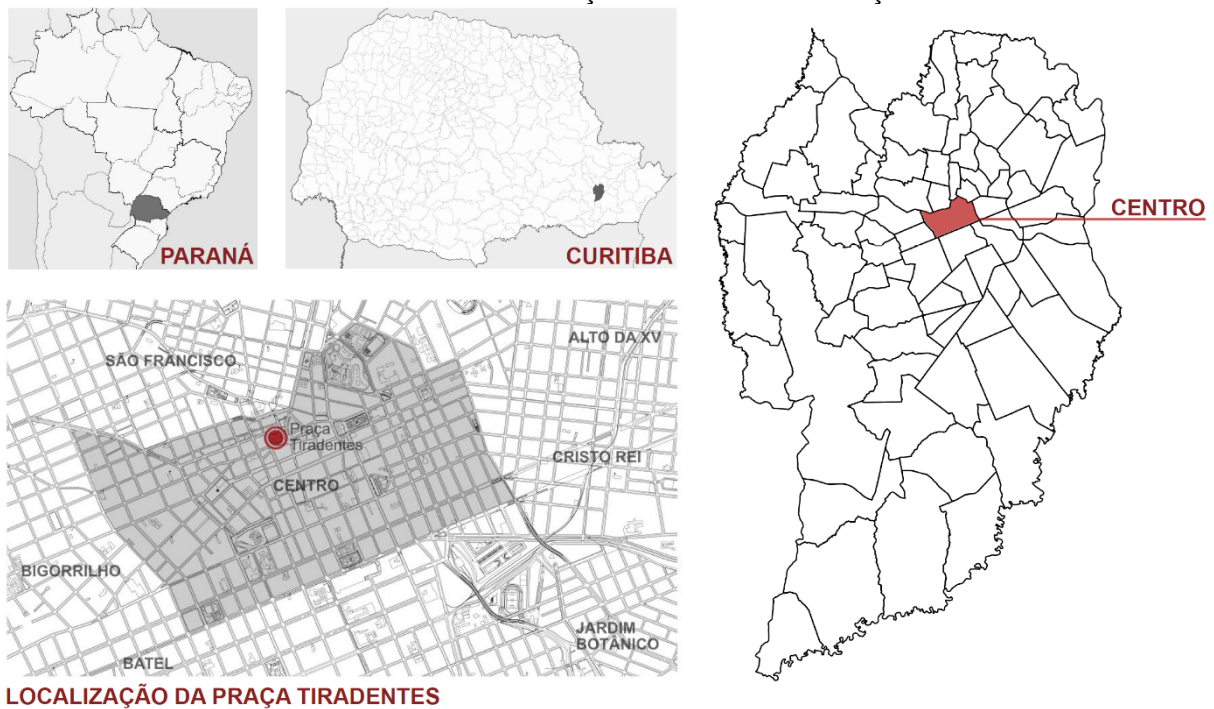
O médico Mário Guimarães e a enfermeira Elaine Peixoto, coordenadora do Centro Integrado de Saúde da Universidade Anhembi Morumbi e colaboradora do projeto, receberam o prêmio Here for Good 2018 na categoria docentes/colaboradores, oferecido pela Laureate International Universities. Além

disso, o projeto foi indicado ao prêmio TOPVIEW: Ativistas Sociais do Ano, foi um dos finalistas do Prêmio Inovare 2019, sendo também contemplado com o edital da Brazil Foundation de NY, em 2019, uma das instituições mais reconhecidas do terceiro setor. Hoje em dia a ONG atua em diversas cidades do Brasil, estando presente em: São Paulo-SP, Ribeirão Preto-SP, Santos-SP, Rio de Janeiro-RJ, Belo Horizonte-MG, Itajubá-MG, Muriaé-MG, Passos-MG, Curitiba-PR, Ponta Grossa-PR, Pato Branco-PR, Tubarão-SC, Porto Alegre-RS e Caxias do Sul-RS (MÉDICOS DO MUNDO, 2021).

2.5.1 Médicos de Rua – Curitiba

A cidade de Curitiba foi a primeira a receber a ONG no estado do Paraná, sendo que a primeira ação ocorreu em junho de 2018, na praça Tiradentes, localizada no centro da cidade (MAPA 1). As ações ocorrem todos os meses nos seus respectivos últimos domingos. Em pouco tempo Curitiba se tornou modelo nacional, estabelecendo organização de fluxo e prontuários de atendimento próprios.

MAPA 1 – MAPAS DE CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DAS AÇÕES EM CURITIBA



FONTE: O autor (2021).

A equipe dos Médicos de Rua – Curitiba é formada por voluntários de diversas formações, sendo alocados nas seguintes áreas de atuação: voluntários gerais –

estrutura e fluxo, voluntários gerais – café, psicologia, enfermagem, nutrição, medicina, farmácia, laboratório, fisioterapia, direito, odontologia, veterinária e cabeleireiros. Cada área de atuação conta com pelo menos dois tutores que coordenam os voluntários do setor e seus materiais e organizam a montagem e desmontagem das ações.

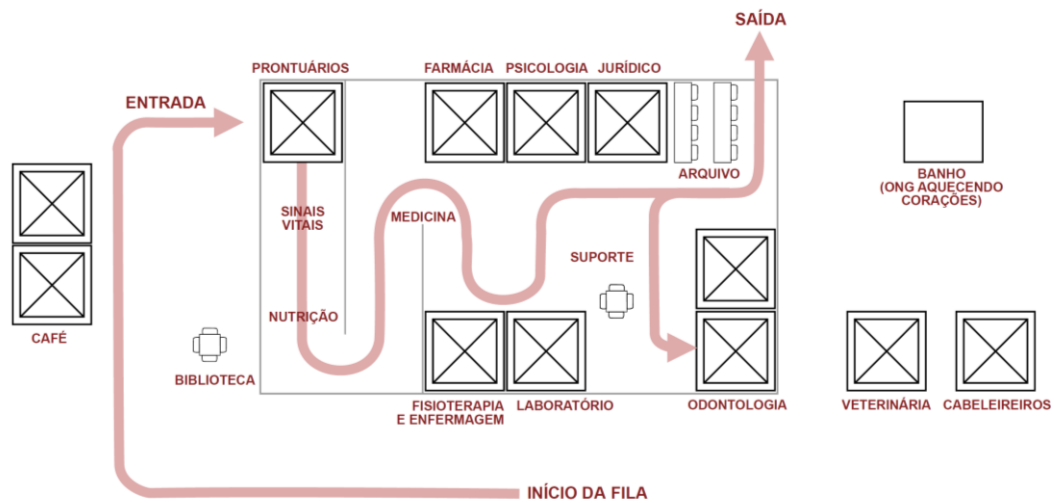
FOTOGRAFIA 1 – AÇÃO NA PRAÇA TIRADENTES



FONTE: MÉDICOS DE RUA – CURITIBA (2019).

O atendimento em Curitiba foi organizado e aprimorado em forma de um circuito, para isso contamos com o auxílio de voluntários gerais da área de estrutura e fluxo que organizam a estrutura física da ação, delimitando os espaços de cada setor, pensados estrategicamente para garantir um fluxo de pessoas unidirecional e organizado durante os atendimentos conforme ilustra o ESQUEMA 1.

ESQUEMA 1 – ORGANIZAÇÃO DOS SETORES E FLUXO DE ATENDIMENTO



FONTE: O autor (2021).

Um dos primeiros setores que as pessoas em situação de rua podem acessar é o setor de café da manhã que conta com a organização de voluntários que buscam arrecadar doações dos itens necessários e preparam esta refeição. Parte do preparo ocorre no sábado que antecede o domingo da ação com a montagem dos sanduíches e kits de alimentos que serão entregues para consumo posterior (frutas e bolachas). Na manhã de domingo as bebidas quentes são preparadas (café preto, café com leite e chocolate quente) e a equipe é responsável pela distribuição dos alimentos na praça.

Outro setor coordenado pela equipe de voluntários gerais do café da manhã é a biblioteca, setor que livros, revistas, gibis e bíblias previamente arrecadados são doados.

Após acessarem os setores do café da manhã e da biblioteca, caso desejem, as pessoas em situação de rua podem optar ou não por serem atendidas pelo restante da equipe, caso deseje ser atendida, uma fila é organizada no início do fluxo fechado de atendimento. Nessa fila, o acolhimento inicial e orientações sobre as atividades do projeto em geral são realizadas. Para quem vai ser atendido pela primeira vez pelo projeto, uma ficha de prontuário de primeiro atendimento (ANEXO 1) é aberta e uma anamnese contendo dados de identificação e perfil psicossocial é realizada por acadêmicos de psicologia. Caso o paciente já tenha sido atendido previamente pela ação, seu prontuário estará no setor de prontuários e voluntários gerais da estrutura abrirão uma ficha de retorno.

Ao adentrarem o fluxo para o atendimento, o primeiro setor em que todos passam é o de aferição de sinais vitais que é realizado por técnicos de enfermagem e/ou acadêmicos de enfermagem. Logo após isso, seguem para o setor de nutrição onde medidas antropométricas e uma anamnese abrangendo aspectos alimentares e nutricional são executadas por acadêmicos e profissionais de nutrição. Isso assegura que todos os participantes tenham seus sinais vitais e avaliação nutricional realizada.

Após esses dois setores, alunos do 1º ao 4º ano do curso de medicina acompanham esse paciente por todos os setores que o paciente tiver necessidade ou desejo até o fim do circuito. Caso ele tenha necessidade de atendimento médico, esses acadêmicos realizam uma anamnese médica e posteriormente, em conjunto com alunos do 5º ou 6º ano de medicina o exame físico direcionado é realizado. Após isso o caso repassado e discutido com os médicos que determinam as condutas necessárias – prescrição de tratamento, solicitação de exames complementares e/ou encaminhamento para outros setores do projeto ou até mesmo outras instituições.

Caso medicações sejam prescritas tanto pelos médicos ou pelos dentistas há o encaminhamento para o setor de farmácia, composto por farmacêuticos, acadêmicos e técnicos de farmácia, onde ocorre a assistência farmacêutica com a dispensação e orientação farmacêutica estrategicamente desenvolvidas em relação ao uso adequado dos medicamentos junto a uma população com características particulares. A equipe da farmácia também é encarregada pela seleção e armazenamento das medicações

Os que necessitam de curativos ou administração de medicações naquele momento são encaminhados para o setor de enfermagem. Caso exames laboratoriais sejam indicados eles são executados pelo setor de Laboratório (formado por biomédicos ou farmacêuticos-bioquímicos, seus respectivos acadêmicos ou ainda técnicos de análises clínicas). As principais responsabilidades são a identificação dos pacientes, preenchimento da requisição laboratorial, medição de glicemia capilar, coleta sanguínea e execução de testes rápidos, juntamente com orientação direcionada. Os exames que não são realizados no local são encaminhados para o laboratório parceiro e os resultados entregues na ação seguinte.

A equipe de fisioterapia busca identificar aspectos relacionados à dor física e intervir com orientações e ações tanto do ponto de vista motor quanto respiratório. Os fisioterapeutas assumem a função de ouvir o paciente e encontrar a melhor forma de

reabilitá-lo, dentro das limitações apresentadas, visando melhorar a sua qualidade de vida.

Os psicólogos formados e com registro profissional ativo, ficam encarregados pelo acolhimento, atendimento e orientação sobre redes de apoio daqueles que demonstrarem maior necessidade em algum momento do fluxo.

A área jurídica é um serviço paralelo ao atendimento clínico ofertado pela ONG Médicos de Rua – Curitiba. Com uma equipe que mescla profissionais e acadêmicos, busca fornecer orientações legais e encaminhar as demandas de nossos pacientes/clientes ao Poder Público, a fim de tornar possível que ele se reinsira na sociedade e possa participar dos programas sociais do governo. Em conjunto com as universidades parceiras conduzem, através dos Núcleos de Prática Jurídica, os pedidos de segunda via de documentos, protocolam novas demandas, consultam processos em andamento, dentre outros.

Os profissionais e acadêmicos de odontologia além de auxiliares de dentistas formam o setor de odontologia e desempenham atividades de promoção e prevenção em saúde bucal nas diferentes faixas etárias realizando triagem e anamnese específica e orientação de higiene oral. Conforme a avaliação, o cirurgião dentista realiza aplicação tópica de flúor, cariostático e restaurações atraumáticas ou encaminha o paciente para instituições e universidades parceiras para dar continuidade ao tratamento. A odontologia é o setor final do fluxo fechado e nele ocorre a entrega de um kit de higiene com materiais de higiene pessoal (escova de dentes, creme dental, xampu, desodorante, absorventes íntimos, entre outros). Os kits de higiene masculinos e feminino são montados previamente pelos voluntários com doações arrecadas e a entrega deles ocorre nessa etapa para estimular a escovação dentária dos participantes utilizando a estrutura do escovódromo (FOTOGRAFIA 2).

FOTOGRAFIA 2 – EQUIPE DE ODONTOLOGIA E ESCOVÓDROMOS PORTÁTEIS



FONTE: MÉDICOS DE RUA – CURITIBA (2019).

No momento da saída do fluxo, as fichas de anamnese são destinadas para um setor de arquivo que, posteriormente são organizadas alfabeticamente. Após saírem do fluxo fechado podem optar por buscar outros setores como os cabeleireiros, o banho solidário ou os veterinários.

Os cabeleireiros atuam fora do fluxo atendendo tanto os que passaram quanto os que não passaram pelo fluxo principal e gostariam de realizar corte de cabelo e/ou barba. Outro serviço oferecido, em parceria com a ONG Aquecendo Corações é o Banho do Coração, banho solidário que ocorre em estrutura privativa, especializada e móvel (FOTOGRAFIA 3) que conta com água aquecida, sendo capaz de ofertar cerca de 40 banhos em cada ação; para uso após o banho, peças de roupas limpas são doadas.

FOTOGRAFIA 3 – ESTRUTURA MÓVEL DO BANHO DO CORAÇÃO



FONTE: AQUECENDO CORAÇÕES CURITIBA (2019).

A veterinária proporciona atendimento primário e tratamento aos animais de companhia das pessoas em situação de rua, visando assim uma melhor condição de vida e bem-estar desses animais. Os animais são medicados de acordo com as medicações disponíveis, além de serem doadas roupas, guias e porções de rações para estes animais.

Nesse processo os voluntários, acadêmicos e profissionais sofrem uma constante desconstrução e construção de conhecimentos ao se depararem com condições de vida adversas, vivenciam na prática o atendimento transdisciplinar – catalisado pelas demandas da população e facilitado pela proximidade das diferentes áreas profissionais além disso são sensibilizados e desenvolvem suas habilidades de escuta, observação, cuidado e acolhimento da população em situação de rua.

FOTOGRAFIA 4 – EQUIPE DE VOLUNTÁRIOS NA AÇÃO DE 29 DE SETEMBRO DE 2019



FONTE: MÉDICOS DE RUA – CURITIBA (2019).

2.5.2 Nutrição de Rua

Na primeira ação dos Médicos de Rua – Curitiba, em 10 de junho de 2018, apenas a nutricionista e professora do curso de nutrição da UFPR Angélica Aparecida Maurício fazia parte da equipe de voluntários e ainda sem uma organização específica, atuou como voluntária dando suporte à equipe do café da manhã.

Para a segunda ação na cidade que viria a acontecer dia 22 de julho de 2018, mais cinco nutricionistas juntaram-se à Angélica (Alyonne Dalsant, Fernando Lucas Soares, Grace Moura Teixeira, Laís Aparecida Queiroz Fitz e Mariana Lopes) organizaram-se e deram início ao trabalho da nutrição nos Médicos de Rua.

Tendo em vista a carência de dados na literatura para avaliação alimentar e nutricional da população em situação de rua, o grupo organizou uma avaliação nutricional própria com questões que achavam pertinentes (ANEXO 2) e 28 pessoas foram avaliadas no dia 22/07/2018 pela equipe.

Após a experiência inicial, os dados foram reunidos e os resultados foram discutidos entre a equipe que então adaptou o instrumento (ANEXO 3) para ser

aplicado nas próximas duas ações dos dias 19/08/2018 e 30/09/2018. Até esse momento a equipe de nutrição realizava suas avaliações de maneira paralela ao fluxo. Sem uma área própria, as entrevistas aconteciam com as pessoas enquanto estavam aguardando serem servidas na fila do café da manhã.

Em novembro de 2018, a equipe de nutrição, após mostrar o seu compromisso e resultados das avaliações para os demais setores, conquista o seu lugar e torna-se parte oficial dos Médicos de Rua – Curitiba. Curitiba passou a ser a cidade pioneira do Brasil a possuir uma equipe de nutrição nas ações dos Médicos de Rua.

FOTOGRAFIA 5 – EQUIPE DE NUTRIÇÃO NA AÇÃO DE 11 DE NOVEMBRO DE 2018



FONTE: MÉDICOS DE RUA – CURITIBA (2019).

Após nova revisão e discussão das experiências, a equipe formatou uma nova avaliação (ANEXO 4), a qual passaria a fazer parte da ficha de anamnese básica do projeto. Integrados oficialmente no fluxo de atendimento, dia 11 de novembro de 2018 seria a primeira data na qual todas as pessoas atendidas dentro do fluxo fechado de atendimento fossem avaliadas pela equipe de nutrição – estabelecendo o fluxo de atendimento utilizado até hoje (em condições de atendimento normais, sem restrições sanitárias por conta de pandemias).

Após a ação de dezembro de 2018, realizada nos mesmos moldes estabelecidos em novembro, todos os setores do projeto se reúnem e revisam a ficha de anamnese inicial que viria a ser utilizada no ano de 2019, dando a ela um novo formato (ANEXO 1) e nesse contexto novos ajustes foram realizados na avaliação nutricional contida nessa ficha visando o constante aperfeiçoamento do setor (ANEXO 5).

No ano de 2019, 26 voluntários compuseram a equipe de nutrição (12 acadêmicos de nutrição e 14 nutricionistas) com uma participação de em média 7 voluntários por ação. A equipe da “Nutrição de Rua” iniciou seus trabalhos sem grandes referenciais de como avaliar essa população com tantas particularidades, porém, seguindo o desejo de agir contra a insegurança alimentar e nutricional e guiados pela humildade de escutar ativamente e aprender sobre a realidade de como é a alimentação de quem está em situação de rua essa equipe vem se consolidando e ganhando maior visibilidade.

A aferição de medidas corporais e avaliação alimentar e nutricional direcionada ao público nos auxilia a levantar as principais demandas e fragilidades dos indivíduos e da população como um todo. Com isso, os encaminhamentos e aconselhamentos individuais necessários são realizados, mas também se gera um corpo de informações sobre essa coletividade, se desperta um novo olhar e possibilita que as suas fragilidades sejam compreendidas para ações de segurança alimentar e nutricional serem planejadas e articuladas com a devida fundamentação.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, PubMed, Web of Science, Science Direct e Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).

Em relação à data de publicação dos artigos foram selecionados artigos publicados até maio de 2021 sem restrição quanto a data inicial das produções. Não houve restrição quanto ao tipo de publicação e/ou desenho de estudo.

Foram utilizados descritores controlados em português, inglês e espanhol que foram combinados por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”.

A estratégia de busca base utilizada foi a seguinte: (“Pessoas em Situação de Rua” OR “Homeless Persons” OR “Personas sin Hogar”) AND (“Alimentação” OR “Feeding” OR “Alimentación” OR “Alimentos” OR “Food” OR “Assistência Alimentar” OR “Food Assistance” OR “Asistencia Alimentaria” OR “Comportamento Alimentar” OR “Feeding Behavior” OR “Conducta Alimentaria” OR “Consumo de Alimentos” OR “Food Consumption” OR “Nutrição em Saúde Pública” OR “Nutrition, Public Health” OR “Nutrición en Salud Pública” OR “Política Nutricional” OR “Nutrition Policy” OR “Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação” OR “Nutrition Programs and Policies” OR “Programas y Políticas de Nutrición y Alimentación” OR “Segurança Alimentar e Nutricional” OR “Food and Nutrition Security” OR “Seguridad Alimentaria y Nutricional”).

Essa estratégia foi adaptada conforme a necessidade das bases de dados. Visando ampliar a revisão da literatura, os termos alternativos referentes aos descritores controlados foram adicionados. Referências em português, inglês e espanhol, que possuíam acesso ao texto completo foram selecionadas para revisão.

3.1.1 Revisão da literatura brasileira

Algumas adaptações na estratégia de busca principal foram realizadas para essa pesquisa em específico. As bases de dados consultadas foram as seguintes:

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações e o Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES).

As variáveis de data de publicação e tipo de publicação/desenho dos estudos se mantiveram os mesmos da pesquisa geral. Foram acrescentados na busca termos alternativos para população em situação de rua e os descritores controlados: "Avaliação Nutricional", "Estado Nutricional" e "Deficiências Nutricionais".

A estratégia de busca utilizada foi a seguinte: (("População em Situação de Rua" OR "Pessoas em Situação de Rua" OR "Moradores de Rua" OR "Sem-Teto" OR "Pessoas Sem Lar" OR "Falta de Habitação" OR "Falta de Moradia") AND ("Alimentação" OR "Alimentos" OR "Hábitos Alimentares" OR "Nutrição" OR "Avaliação Nutricional" OR "Estado Nutricional" OR "Deficiências Nutricionais" OR "Assistência Alimentar" OR "Segurança Alimentar" OR "Política de Nutrição e Alimentação" OR "Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação"))).

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Esse estudo teve por característica o delineamento observacional retrospectivo, com abordagem quali-quantitativa e objetivo descritivo-exploratório.

3.3 FONTE DOS DADOS

3.3.1 Informações de prontuários médicos e nutricionais

Foram utilizados dados de fonte secundária: banco de dados digital dos prontuários médicos e nutricionais dos pacientes atendidos pela Associação Médicos do Mundo - Médicos de Rua – Curitiba PR, organizados e tabulados periodicamente pelos voluntários da associação em planilhas do programa Microsoft Excel®.

3.3.2 Diário de campo

A participação do pesquisador principal como membro voluntário da Associação Médicos do Mundo - Médicos de Rua – Curitiba PR no setor de nutrição iniciou em julho de 2018, desde então ocorreu um registro despretensioso das suas

observações, dúvidas e registros de fala em um caderno de anotações que acabou por constituir o seu diário de campo conforme descreve FALKEMBACH (1987).

Através de registros descritivos e reflexivos diferentes dimensões do estar em situação de rua e o alimentar-se nesse contexto foram compiladas e subjetividades que, através de outros métodos seriam perdidas, foram captadas (MACEDO, 2010; DE OLIVEIRA, 2014). O diário de campo é uma rica fonte de dados complementares, principalmente em pesquisas de cunho qualitativo, descritivo-exploratório e de características etnográficas (DA SILVEIRA KROEF; GAVILLON; RAMM, 2020).

3.4 PARTICIPANTES

A população atendida pela Associação Médicos do Mundo - Médicos de Rua – Curitiba PR, é composta por Pessoas em Situação de Rua (PSR) que buscam atendimento de maneira espontânea e voluntária das ações mensais desenvolvidas pela associação em praça pública na cidade de Curitiba.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos dados de prontuários digitalizados de indivíduos maiores de 18 anos presentes nas ações de 2019 da Associação Médicos do Mundo, ONG Médicos de Rua – Curitiba.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos prontuários com dados incompletos que prejudicassem a análise.

3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para caracterização da população, foram selecionados dados que constam na primeira página da ficha de anamnese inicial (ANEXO 1) - Identificação, Perfil Socioeconômico e Perfil Psicossocial, tal instrumento foi previamente desenvolvido, revisado e aprimorado pela equipe multiprofissional de voluntários integrantes da associação.

A avaliação nutricional inicial é realizada utilizando um questionário semiestruturado previamente desenvolvido, revisado e aprimorado pela equipe de nutricionistas voluntários integrantes Associação Médicos do Mundo, ONG Médicos de Rua – Curitiba (ANEXO 5) e consta na página 2 da ficha de anamnese inicial (ANEXO 1). Tal instrumento foi construído após revisão da literatura da área e considerando as seguintes variáveis: praticidade na aplicação, inteligibilidade das perguntas, infraestrutura disponível, abordagem das práticas alimentares específicas e breve avaliação nutricional. A criação de um instrumento customizado foi necessária devido à inexistência de ferramentas específicas que contemplem a avaliação alimentar e nutricional da população em situação de rua.

A coleta dos dados *in loco* é realizada por nutricionistas e estudantes de nutrição voluntários previamente treinados e capacitados pela organização do setor de nutrição e sobre supervisão direta.

Para investigação das práticas alimentares da população, foram selecionadas 5 perguntas fechadas e 5 perguntas abertas presentes na avaliação nutricional inicial para análise. Vale ressaltar que apesar de ser referida como “avaliação nutricional” aspectos alimentares e nutricionais são avaliados por meio desta, sendo nomeada desta forma por convenção e alusão à categoria profissional que a realiza.

Todos os envolvidos na avaliação dos participantes são orientados a coletar as informações da maneira mais completa e fiel à fala, inclusive sendo estimulados a fazerem o registro literal das respostas em prontuário, sinalizadas entre aspas. Anotações complementares aos campos pré-estabelecidos também são realizadas quando necessário e esses campos também foram analisados.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando o programa computacional Microsoft Excel® e o SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) versão 25.0. Respostas de perguntas abertas serão analisadas conforme a técnica proposta por Bardin, organizadas em classes. As variáveis qualitativas serão agrupadas por frequências absolutas e relativas e as quantitativas serão analisadas por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões.

3.9 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovado com o parecer número 4.833.307, CAAE 47508721.7.0000.0102 (ANEXO 6).

3.10 PONDERAÇÕES NECESSÁRIAS

É essencial destacar que os dados aqui apresentados são dos prontuários selecionados e a sua análise sofrem influência direta do momento e local em que os atendimentos foram realizados – como na maioria dos estudos. Nessa dissertação, particularmente, torna-se necessário reforçá-los devido as especificidades da população analisada e da sua relação com o espaço urbano com suas macro e microzonas.

Os dados aqui apresentados refletem a realidade do ano de 2019, estabelecimentos e serviços podem ter sofrido mudança de nome, mudança de localização ou terem sido fechados.

No contexto em que essa dissertação foi construída e apresentada torna-se necessário destacar que o presente trabalho necessitou sofrer alterações devido a pandemia de coronavírus nos anos de 2020 e 2021. Nesse período as ações voluntárias do projeto Médicos de Rua não ocorreram e, por questões de segurança a todos os possíveis envolvidos, o plano inicial de realizar entrevistas com as pessoas em situação de rua norteadas pelas questões levantadas através do presente trabalho não se concretizou.

4 RESULTADOS

4.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

No ano de 2019, a ONG Médicos de Rua – Curitiba organizou dez ações de assistência à PSR nos domingos pela manhã nas seguintes datas: 20/01/2019, 17/03/2019, 14/04/2019, 19/05/2019; 16/06/2019; 28/07/2019; 25/08/2019; 29/09/2019; 20/10/2019 e 08/12/2019 (não ocorreram ações nos meses de fevereiro e de novembro de 2019 devido as condições climáticas). As dez ações ocorreram na Praça Tiradentes, no Centro da cidade – bairro com características predominantemente comerciais – e onde está localizado o marco zero da cidade de Curitiba-PR.

No ano citado, foram realizados 1458 atendimentos multiprofissionais para 919 pessoas em situação de rua, desses foram selecionados os dados de prontuários de 712 pacientes que possuíam dados de identificação, perfil socioeconômico, perfil psicossocial e avaliação nutricional. Dois prontuários foram excluídos por estarem com dados incompletos que prejudicariam as análises, logo o total de pacientes avaliados foi de 710.

Foram analisadas 757 avaliações nutricionais, tendo em vista que 44 pacientes foram atendidos em mais de uma ação (41 pacientes em 2 ações e 3 pacientes em 3 ações) optou-se por manter esse número adicional de avaliações nutricionais devido a sua relevância de conteúdo.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO

Os dados de identificação da população são apresentados na TABELA 1. Entre os 710 avaliados, apenas uma pessoa não sabia sua idade ou data de nascimento. A idade dos 709 indivíduos avaliados variou de 18 a 84 anos e a idade média foi de $39,38 \pm 12,30$ anos, com mediana de 38 anos. Aproximadamente metade da população é de adultos jovens (estão entre a terceira e quarta década de vida).

Com relação ao gênero da população verificou-se um predomínio de homens (87,32%) bem como a identidade de gênero cisgênera (99,01% dos avaliados). Das 7 pacientes transgênero, todas identificavam-se como mulheres transgêneras. Heterossexual foi a orientação sexual reportada pela maioria (84,93%).

TABELA 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

	n	%
Faixa etária		
18 a 19 anos	18	2,54
20 a 29 anos	148	20,85
30 a 39 anos	219	30,85
40 a 49 anos	178	25,07
50 a 59 anos	99	13,94
60 a 69 anos	37	5,21
70 a 79 anos	7	0,99
80 anos ou mais	3	0,42
Não soube informar	1	0,14
Gênero		
Homem cisgênero	620	87,32
Mulher cisgênera	83	11,69
Transgênero	7	0,99
Orientação sexual		
Heterossexual	603	84,93
Gay	15	2,11
Bissexual	14	1,97
Lésbica	8	1,13
Não quis responder / em branco	70	9,86
Situação conjugal		
Solteiro(a)	460	64,79
Separado(a) / divorciado(a)	101	14,23
Casado(a)	88	12,39
Viúvo(a)	22	3,10
Não quis responder / em branco	39	5,49
Cor ou raça		
Branco(a)	373	52,54
Pardo(a)	240	33,80
Preto(a)	68	9,58
Indígena	7	0,99
Amarelo(a)	5	0,70
Não quis responder / em branco	17	2,39
Religião ou crença		
Evangélicas	234	32,96
Católica Apostólica Romana	210	29,58
Não possui religião e/ou crença	130	18,31
Acredita em Deus	16	2,25
Espírita	6	0,85
Outras	11	1,55
Não quis responder / em branco	103	14,51
Escolaridade		
Analfabeto	22	3,10
Só sabe ler e escrever	23	3,24
Ensino fundamental	336	47,32
Ensino médio	253	35,63
Ensino Técnico	25	3,52
Ensino Superior	35	4,93
Não quis responder / em branco	16	2,25
Total	710	100,00

FONTE: O autor (2021).

A situação conjugal de solteiro foi a predominante entre os avaliados. No que diz respeito a cor ou raça, mais de 50% identificavam-se como brancos(as) e um terço como pardos.

Entre as crenças ou religiões a mais prevalente foi a Evangélica, com alguns entrevistados especificando denominações ou igrejas como: Igreja Evangélica Luterana (n = 1), Igreja Evangélica Batista (n = 2), Igreja Evangélica Metodista (n = 1), Igreja Evangélica Adventista (n = 4), Igreja Assembleia de Deus (n = 4), Igreja Deus é Amor (n = 1), Igreja Universal do Reino de Deus (n = 5) e Igreja Bola de Neve (n = 1).

Algumas das religiões ou crenças agrupadas como outras foram: Testemunhas de Jeová (n = 1), Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias / "Mórmon" (n = 3), Islamismo (n = 1), Igreja Messiânica Mundial (n = 1), Umbanda (n = 2) e Candomblé (n = 1).

Quanto a escolaridade, considerou-se o nível de educação mais alto atingido sendo completo ou incompleto. Mais de 90% das pessoas eram alfabetizadas e cerca de 47% acessaram o Ensino Fundamental. Os cursos técnicos mais reportados foram: informática (n=4), segurança do trabalho (n=3), enfermagem (n=2), logística (n=2) e eletrônica (n=2). Entre os cursos superiores os da área de ciências sociais aplicadas (administração, economia, marketing, comunicação e direito) foram os mais referidos (n = 10).

Das 710 pessoas, 556 (78,31%) relataram possuírem ao menos um documento de identificação consigo sendo os principais:

- a) RG (n=458);
- b) CPF (n=416);
- c) Carteira de Trabalho e Previdência Social (n=312);
- d) Certidão de Nascimento (n=224);
- e) Carteira Nacional de Habilitação (n=119).

4.3 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Dados concernentes ao tempo que cada indivíduo está em situação de rua, locais onde costumam dormir, se compartilham de companhias na mesma situação e as formas de renda são apresentados na TABELA 2.

Muitas das pessoas avaliadas reportaram estarem em situação de rua há menos de um ano (53,38%), sendo presente o relato de pessoas que alteram períodos

em situação de rua com períodos com residência fixa. Dos que estão em situação de rua há mais de 5 anos, pelo menos 21 deles está nessa situação há 10 anos ou mais, havendo registros de até de períodos como 43 anos nos dados levantados.

TABELA 2 – PERFIL SOCIOECONÔMICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

	(n)	%
Há quanto tempo está em situação de rua?		
Menos de 1 ano	379	53,38
Entre 1 a 2 anos	110	15,49
Entre 3 a 5 anos	45	6,34
Há mais de 5 anos	157	22,11
Não quis responder / em branco	19	2,68
Onde costuma dormir?		
Na rua	376	52,96
Locais de acolhida gratuitos	319	44,93
Pouso pago	45	6,34
Outros locais	25	3,52
Está em situação de rua		
Sozinho	522	73,52
Com amigos	81	11,41
Com familiares	67	9,44
Não quis responder / em branco	40	5,63
Forma de renda		
Serviços informais	146	20,56
Guarda carros	139	19,58
Pede dinheiro	139	19,58
Reciclagem	134	18,87
Vendas	80	11,27
Benefícios sociais	67	9,44
Arte	40	5,63
Não tem uma forma de renda no momento	22	3,10
Práticas ilícitas	16	2,25
Não quis responder / em branco	55	7,75
Outras	44	6,19

FONTE: O autor (2021).

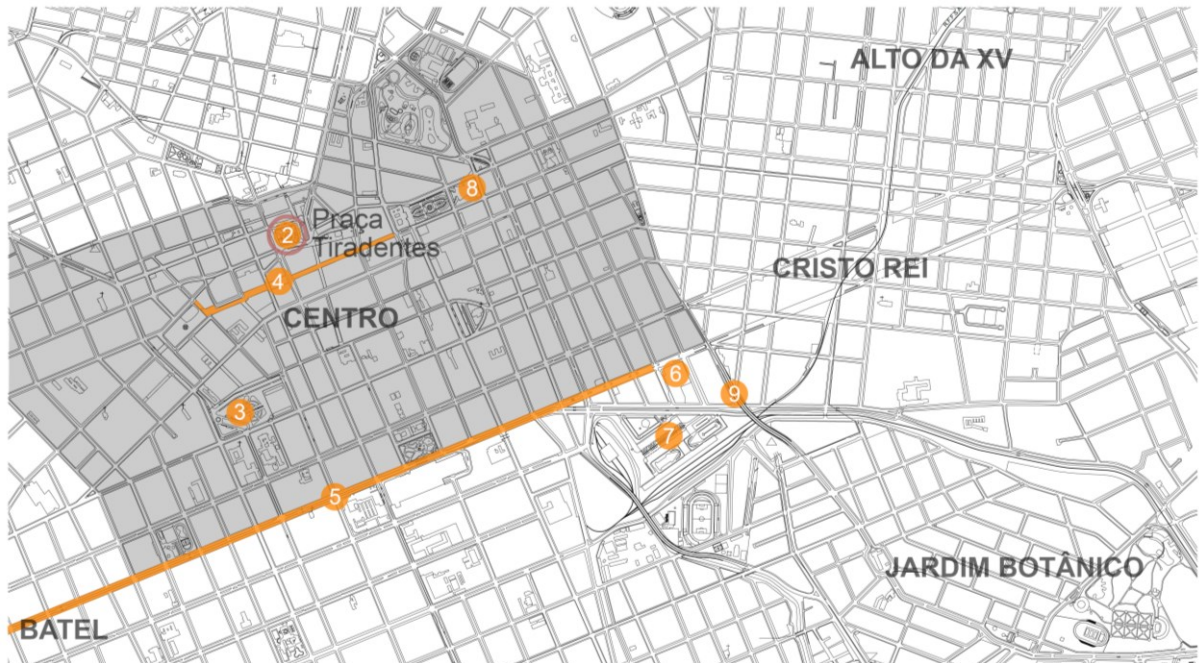
Questionados quanto aos locais que costumam dormir, muitos relataram mais de um local, 376 referiram dormir “na rua” e 319 em locais de acolhida gratuitos.

Entre os que dormiam “na rua”, ao serem indagados sobre o local em particular muitos citam ruas específicas (n=32), com destaque para a Rua XV de Novembro e a Avenida Sete de Setembro de Curitiba ou bairros específicos (n=26), principalmente o Centro. As praças públicas são mencionadas por 66 entrevistados, 30 mencionam a Praça Tiradentes e 11 a Praça Rui Barbosa.

Os arredores de outros equipamentos urbanos como bancos, cemitérios, farmácias lojas, mercados, museus, shoppings, teatros, parques também são citados (n=81), incluindo o Mercado Municipal de Curitiba (n=23), Rodoferroviária de Curitiba

(n=18) e o Teatro Guaíra (n=17). Os principais locais citados estão indicados no MAPA 2.

MAPA 2 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS LOCAIS EM QUE DORMEM “NA RUA”



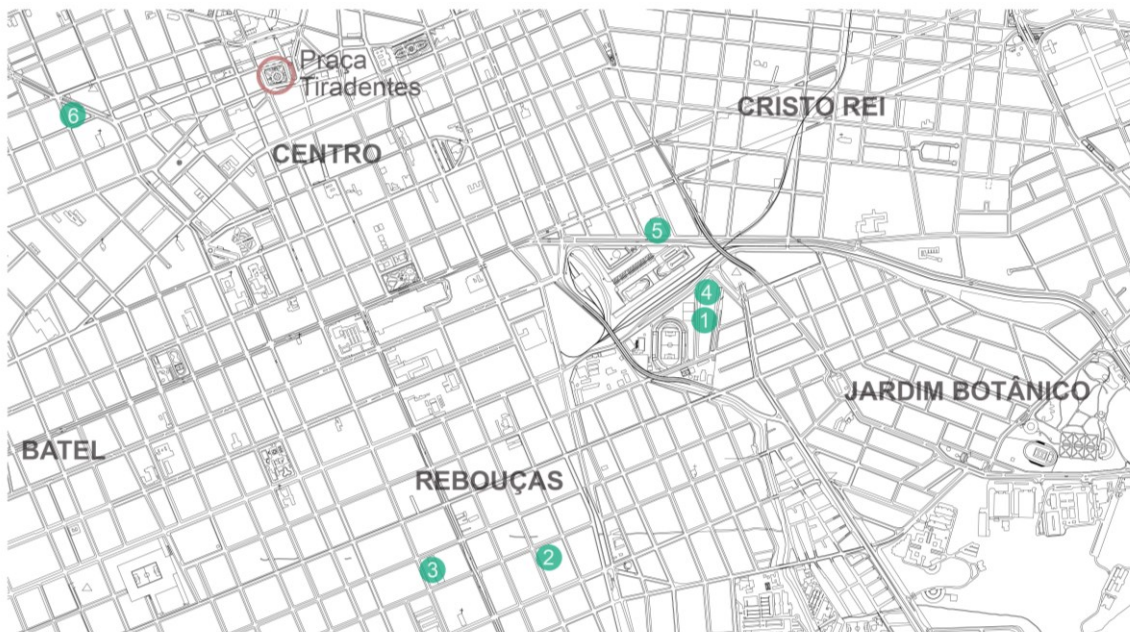
- 1 Bairro Centro
- 2 Praça Tiradentes
- 3 Praça Rui Barbosa
- 4 Rua XV de Novembro (calçada)
- 5 Av. Sete de Setembro
- 6 Mercado Municipal
- 7 Rodoviária
- 8 Teatro Guaíra
- 9 Viaduto do Capanema

FONTE: O autor (2021).

Outros entrevistados especificam estruturas arquitetônicas – marquises ou toldos (n=8), elementos estruturais da cidade – calçadas e viadutos (n=6), itens de mobiliário urbano – Estações Tubo ou bancos das praças (n=3) ou até mesmo obras ou terrenos abandonados (n=3). Alguns reportaram não ter um local fixo (n=26). A preocupação e busca por abrigo das intempéries ganha destaque com a simples resposta “onde não chove” quando questionado onde costuma dormir.

Os locais de acolhida gratuitos mais relatados foram albergues (n=244), “Centros POP” [? – horário de funcionamento] – Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (n=26), “Serviços da FAS” – FAS: Fundação de Ação Social de Curitiba (n=21), Hotel Social (n=16), Casa das Mulheres (n=10) e os presentes na região de interesse são apresentados no MAPA 3. Na categoria de pouso pago foram incluídos: hotéis, pensões e pousadas. Outros locais utilizados para dormir incluíram: casa ou quarto cedido por familiares, amigos ou conhecidos, porém não de maneira garantida e/ou constante (n=14); em barracões ou depósitos de materiais para reciclagem (n=3) e nos locais de trabalho (n=2).

MAPA 3 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS LOCAIS DE ACOLHIDA GRATUITOS EM QUE DORMEM



- ① Casa de Passagem Jardim Botânico - Rua Engenheiros Rebouças, 875 – Jardim Botânico
- ② Casa de Passagem Rebouças - Endereço: Rua Rockefeller, 1177 - Rebouças
- ③ Casa de Passagem para Mulheres/LGBT - Endereço: Rua Des. Westphalen, 1845 – Rebouças
- ④ Casa de Passagem Plínio Tourinho - Rua Engenheiros Rebouças, 875 - Jardim Botânico
- ⑤ Hotel Social Projeto Nova Morada Vida Nova – Affonso - Av. Pres. Affonso Camargo, 367
- ⑥ Hotel Social Projeto Nova Morada Vida Nova – Visconde - R. Visc. do Rio Branco, 1105 - Centro

FONTE: O autor (2021).

A maioria das pessoas em situação de rua encontrava-se sozinha nesse contexto (n=522), apenas 81 delas estavam com amigos e 67 com familiares.

Uma das principais formas de renda da população é através de serviços informais e irregulares mais conhecidos como bicos ou biscates que compreenderam:

atividades na construção civil – auxiliar de pedreiro, pedreiro, pintor (n=37), serviços domésticos – faxina, jardinagem (n=13), atuação no setor de alimentação – garçom, auxiliar de cozinha (n=10), panfletagem (n=10) e serviços braçais de carga/descarga (n=9). Em segundo lugar estão as atividades de guardar carros e de pedir dinheiro também conhecido como “*manguieio*” ambos com 19,58%, seguida pela coleta e venda de materiais recicláveis (18,87%).

Alguns recorrem a venda de diferentes produtos – balas / doces (n=53), cigarros (n=3), folhas de estacionamento regulamentado (EstaR)² (n=3) ou panos de prato (n=2) – tanto de maneira ambulante quanto em locais específicos como na frente de hospitais ou em semáforos. Sessenta e sete indivíduos dependem de benefícios sociais sendo alguns deles: Bolsa Família (n=52), aposentadoria (n=8), auxílio-doença, pensão por morte e seguro-desemprego. A subsistência a partir de atividades artísticas foi citada por 40 dos avaliados, 21 deles produzem e vendem suas artes/artesanatos e 12 atuam como malabaristas de rua.

Furtos/roubos (n=6), tráfico de drogas (n=5) e prostituição (n=5) foram as práticas ilícitas relatadas como forma de ganho financeiro pelos avaliados. As outras formas de renda incluíram: auxílio financeiro de familiares ou amigos (n=6), dependência da renda do parceiro (n=4), uso de reserva de dinheiro/economias (n=4)

Quando interrogados se já possuíram anteriormente algum emprego formal, mais de 75% (n=550) responderam que sim, que já tiveram emprego com registro em carteira de trabalho pelo menos uma vez na vida.

² Emissão descontinuada no ano de 2020 e substituída por controle eletrônico (G1 PARANÁ, 2020)

4.4 PERFIL PSICOSSOCIAL

Dados relacionados aos motivos/fatores predisponentes para estar em situação de rua, uso de substâncias e presença de transtornos mentais estão agrupados na TABELA 3.

TABELA 3 – PERFIL PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

	(n)	%
Motivos pelos quais está em situação de rua?		
Desemprego/dificuldades financeiras	289	40,70
Questões familiares	281	39,58
Uso de substâncias	223	31,41
Outros	73	10,28
Não quis responder / em branco	23	3,24
Faz uso recorrente de substâncias?		
Sim	579	81,55
Não	131	18,45
Substância de uso recorrente		
Álcool	404	56,90
Cigarro	398	56,06
Maconha	226	31,83
Crack	186	26,20
Cocaína	135	19,01
Inalantes	23	3,24
Possui algum transtorno mental?		
Sim	230	32,39
Não	402	56,62
Não quis responder / em branco	78	10,99
Transtornos mentais prevalentes na população		
Transtornos depressivos	167	23,52
Transtornos de ansiedade	49	6,90
Transtornos psicóticos	25	3,52
Transtornos bipolares	21	2,96
Outros	9	1,27

FONTE: O autor (2021).

Dificuldades financeiras, em sua grande maioria associadas ao desemprego, configuram um dos principais fatores predisponentes para estar em situação de rua (40,70%). Diferentes questões familiares compõem o segundo grupo de fatores, citados por 39,58% da população, abrangendo alguns tópicos como:

- a) conflitos em geral (n=169);
- b) separações (n=48);
- c) óbito de familiares (n=20):
 - pais (n=15);
 - companheiros/as (n=3);

- d) uso de álcool/drogas por parte do sujeito e/ou dos seus familiares (n=18);
- e) violência (n= 10):
 - violência doméstica pelo parceiro (n=2);
 - abuso sexual infantil (n=1);
- f) homo-lesbo-bi-transfobia (n=6);
- g) abandono infantil (n=5).

O uso de substâncias é o terceiro fator mais relevante nesse contexto, sendo referido por 31,41% das pessoas. Dentre os outros fatores, citam-se: opção pessoal (n=19), problemas com a lei (n=14), problemas de saúde (n=7), mudanças de cidades (n=6), destruição da sua casa – incêndios ou enchentes (n=5) e transtornos mentais (n=4).

O uso/abuso de substâncias lícitas e/ou ilícitas de maneira recente e recorrente ocorre entre 579 dos 710 avaliados. A substância de abuso mais citada é o álcool (56,90%) e 207 pacientes relatam fazerem seu consumo diariamente. No levantamento da quantidade consumida expressões como: “*sem limite*”, “*o quanto tiver*”, “*direto*”, “*o dia todo*” e “*até cair*” foram encontrados. Além disso, a associação do consumo de álcool com temperaturas mais frias foi reportada.

O tabagismo acometeu 56,06% dos indivíduos e associação entre consumo de bebidas alcoólicas e cigarros foi relatado. O uso da maconha foi relatado por 226 pessoas, das quais 103 mencionam consumirem diariamente e 64 apenas de modo esporádico.

Das 186 pessoas que consomem crack, 74 delas afirmam consumirem diariamente, esses valores são menores com relação ao consumo de cocaína – tanto em prevalência quanto em periodicidade devido ao seu maior custo e necessidade de quantidades rapidamente crescentes para obter o seu efeito desejado, sendo citado em um dos prontuários que o paciente faz uso de cocaína somente “quando arrumo dinheiro”. O uso de inalantes se mostrou baixo, sendo apenas mencionado o uso de thinner ou cola de sapateiro.

A investigação da abstinência de uso de drogas é complexa devido ao uso de mais de uma substância, por períodos diferentes e com tempos de recaídas diversos. Notou-se que o intervalo de tempo utilizado para mensurar o período que já esteve/está sem fazer uso de determinada substância foi extremamente variável, sendo horas, dias, semanas, meses e anos reportados – infere-se que o uso dessas

diferentes unidades possa estar relacionado com o grau de dependência, o impacto em sua vida diária e número de recaídas.

Quando questionados quanto aos fatores relacionados à abstinência de álcool e drogas são citados: internamentos em hospitais/clínicas de reabilitação (n=160), atendimento nos CAPS (n=32), apoio religioso (n=10), uso de medicações (n=10), múltiplas tentativas (n=10) e a prisão (n=2) e gestação (n=1) como fatores contribuintes para cessar o uso de substâncias.

Os transtornos mentais acometem 230 dos avaliados, sendo o principal deles os transtornos depressivos (n=167), seguido pelos transtornos da ansiedade (n=49) – que incluem o transtorno do pânico citado especificamente por 25 pacientes, então os transtornos psicóticos (n=25), representados principalmente pela esquizofrenia e por último os transtornos bipolares (n=21). Entre os transtornos classificados como outros temos o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (n=4) e o relato de tentativas de suicídio sem causa base definida (n=4).

Quanto as formas de tratamento empregadas no manejo dos seus transtornos mentais são mencionados: uso de medicações (n=36), internamentos em hospitais/clínicas (n=34), atendimento nos CAPS (n=28), acompanhamento com psicólogos/terapias (n=16) e acompanhamento psiquiátrico (n=8).

A associação entre o uso/abuso de substâncias e questões psicológicas e psiquiátricas é frequente e se retroalimentam vide o relato: *“Sou alcoólatra, bebo até cair. Se eu não beber a depressão me mata”*.

4.5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

4.5.1 Periodicidade da alimentação

Uma das temáticas analisadas nas avaliações nutricionais é a ocorrência de dias que os pacientes haviam ficado um dia ou mais sem alimentar-se na última semana (TABELA 4).

TABELA 4 – QUANTIDADE DE DIAS SEM ALIMENTAR-SE NA SEMANA ANTERIOR DA AVALIAÇÃO

	(n)	%
1 dia	133	39,35
2 dias	100	29,59
3 dias	47	13,91
4 ou mais dias	30	8,88
Não quis responder / em branco	28	8,28
Total	338	100,00

FONTE: O autor (2021).

Entre as 757 avaliações nutricionais realizadas, houve 338 relatos de pacientes que afirmaram não terem comido durante período maior ou igual a um dia no decorrer da semana anterior da avaliação (44,64%), sendo o período médio de $1,99 \pm 1,21$ dias, mediana de 2 dias e o período máximo reportado foi o de 7 dias.

Os fatores relacionados à não ingestão alimentar presentes no campo de observações do prontuário foram avaliados e agrupados em três categorias de análise:

- a) dificuldades no acesso à alimentação – “*sem doações*”;
- b) uso de álcool e drogas – a ocorrência de períodos sem ingestão alimentar foi relacionada por alguns com o abuso de álcool e drogas, principalmente as com características anorexígenas, como o crack e a cocaína. “*Só bebida e droga*” – referência ao período de 6 dias sem alimentar-se. Quatro dias sem alimentar-se com a observação: “*uso de crack*”. Dois dias sem alimentar-se com a observação: “*ficou sem comer por causa da bebida*”. Um dia sem alimentar-se com a observação: “*relaciona ao uso de cocaína*”, “*só bebeu ontem*”;
- c) problemas de saúde – “*deixou de comer por dor de dente*”.

A quantidade de refeições realizadas no dia anterior do atendimento é apresentada na TABELA 5.

TABELA 5 – QUANTIDADE DE REFEIÇÕES REALIZADAS NO DIA ANTERIOR DA AVALIAÇÃO

	(n)	%
Nenhuma	48	6,34
1	146	19,29
2	184	24,31
3	203	26,82
Mais de 3	156	20,61
Não quis responder / em branco	20	2,64

FONTE: O autor (2021).

Nota-se uma grande variabilidade em número de refeições realizadas entre os entrevistados, e conforme relatos, isso se relaciona com a inconstância do acesso a alimentos/refeições.

4.5.2 Acesso à alimentação

Complementando esses dados investigou-se a forma de acesso à alimentação (TABELA 6).

TABELA 6 – FORMAS DE ACESSO À ALIMENTAÇÃO

	(n)	%
Doações	490	64,73
Serviços públicos	249	32,89
Aquisição	134	17,70

FONTE: O autor (2021).

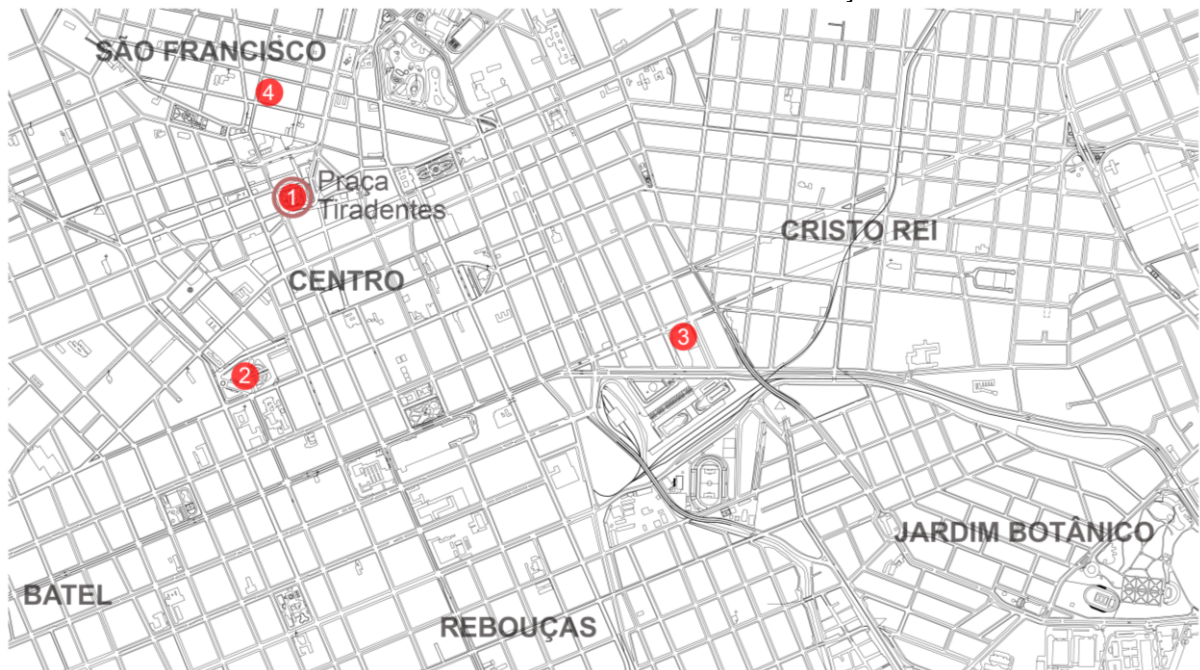
O acesso aos alimentos ocorre de diferentes maneiras pela população em situação de rua, essas estratégias dinâmicas e complementares foram organizadas aqui em três grupos: doações (alimento dado à pessoa de maneira gratuita), ofertada em serviços públicos e por meio de aquisição.

As doações compuseram a principal forma de obtenção de comida, havendo 490 relatos referindo-se direta ou indiretamente a elas. O uso do termo “doação” e suas variantes foi encontrado em 346 registros, o “pedir” – seja na rua ou em estabelecimentos de alimentação – 39 vezes e o “ganhar” 19 vezes. Essa pormenorização foi realizada tendo em vista os relatos que algumas pessoas optam

por receber doações quando são oferecidas, porém destacam que não realizam a abordagem direta solicitando-as seja por vergonha e/ou para evitarem ser hostilizadas.

Os locais nos quais são ofertados os alimentos (MAPA 4) – seja por indivíduos e de maneira não planejada ou por entidades beneficentes – foi um achado relevante nas respostas. Ruas (n=37) e praças (n=29) foram mencionadas de maneira genérica – alguns reportaram praças específicas como a Praça Tiradentes (n=8) ou a Praça Rui Barbosa (n=2). Outro local relatado foi o Mercado Municipal (n=13), que concentra muitas pessoas em situação de rua na cidade de Curitiba e, conseqüentemente, muitas ações de atenção a essa população.

MAPA 4 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS LOCAIS DE DOAÇÃO DE COMIDA



- ① Praça Tiradentes
- ② Praça Rui Barbosa
- ③ Mercado Municipal
- ④ Templo Hare Krishna ISKCON de Curitiba - Rua Duque de Caxias, 76 - São Francisco

FONTE: O autor (2021).

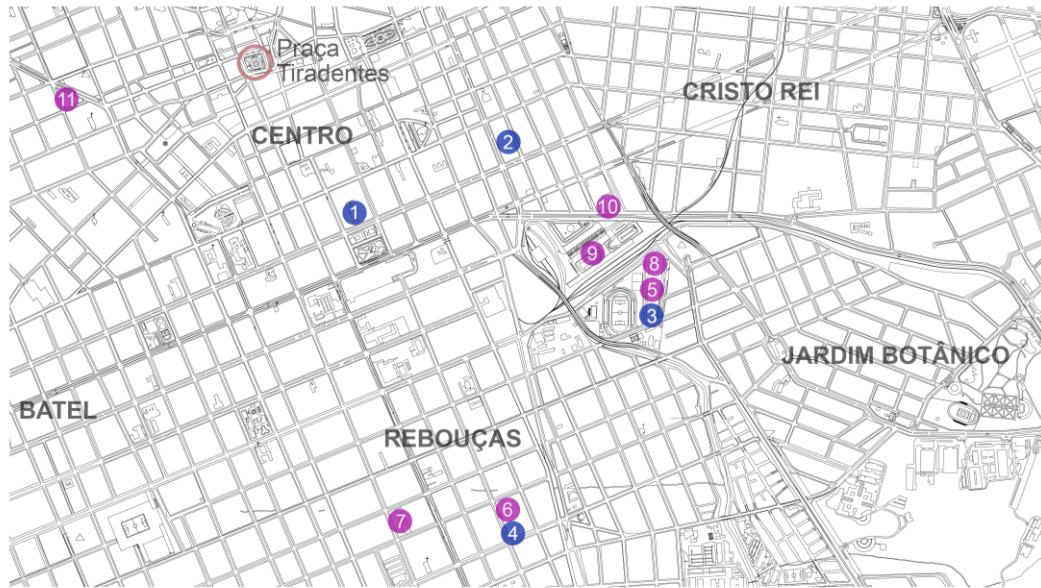
Voluntários, projetos sociais e ONG's (n=28) bem como instituições de cunho religioso (n=31) foram os principais responsáveis por doações mencionados. Também se referiram especificamente ao Templo Hare Krishna ISKCON de Curitiba (n=8) que oferece almoços gratuitos para a população durante os dias de semana – isso ocorreu

tendo em vista a sua proximidade geográfica do local onde as entrevistas foram realizadas e a concentração de parte da PSR entrevistada nessa área da cidade.

A doação de alimentos por parte de familiares ou amigos ou conhecidos também foi encontrada (n=8). A solicitação de alimentos nas portas de casas, apesar de ser uma estratégia presente de obtenção de doações, ela foi mencionada apenas uma vez e por um entrevistado que possuía o costume de transitar entre a região central da cidade e bairros de características predominantemente residenciais da cidade de Curitiba. Outros participantes referem que recorrem às doações apenas quando não conseguem adquiri-las de outra maneira.

Muitos tem acesso à alimentação no contexto de uso de outros serviços públicos especializados para a PSR (MAPA 5) como abrigos, albergues e hotéis sociais (n=107), a contribuição da prefeitura/governo é citada de maneira genérica (n=5). Um total de 158 indivíduos referem ter acesso à alimentação por meio da Fundação de Assistência Social da prefeitura de Curitiba e seus diferentes equipamentos de assistência social – sendo o Centro POP o principal deles (n=140). Pacientes que fazem acompanhamento em CAPS referem alimentar-se nesse serviço (n=12).

MAPA 5 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DA REGIÃO QUE OFERECEM REFEIÇÕES À PSR



- ① Centro POP João Dorvalino Borba - Avenida Visconde de Guarapuava, 2674 - Centro
- ② Centro POP Matriz - Rua Francisco Torres, 594 - Centro
- ③ Centro POP Plínio Tourinho - Rua Engenheiro Rebouças, 875 - Jardim Botânico
- ④ Centro POP Rebouças - Rua Rockfeller, 1177 – Rebouças
- ⑤ Casa de Passagem Jardim Botânico - Rua Engenheiros Rebouças, 875 – Jardim Botânico
- ⑥ Casa de Passagem Rebouças - Endereço: Rua Rockfeller, 1177 - Rebouças
- ⑦ Casa de Passagem para Mulheres/LGBT - Endereço: Rua Des. Westphalen, 1845 – Rebouças
- ⑧ Casa de Passagem Plínio Tourinho - Rua Engenheiros Rebouças, 875 - Jardim Botânico
- ⑨ Unidade Migrante e Itinerante - Casa da Acolhida e do Regresso - Av Pres. Affonso Camargo, 330
- ⑩ Hotel Social Projeto Nova Morada Vida Nova – Affonso - Av. Pres. Affonso Camargo, 367
- ⑪ Hotel Social Projeto Nova Morada Vida Nova – Visconde - R. Visc. do Rio Branco, 1105 - Centro

FONTE: O autor (2021).

Um contingente menor adquire ruas refeições de maneira ativa, sendo referido o ato de compra do alimento pela maioria (n=107). O desempenho de certas atividades como “*bicos*”, venda de balas ou fazer malabarismos em troca de dinheiro é relatado por muitos com o único objetivo de garantir a ingesta alimentar daquele dia. Já outros reportam que algumas vezes trabalham, trocando a sua força de trabalho diretamente por alimentos ou uma refeição.

Muitos referem que a possibilidade de adquirirem os alimentos é algo de frequência muito variável – relacionada a alguma forma de renda – e que acabam tendo que lançar mão de diferentes estratégias de maneira dinâmica: “*Doação de*

restaurante e quando tem dinheiro, compra”, “Doação, compra quando está trabalhando”, “Compra, quando não consegue: doação”.

Entre os principais estabelecimentos de alimentação, os restaurantes foram os principais citados (n=95), outros foram lanchonetes, padarias, verdureiras e carrinhos de cachorro-quente. Nos registros não há clareza da forma de acesso às refeições nos restaurantes, somente em 19 avaliações há o relato explícito que os estabelecimentos realizam doações. Alguns informam que já são conhecidos pelos funcionários dos estabelecimentos, o que os garante doações de maneira relativamente fixa. Outros relatam que as doações em restaurantes ocorrem de maneira facilitada após o horário que o serviço de almoço é encerrado para o público em geral.

Através dessa coleta de dados não foi possível determinar o uso por parte dos entrevistados dos restaurantes populares presentes na região (MAPA 6), talvez por não se referirem especificamente a eles como restaurantes populares.

MAPA 6 – MAPA ESQUEMÁTICO DOS RESTAURANTES POPULARES DA REGIÃO



- ① Restaurante Popular Capanema - R. Ubaldino do Amaral, 1671
- ② Restaurante Popular Matriz - Praça Rui Barbosa, 101

FONTE: O autor (2021).

A frequência de relatos mencionando “*restaurantes*” e “*marmitas*” é explicada pela necessidade da população em situação de rua de alimentos prontos para o

consumo tendo em vista a dificuldade da maioria em preparar/cozinhar algum tipo de alimento.

Outros modos de acesso à alimentação foram mencionados, como realizar refeições na escola (n=2), cozinhar para si mesmo (n=2) ou realizar roubos (n=2). Três pacientes declararam que uma das formas de se alimentarem é procurando restos de comida em lixeiras.

Um participante fez referência ao lixo como o seu meio de acesso à alimentação *“Consigo comer com o lixo”*, referindo a sua forma de renda (coleta e venda de materiais recicláveis) para posterior aquisição de alimentos.

Notou-se que muitas pessoas acabam sabendo os dias, locais e horários que diferentes projetos ou serviços disponibilizam refeições e acabam organizando a sua rotina em função dessas refeições ofertadas; *“No POP, almoço domingo na igreja”*, *“Ganha de restaurante, à noite: igreja”*, *“Café - Irmãs Vicentinas, Almoço: refeitório, Noite: sopa praça.”*

Outra estratégia empregada por alguns é adquirirem o almoço e consumirem somente parte dele, reservando o restante para o jantar *“Compra em buffet (já é almoço e jantar).”*

Outras expressões relacionadas à pergunta de como os entrevistados têm acesso à alimentação caracterizam a dimensão da adversidade enfrentada para realizarem uma refeição: “com dificuldade”, “batalhando”, “corro atrás”.

4.5.3 O cozinhar

Abordando práticas com características mais ativas por parte dos entrevistados, foram encontrados 91 (12,02%) relatos de terem cozinhado para si na última semana entre as 757 avaliações. No detalhamento sobre essa ação, onde cozinham constitui um eixo temático importante, sendo assim, os locais onde cozinham foram agrupados em três categorias: em cozinhas pré-existentes (n = 46), de maneira improvisada (n = 27) e sem relato do local (n = 18).

O uso de cozinhas pré-existentes foi mencionado por cerca de metade dos participantes que referiram ter utilizado a cozinha de maneira cedida de locais como pensão, hotel social, albergue ou da casa de familiares/amigos.

O ato de cozinhar de maneira improvisada foi detalhado por alguns e o constituinte fundamental mencionado pela maioria remete ao fogo e a transformação

dos alimentos pelo calor. Estruturas com tijolos e/ou latas são organizadas para constituir um “fogareiro” ou “fogãozinho de rua” para, dentro delas, pela combustão de lenha ou mais frequentemente álcool, acenderem o fogo. Latas descartadas assumem uma nova função, a de panela para a cocção de alimentos. Tal prática toma lugar em locais mais abertos e/ou sem fiscalização intensiva, visto a restrição de acender fogueiras em espaços públicos.

Os alimentos escolhidos para serem cozidos em tais condições geralmente são os que necessitam cozimentos mais simples como o macarrão ou macarrão instantâneo “miojo”.

Durante a pesquisa sobre o tema houve o relato de uma participante sobre a realizar a prática de juntar dinheiro com mais algumas pessoas, comprarem os insumos e então prepararem juntos macarrão e salsicha na rua dentro de uma lata. Tal prática era realizada com frequência de uma vez por semana e esse momento era considerado como um evento, um jantar.

Alguns referiram não ter cozinhado para si na semana anterior, porém relatam sentirem falta de realizar tal prática pois gostam de cozinhar. Outro relato encontrado foi o seguinte “*Não cozinhou: sem fome por depressão*”, demonstrando a relação entre a frequência alimentar e a saúde mental do indivíduo.

4.5.4 A água

Aspectos da ingesta hídrica e segurança hídrica foram abordados através de perguntas que investigavam se os entrevistados haviam consumido mais de dois copos de água no dia anterior da entrevista e qual era a fonte dessa água.

Na análise das respostas relacionadas à fonte da água se verificou a presença de respostas que faziam referência a diferentes particularidades do consumo hídrico, estas foram organizadas nas categorias de análise: tipo da água, forma de acesso à água e os estabelecimentos envolvidos no acesso à água. As respostas que se enquadravam em mais de uma categoria foram contabilizadas mais de uma vez. Uma breve análise quantitativa das respostas é apresentada na TABELA 7.

TABELA 7 – PRÁTICAS RELACIONADAS À INGESTA HÍDRICA

	(n)	%
Ingeriu mais de 2 copos de água no dia anterior da avaliação?		
Sim	618	81,64
Não	118	15,59
Não quis responder / em branco	21	2,77
Tipo da água		
Torneira	330	43,59
Bebedouro ou filtro	82	10,83
Água mineral	28	3,70
Forma de acesso à água		
Doações	127	16,78
Pública	103	13,61
Serviços de apoio à PSR	76	10,04
Estabelecimentos que disponibilizam ao seu público	68	8,98
Compra	13	1,72
Característica dos equipamentos envolvidos no acesso à água		
Público	210	27,74
Privado	123	16,25

FONTE: O autor (2021).

Os principais tipos de água referidos foram: água de torneira – água de abastecimento público destinada ao consumo humano – tratada e fornecida pela Companhia de Abastecimento do Paraná (SANEPAR), água de filtros e bebedouros (não foi possível determinar através dos registros se os bebedouros eram abastecidos pela água da rede pública ou por galões de água mineral) e água mineral.

Quanto as formas de acesso à água no conceito de doações foram incluídas as respostas que envolveram o fornecimento viabilizado através de outra pessoa, ocorrendo espontaneamente ou através de um pedido *“pede água nos lugares”*. Considerou-se água pública como aquela à disposição em ambientes públicos sem restrição de acesso como: praças – *“praças tem torneiras”*, *“torneira da Praça Osório”*, parques, ruas – *“tampa da SANEPAR”*, pontos de ônibus tipo estação tubo – *“torneira da estação tubo central”*, *“hidrante dos tubos de ônibus”*. Os serviços de apoio à PSR acessados incluíram: abrigos, albergues, hotéis sociais, Centro POP e Casa das Mulheres. Os estabelecimentos, públicos ou privados, que possuem água à disposição para quem os acessa (seja em bebedouros, filtros ou em torneiras), que foram mais citados foram: biblioteca – *“bebedouro da biblioteca pública”*, shoppings, terminais de ônibus, rodoviária, igrejas, unidades de saúde – *“água gelada da unidade de saúde”*, hospitais e Rua da Cidadania.

Os serviços de apoio à PSR poderiam ser incluídos na classe de estabelecimentos, porém optou-se por criar uma classe especial devido a relevância desses equipamentos específicos no contexto desse estudo.

Outra forma de acesso citada de água para beber foi por meio do acesso à banheiros “*torneira de banheiro da igreja*”, “*água de banheiro*”.

Quanto às características dos equipamentos envolvidos no acesso à água, os equipamentos públicos incluíram espaços públicos livres (ruas, praças, parques) e espaços públicos com restrição de acesso e circulação (rodoviária, biblioteca, serviços de saúde). Os equipamentos privados mais citados foram os serviços de alimentação (bares, lanchonetes, restaurantes, mercados), bancas de revista, postos de gasolina, edifícios comerciais, lojas e comércio em geral.

4.5.5 O que como mais

Os alimentos que são consumidos com maior frequência pelos entrevistados constam na TABELA 8. Os dois principais alimentos relatados foram o arroz e o feijão, sendo na maioria das vezes reportados em conjunto, a fundamental e clássica combinação da alimentação brasileira.

TABELA 8 – ALIMENTOS CONSUMIDOS COM MAIOR FREQUÊNCIA

	(n)	%
Arroz	463	61,16
Feijão	450	59,45
Carnes	176	23,25
Verduras e legumes	135	17,83
Pão	132	17,44
Macarrão / massas	81	10,70
Lanches	73	9,64
Frutas	57	7,53
Sopa	35	4,62
Café	22	2,91
Marmitas (refeições completas)	17	2,25
Doces	17	2,25
Batata	11	1,45
Embutidos	10	1,32
Bolachas / biscoitos	9	1,19
Não quis responder / em branco	12	1,59

FONTE: O autor (2021).

Em diversas respostas foi presente o relato de combinações de alimentos típicos do que se come em um almoço e por conseguinte estariam presentes numa marmita.

A referência ao consumo de bolachas/biscoitos, apesar de ter ocorrido com baixa frequência, merece destaque pela explicação por parte de um entrevistado, que esse tipo de alimento é de fácil transporte e manuseio para doação, principalmente quando isso ocorre de forma semi-planejada como no caso de motoristas no trânsito para pessoas no semáforo – *“Dão bastante bolacha, é mais fácil de dar. Teve um dia que eu não aguentava mais comer bolacha. Só tinha comido bolacha.”*

Sem fazer menção a um alimento ou grupo alimentar em específico, relatos nos quais a prioridade do consumo é ter acesso ao alimento, nos quais gostos pessoais e vontades ficam de lado – *“o que achar, como”, “o que tiver”, “de tudo, não escolho porque o importante é matar a fome.”*

4.5.6 O que sinto falta de comer

As respostas à pergunta “Quais alimentos você sente falta de comer?” também foram organizadas em categorias, muitas delas abrangendo grupos alimentares e outras os aspectos qualitativos, quantitativos ou até mesmo afetivos. A frequência dessas categorias é apresentada na TABELA 9.

TABELA 9 – ALIMENTOS QUE SENTEM FALTA DE COMER

	(n)	%
Alimentos ou preparações específicas	100	13,21
Carnes	93	12,29
Frutas	88	11,62
Verduras e legumes	84	11,10
Doces	66	8,72
Preparações triviais	48	6,34
Macarrão / massas	29	3,83
Lanches / guloseimas	25	3,30
Peixes e frutos do mar	23	3,04
Alimentos com qualidades específicas	20	2,64
Alimentos com memória afetiva atrelada	13	1,72
Leite e derivados	9	1,19
Pão	6	0,79
Alimentos em maior quantidade	5	0,66
Não sente falta	204	26,95
Não quis responder / em branco	52	6,87

FONTE: O autor (2021).

Os alimentos ou preparações específicas citadas foram organizados em alguns subgrupos. O subgrupo com maior destaque na frequência de registros foi o de preparações que remetem o seu consumo em situações de reunião e partilha: “churrasco”, “maionese”, “macarronada”, “lasanha”, “polenta com molho”. O segundo subgrupo com alta frequência de relato foi o das carnes – cortes e/ou modos de preparo específicos: “bife à milanesa”, “bife acebolado”, “carne de panela”, “carne assada”, “costela”, “pernil”, “bisteca”, “bucho/dobradinha”, “fígado” e “moela”.

Os outros subgrupos dos alimentos ou preparações específicas foram os seguintes:

- a) preparações complexas: “feijoada”, “risoto”, “sufê”;
- b) preparações ou alimentos caros: “castanhas”, “comida japonesa”, “camarão empanado”;
- c) cozinha regional brasileira: “barreado”, “arroz carreteiro”, “virado de feijão”, “comida do nordeste”, “cuscutz”, “sarapatel” e “açai”;
- d) cozinha internacional: “milanesa com purê de batatas (prato argentino)”;
- e) alimentos de local específico: “McDonald’s”.

Na categoria das carnes foram contabilizados os relatos que faziam menção tanto a preparações específicas contendo alimentos do grupo das carnes quanto a relatos genéricos citando o grupo.

A maioria dos relatos citando frutas os fazia de maneira ampla, porém quando citavam uma fruta em especial a principal era a melancia. A ocorrência da palavra “salada”, referência a verduras folhosas como alface e até o termo “salada fresca” aconteceu com maior frequência relativa na categoria de verduras e legumes do que quando foi avaliado quais alimentos consomem mais.

Entre os doces, aqueles que foram especificados, os que sentem mais falta são: chocolate, bolo, pudim e sorvete. As preparações triviais mais reportadas foram arroz, feijão e ovo frito. Já os lanches incluíram pizza, pastel e sanduíches.

Quanto aos alimentos com qualidades específicas, foram mencionados características de paladar – “alimentos com tempero” e “comida com sal”; a origem do alimento – “frango caipira”; categoria do alimento – “carne de mais ‘qualidade’”; uso do adjetivo caseiro – “comida caseira”, “arroz e feijão caseiro” e “pão caseiro” e por fim uma características físicas simples como a temperatura do alimento se torna relevante na situação de rua, quando o entrevistado relata sentir falta de “água gelada”.

Uma outra categoria criada foi a de alimentos com memória afetiva atrelada a eles de maneira explícita como preparações que remetem a familiares – “comida da mãe”, “comida da avó”, “feijão da mãe” e “polenta da avó”, preparações que fazem alusão a casa/lar – “da comida de casa” e da possibilidade de preparar a sua própria comida “feijão dele próprio”.

Questões relativas a quantidade e frequência alimentar foram agupadas sendo algumas delas as seguintes: “mais comida”, “carne com mais frequência” e “regularidade”. Ênfase na fala do entrevistado que menciona a regularidade pois era um paciente diabético que apresentava crises de hipoglicemia sintomáticas recorrentes.

4.5.7 O que acho da minha alimentação...

Ao serem perguntados como julgam a qualidade da sua alimentação, 502 pacientes consideram-na boa (TABELA 10).

TABELA 10 – RESPOSTAS À PERGUNTA: “ACHO A MINHA ALIMENTAÇÃO...”

	(n)	%
Boa	502	66,31
Ruim	246	32,50
Não quis responder / em branco	9	1,19

FONTE: O autor (2021).

Os motivos pelos quais os entrevistados julgam a sua alimentação ser boa ou ruim foram analisados e categorizados conforme o método proposto por Bardin (2011), compondo quatro categorias de análise: necessidades biológicas, subjetividades, acesso ao alimento e o contexto social. As categorias foram subdivididas em eixos temáticos e subeixos para facilitar a análise e são apresentados nos quadros a seguir.

As respostas enquadradas na categoria necessidades biológicas foram subdivididas em eixos temáticos: fome, apetite, saúde e alimentação e nutrição. No QUADRO 2 estão as respostas relacionadas aos eixos fome e apetite.

QUADRO 2 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXOS: FOME E APETITE

<p>Necessidades biológicas</p> <p>Eixo temático: Fome</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Fome como agente qualificador da alimentação</u> <i>"Na hora da fome é boa"</i> <i>"O que faz a alimentação boa é a fome"</i></p> <p><u>Supre a fome</u> <i>"Mata a fome"</i> <i>"Porque sustenta"</i></p> <p><u>Ausência de fome</u> <i>"Não sinto fome"</i></p>
	<p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Atende apenas a necessidade fisiológica</u> <i>"Mata fome"</i></p> <p><u>Não supre a fome</u> <i>"Comida é fraca"</i> <i>"Não muito boa, acostumado com tempero nordestino. Come, come e sente fome"</i></p>
<p>Necessidades biológicas</p> <p>Eixo temático: Apetite</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Consumo em grandes quantidades como algo positivo</u> <i>"Como muito"</i> <i>"Como bastante"</i></p>
	<p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Consumo em grandes quantidades como algo negativo</u> <i>"Tô comendo demais"</i> Se alimenta com exagero quando tem comida</p> <p><u>Consumo insuficiente</u> <i>"Não como"</i></p>

FONTE: O autor (2021).

Afirmações condizentes com o eixo temático saúde, inserido dentro da categoria de necessidades biológicas são apresentadas no quadro abaixo (QUADRO 3).

QUADRO 3 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: SAÚDE

<p>Necessidades biológicas</p> <p>Eixo temático: Saúde</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Fator de bem-estar</u> "Porque me sinto bem"</p> <p><u>Ausência de doenças</u> Não está doente Come bem, sem problema digestivo, mastigação "Não está me fazendo mal"</p> <p><u>Ganho de peso corporal</u> "Consegui ganhar peso" "Pois até engordei"</p>
	<p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Ingesta alimentar limitada por problemas dentários</u> Não consegue comer muitos alimentos, por causa do dente Não consegue mastigar bem</p> <p><u>Relaciona com sintomas gastrointestinais</u> Por causa da dor de estômago "Intestino não funciona" "Como e tenho dor de barriga"</p> <p><u>Não permite controle da comorbidade ou limita ingestão</u> Porque tem diabetes e não consegue controlar Deixa de comer por diabetes</p> <p><u>Inapetência secundária à ansiedade</u> Ansiedade não deixa comer</p> <p><u>Alteração do peso corporal</u> Emagreceu Ganhou peso</p>

FONTE: O autor (2021).

O eixo temático de alimentação e nutrição foi subdividido nos subeixos: quantidade; qualidade, harmonia e adequação e grupos alimentares. O subeixo quantidade é apresentado no quadro a seguir (QUADRO 4).

QUADRO 4 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, SUBEIXO: QUANTIDADE

<p>Necessidades biológicas</p> <p>Eixo temático Alimentação e nutrição</p> <p>Subeixo: Quantidade</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Fartura</u> Pode repetir a comida Toma um café grande</p> <p><u>Horários constantes</u> Come na hora certa</p> <p><u>Se alimenta com frequência</u> Come 3 vezes ao dia Faz várias refeições</p> <p><u>Refeições bem delimitadas</u> "Porque almoça bem" "Porque come café da manhã, almoça e janta"</p>
	<p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Pouca quantidade</u> Pouca comida, mesmo sendo saudável Falta de comida</p> <p><u>Inconstância de horários</u> Fora de horários Não se alimenta em horário certinho</p> <p><u>Se alimenta poucas vezes no dia</u> Come apenas a noite Come só uma vez Uma vez por dia, apenas almoço</p>

FONTE: O autor (2021).

Qualidade, harmonia e adequação foram variáveis classificatórias agrupadas em um subeixo da alimentação e nutrição e são expostas no QUADRO 5.

QUADRO 5 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, SUBEIXO: QUALIDADE, HARMONIA E ADEQUAÇÃO

<p>Necessidades biológicas</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Variedade</u> Consegue comer todos os alimentos Porque tem variedade</p> <p><u>Adequação</u> Pois come o suficiente Come tudo o que precisa</p> <p><u>Consumo e combinação de alimentos básicos</u> Alimentação variada - arroz, feijão, pão Tem tudo que precisa: carne, salada, arroz, feijão Porque come arroz, feijão, mortadela Porque tem arroz e feijão "Porque consigo comer carne e salada" "Porque como comida de verdade" "Porque como o básico" Tem marmitta com comida quente</p>
<p>Eixo temático Alimentação e nutrição</p> <p>Subeixo: Qualidade, harmonia e adequação</p>	<p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Variedade</u> Repetitiva Pouca variedade, falta alimentos</p> <p><u>Harmonia</u> "Não é equilibrada" "Tem quantidade, mas não qualidade. Só pão. " "É baseada em arroz e macarrão" Só come macarrão</p> <p><u>Inadequação</u> Porque não come o que teria que comer Acha que faltam alimentos bons Come comida que não é saudável Não se cuida - come de tudo "Não é muito saudável"</p> <p><u>Procedência e insegurança sanitária</u> Já recebeu comida estragada Não sabe a procedência</p>

FONTE: O autor (2021).

Respostas relacionadas a alimentos em específico foram ordenadas conforme os grupos alimentares que pertencem visando favorecer a análise (QUADRO 6).

QUADRO 6 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA NECESSIDADES BIOLÓGICAS, EIXO: ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, SUBEIXO: GRUPOS ALIMENTARES

<p>Necessidades biológicas</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Verduras e legumes</u> Come muito legume "Como legumes" Porque come salada "Tem salada"</p> <p><u>Frutas</u> Porque come frutas</p> <p><u>Carnes</u> "Como muita carne" Come carne todo dia Porque come carne</p> <p><u>Leguminosas</u> "Porque como feijão"</p> <p><u>Restrição no consumo de alimentos pouco saudáveis</u> Não come porcaria Porque não come muita besteira Não come bobeira</p> <p><u>Quantidade de sal</u> Come comida boa, com pouco sal</p>
<p>Eixo temático Alimentação e nutrição</p> <p>Subeixo: Grupos alimentares</p>	<p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Verduras e legumes</u> "Falta legumes e verdura" "Falta vegetais" "Não tem verduras nem salada" "Pouca salada"</p> <p><u>Frutas</u> Gostaria de mais fruta "Falta fruta"</p> <p><u>Carnes</u> Carne só uma vez ao dia "Poderia ter mais carne"</p> <p><u>Alto consumo de alimentos pouco saudáveis</u> Consigo mais lanches Muita besteira, lanches, "salgados" "Só como besteira"</p> <p><u>Gorduras e doces</u> Muitos salgados fritos "Porcarias e frituras" "Muita gordura" Come muito doce</p> <p><u>Alimentos industrializados</u> Muito processada Muitos industrializados</p>

FONTE: O autor (2021).

A segunda categoria de análise denominada subjetividades é composta pelos eixos temáticos autonomia, aceitação e percepção; dispostos no QUADRO 7.

QUADRO 7 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA SUBJETIVIDADES

Subjetividades Eixo temático Autonomia	Acho a minha alimentação boa porque... <u>Escolha do alimento</u> Come o que quer Consegue comer o que gosta <u>Preparo do alimento</u> "Poderia ser melhor se cozinhasse" "Eu mesmo faço" É boa, mas gostaria de fazer sua comida
	Acho a minha alimentação ruim porque... <u>Escolha do alimento</u> Não passa fome, mas não é o que gostaria Não é o que a gente quer, tem que aceitar o que dão. Não é o que gostaria. Só sopa Come o que não quer Não tem escolha <u>Preparo do alimento</u> Não é preparada por mim Porque gosta de comer a própria comida
Subjetividades Eixo temático Aceitação	Acho a minha alimentação boa porque... É o que tem no momento Come o que aparece Come o que tem Porque come qualquer coisa Porque não tem outra
	Acho a minha alimentação ruim porque... Come o que tem Não tem opção
Subjetividades Eixo temático Percepção	Acho a minha alimentação boa porque... "Porque já passou mais necessidade" Já foi pior
	Acho a minha alimentação ruim porque... "Podia ser melhor" Já foi melhor

FONTE: O autor (2021).

No QUADRO 8, parte das respostas agrupadas na categoria acesso são apresentadas (eixos temáticos oferta e regularidade).

QUADRO 8 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA ACESSO, EIXOS: OFERTA E REGULARIDADE

<p>Acesso</p> <p>Eixo temático Oferta</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Autonomia</u> Porque não precisa pedir nada para ninguém</p> <p><u>Sentimentos envolvidos na doação</u> Ganha comida de pessoas que fazem com amor e carinho Porque trazem alimento com carinho e amor</p> <p><u>Doações</u> Povo de Curitiba é solidário Alimenta-se bem pois as pessoas ajudam "Porque sempre ganha comida"</p> <hr/> <p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Dependência</u> Depende de outros Porque depende de doação</p> <p><u>Acesso prejudicado</u> Não tem o que comer Falta alimentos</p>
<p>Acesso</p> <p>Eixo temático Regularidade</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Conseguir alimentar-se</u> Come quase sempre Come todo dia, mesmo que pouco Come pouco, mas sempre Consegue se alimentar todos os dias <i>"É difícil ficar sem comer"</i> Tenta sempre se alimentar Está conseguindo se alimentar <i>"Sempre faço o máximo para poder me alimentar"</i> Sente fome e consegue comer</p> <p><u>Qualidade</u> É boa quando tem Quando come, come bem <i>"Quando tenho direto [alimento] é boa"</i></p> <p><u>Disponibilidade parcial</u> <i>"Tem comida por todo lado de segunda a sexta. Sábado e domingo é feroz, não tem"</i> Boa, só sente falta de uma alimentação saudável à noite</p> <hr/> <p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Irregularidade</u> <i>"Como de vez em quando, é irregular em quantidade"</i> Não se alimenta regularmente <i>"Não tem constância"</i></p>

FONTE: O autor (2021).

As demais respostas da categoria acesso, classificadas nos eixos serviços públicos/restaurantes e condições financeiras estão contidas no QUADRO 9.

QUADRO 9 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA ACESSO; EIXOS: SERVIÇOS PÚBLICOS/RESTAURANTES E CONDIÇÕES FINANCEIRAS

<p>Acesso</p> <p>Eixo temático Serviços públicos / restaurantes</p>	<p>Acho a minha alimentação boa porque...</p> <p><u>Referência aos serviços públicos</u> Come na FAS "Como no POP" Gosta da comida do POP "Porque como no albergue, as refeições são boas" Marmita saborosa do albergue Come no restaurante popular</p> <p><u>Referência a restaurantes</u> Come em restaurante</p> <p><u>Referência ao profissional nutricionista</u> "No Centro POP é balanceado, tem nutricionista" "Tem nutricionista no POP"</p>
<p>Acesso</p> <p>Eixo temático Condições financeiras</p>	<p>Acho a minha alimentação ruim porque...</p> <p><u>Limitações financeiras</u> Falta condição financeira Ganha pouco</p> <p><u>Poder de compra restringindo acesso a grupos de alimentos</u> "Não come fruta, é caro" Não tem carne e frutas por dificuldade para comprar Come pouca verdura porque não tem condições</p>

FONTE: O autor (2021).

A quarta categoria de análise contexto social foi subdividida em dois eixos temáticos: estar em situação de rua e uso de álcool e drogas e ambos se encontram no QUADRO 10.

QUADRO 10 – OPINIÕES A RESPEITO DA SUA ALIMENTAÇÃO – CATEGORIA CONTEXTO SOCIAL

Contexto social Eixo temático Estar em situação de rua	Acho a minha alimentação boa porque... <u>Aceitação</u> <i>"Para quem está na rua é muito boa"</i> <i>"Pra quem mora na rua está boa"</i>
	Acho a minha alimentação ruim porque... <u>Referência ao lar</u> Pois não está em casa <i>"Não é como em casa"</i> <u>Contexto da situação de rua</u> <i>"Porque estou em situação de rua"</i> <i>"Na rua é complicado"</i>
Contexto social Eixo temático Uso de álcool e drogas	Acho a minha alimentação boa porque... <u>Sobriedade</u> Não bebe, bom de garfo Quando sóbrio <u>Condicionalis</u> Come bastante, quando não usa drogas Boa, mas não janta (droga) <i>"Melhoraria se estivesse sem drogadição"</i> <i>"Depende, se estou sem droga é boa"</i>
	Acho a minha alimentação ruim porque... <u>Uso ou abuso de álcool/drogas</u> Bebe muita pinga (16 doses ao dia) <i>"Porque uso droga"</i> <u>Inapetência</u> Come pouco por causa da bebida Por causa da bebida, perde apetite Por conta da bebida, não consegue se alimentar direito Devido ao uso de drogas deixa de comer

FONTE: O autor (2021).

5 DISCUSSÃO

5.1 AS PESSOAS

Estima-se que em março de 2020 o Brasil possuía em torno de 221.869 pessoas em situação de rua (NATALINO, 2020). A estimativa para a cidade de Curitiba, realizada por meio da análise do Cadastro Único, é de 2843 indivíduos/famílias em 2021 (DAROLT, 2021). Os resultados do estudo realizado reiteram dados já presentes na literatura nacional sobre as características da PSR. No presente estudo, a população é composta, principalmente, por adultos jovens do sexo masculino. O I Censo e Pesquisa Nacional sobre População de Rua (BRASIL, 2009b) indicou que a maior parte (86%) da PSR do estudo é composta por indivíduos entre 18 e 54 anos, sendo composta, em sua maior parte, por indivíduos homens (82%). Outra pesquisa, também em âmbito nacional, verificou um predomínio de homens (89%) na PSR (CORTIZO, 2019). Um levantamento de dados realizado pelo Ministério Público do Paraná em 2008 indicou que 55,2% das pessoas em situação de rua se encontram em faixas etárias entre 25 e 44 anos (PARANÁ, 2008).

Em relação à orientação sexual, 84,9% da população de nosso estudo se autodeclarou heterossexual, 3,2% se autodeclararam “gay” ou “lésbica” e 1,9% se autodeclararam bissexual; dados semelhantes aos encontrados pela pesquisa censitária realizada na cidade de São Paulo em 2019, a qual indicou que 87,7% da PSR da cidade se autodeclarava heterossexual, 4,6% homossexual e 3,4% bissexual (QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA, 2020).

Mais da metade de nossa população de estudo se autodeclarou branca (52,5%); 33,8% se autodeclararam como pardos; 9,6% se autodeclararam como pretos. Tais achados são próximos aos encontrados por uma pesquisa municipal, realizada pela Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba, que indicou uma prevalência de 49,0% de indivíduos brancos, 34,6% de pardos e 13,9% de pretos (PIVA, 2016). Dados nacionais, por outro lado, indicam uma prevalência de 39,1% de indivíduos pardos, 29,5% brancos e 27,9% pretos (BRASIL, 2009b). Há diferenças entre as frequências de cor/raça entre os dados municipais e os nacionais, o que pode ser explicado pelas diferenças regionais na distribuição populacional.

As taxas de analfabetismo encontradas em nosso estudo foram de 3,1%, mais baixas do que as taxas presentes em outras pesquisas. A presença de indivíduos com

nível técnico ou superior em nossa população de estudo é um achado que reitera a competitividade e a falta de oportunidades no mercado de trabalho. Um estudo realizado em São Paulo indicou que 8,4% da População em Situação de Rua da cidade não sabia ler nem escrever (QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA, 2020); um estudo realizado no Rio de Janeiro indicou que 15,2% da PSR da cidade não sabia “ler e escrever um bilhete simples” (RIO DE JANEIRO, 2020).

Cerca de 21% da população do estudo não possui documento de identificação algum. Dos 78,3% que relataram possuir ao menos um documento de identificação, o RG e o CPF foram os mais comuns. O Censo sobre a PSR em 2008 indica dados semelhantes, com 24,8% da população não possuindo nenhum documento de identificação; 58,9% possuindo carteira de identidade e 42,2% possuindo CPF (BRASIL, 2009b).

Mais da metade (53,4%) da população em nosso estudo reportou estar em situação de rua há menos de um ano; 21,8% estão em situação de rua entre 1 e 5 anos; 22,1% há mais de 5 anos. Os resultados encontrados diferem do estudo realizado no Rio de Janeiro, o qual indicou que 31,8% da PSR na cidade estava em situação de rua há menos de um ano, 26,5% entre 1 e 5 anos e 40,1% há mais de 5 anos (RIO DE JANEIRO, 2020). No entanto, dados da literatura indicam que 28,7% da PSR em Curitiba estão há mais de 5 anos dormindo na rua ou em albergue, aproximando-se dos resultados encontrados pelo nosso estudo (BRASIL, 2008).

A rua e os locais de acolhida gratuitos são os dois principais locais em que a população de nosso estudo relatou utilizar para dormir, 52,9% e 44,9% respectivamente. Os dois locais são, segundo a literatura, os locais que a população em situação de rua mais comumente utiliza para dormir (BRASIL, 2008; PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2012). Entre as razões para a alta taxa de pessoas optarem dormir na rua ao invés dos albergues gratuitos temos: falta de liberdade nos albergues, horário de entrada e saída restrito, dificuldade para conseguir vagas, violência ou ameaças por parte de outros abrigados ou funcionários, falta de infraestrutura (BRASIL, 2009b; RIO DE JANEIRO, 2020).

Segundo a literatura, de cada quatro pessoas em situação de rua, três estão sozinhas (74%) (QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA, 2020). Os dados levantados na cidade de São Paulo traçam paralelos com os resultados obtidos em nosso estudo, o qual evidenciou que 73,5% dos indivíduos pesquisados estão no

contexto de situação de rua sozinhos, reforçando a característica de isolamento desta população.

As principais fontes de renda relatadas pela população foram os serviços informais (20,6%), guarda carros (19,6%), pede dinheiro (19,6%), reciclagem (18,6%) e vendas (11,3%). As atividades exercidas pela população de nosso estudo asseveram um recorte já ilustrado na literatura sobre as diferentes formas de renda da PSR: 19,5% trabalham como “flanelinha” (guardador de carro); 15,7% pedem dinheiro como principal fonte de renda; 19,1% coletam material reciclável (BRASIL, 2008). Parcelas menores da população relataram depender de benefícios sociais (9,4%), venda de arte (5,6%) ou práticas ilícitas (2,2%) como fonte de renda.

Os principais motivos/fatores predisponentes para estar em situação de rua relatados pelos indivíduos presentes em nosso estudo foram o desemprego/dificuldades financeiras (40,7%), questões familiares (39,6%) e uso de substâncias (31,4%). Os três fatores citados compõem os fatores contribuintes mais comuns para a situação de rua, embora existam variações em relação à ordem de frequência na literatura. Segundo o Ministério de Cidadania (CORTIZO, 2019), a causa mais comum são “problemas com a família”, seguido pelo “desemprego” e por “problemas com álcool/drogas”. Uma pesquisa realizada pela FAS de Curitiba (CURITIBA, 2016) evidenciou que os principais motivos que levaram à situação de rua dos indivíduos no estudo foram: “envolvimento com drogas” (27,0%); “álcool” (24,7%); “conflitos familiares” (22,3%) e “desemprego” (9,9%).

Percebeu-se que 81,5% da população de nosso estado relatou fazer uso recorrente de substâncias, sendo elas: o álcool (56,9%), cigarro (56,1%), maconha (31,8%), crack (26,2%), cocaína (19,0%) e inalantes (3,2%). Dados levantados pela prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (2020) corroboram com os resultados presentes em nosso estudo, com poucas variações. 83,1% da PSR da capital fluminense relatou usar drogas. As mais comuns foram o tabaco (63,6%), o álcool (54%), a maconha/haxixe (36,4%), a cocaína (29,5%), crack/similares (20,1%) e inalantes/cola/solvente/tíner (9,3%). Os principais motivos, relatados pelos usuários, para a utilização de drogas foram: “perdas afetivas/problemas familiares” (27,8%), “vontade/curiosidade de ter o efeito da droga” (20,6%), “vida ruim, sem perspectivas” (5,1%), pressão dos amigos (4,7%), conseguiu a droga/“pintou” (3,4%), perda do emprego (2,5%), preço barato (1,8%), fome (0,2%), frio (0,2%); parcela significativa indicou outros motivos não listados ou não soube relatar (RIO DE JANEIRO, 2020).

O álcool foi a substância mais citada pela população do estudo. Das pessoas que relataram fazer uso da droga, 207 indivíduos (35,7%) fazem uso diário, dado semelhante ao encontrado pela pesquisa censitária da PSR em São Paulo, que indicou que 36,6% utilizam diariamente a substância (QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA, 2020). Assim como no estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2020), encontramos relatos de associação do consumo de álcool com baixas temperaturas.

A presença de transtornos mentais é relatada em 32,4% da população do estudo, sendo os mais comuns: transtorno depressivo (23,5%), transtorno de ansiedade (6,9%) e transtorno psicótico (3,5%). O estudo realizado na cidade de São Paulo (QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA, 2020) evidenciou que 31,1% dos pacientes relataram “depressão/doença dos nervos”.

5.2 SUAS FOMES

No que concerne à alimentação da população estudada é inegável a determinação social da existência desse grupo e a precariedade de suas condições de vida, instaurada e mantida pelo modo de produção vigente, que inviabiliza o exercício de dois direitos humanos universais, o direito ao trabalho e a moradia.

Tendo esses direitos violados como pano de fundo, pode se dizer que por meio da análise das práticas alimentares avaliadas esse grupo apresenta um constante estado carencial. Não somente no que concerne a alimentos e nutrientes, mas um status crônico de faltas, desequilíbrios e de fomes.

Fazendo uma análise do conteúdo de todas as práticas levantadas pode-se classificar a presença e vivência de duas fomes – a objetiva e a subjetiva. Cada uma dessas fomes se apresenta com faces opostas e complementares e em constante desequilíbrio.

A primeira fome, de caráter material, relacionada às qualidades e quantidades, é a fome objetiva. Fome esta que, se dá no campo físico e é fruto do desequilíbrio entre o regular e o diverso, entre o constante e o variável, entre o natural e o industrializado.

A fome material pelo constante/estável se manifesta nas incertezas e irregularidades seja no número de refeições que serão realizadas ao longo do dia, que hora ocorrerão ou até mesmo se aquela fora a última refeição do dia. Quando ocorrerá

a próxima? Irei me alimentar hoje? E amanhã? Além da imprevisibilidade na qualidade e quantidade da alimentação de agora, de depois e dos próximos dias. Essas constantes dúvidas fazem com que cada ingesta possa ser encarada como “a última”, resultando num padrão errático de exageros alimentares seguidos de privações alimentares que além do prejuízo psíquico pode promover o desenvolvimento de diabetes em combinação com outros fatores (BROOKS et al, 2019).

A falta de uma certa regularidade é fator causal da fome objetiva, porém o seu excesso, manifesto na previsibilidade e monotonia alimentar, trazem à tona a outra face dessa fome, a fome por variedades. Uma dieta que reflete a cultura brasileira e é alicerçada em arroz e feijão, o que em uma análise superficial pode ser visto como um fator positivo, um olhar mais cuidadoso é capaz de identificar as suas fragilidades estruturais. Há de se considerar a contribuição dessa clássica combinação no aporte calórico total bem como analisar a quantidade e qualidade dos outros elementos que compõem essa alimentação, come-se carnes, frutas e vegetais, mas seriam em quantidade suficiente? Dificilmente, tendo em vista os relatos dos entrevistados. Indo do arroz com feijão para o outro extremo, o consumo de alimentos industrializados e de lanches é crescente. Ricos em gorduras e carboidratos a ingesta deles é facilitada pelo seu custo e praticidade, sendo muitas vezes concomitantes ou complementares à dieta do arroz e feijão, estabelecendo aqui o paradoxo alimentar de carência versus excesso e de fome visível versus fome oculta conforme conceituam Ribeiro e Pilla (2014).

Seguindo a linha de raciocínio das fomes passamos para análise da fome subjetiva, uma fome que não se sente na barriga. Não decorre de uma falta material, e sim da falta de direitos e humanidade. Um dos seus lados se refere ao universo interno, com características individuais, pessoais, privadas, particulares. Nesse âmbito temos indivíduos que sofrem um processo de desumanização e despersonalização, sendo vistos como “mais um daqueles”, parte de um incômodo social (RODRIGUES et al., 2018), e ao mesmo tempo não-vistos, invisíveis como menciona Costa (2019).

Sendo a autonomia um direito humano, nesse contexto de maneira óbvia e inevitável, as pessoas em situação de rua estão despidas deste que traduz por meio das práticas alimentares no acesso, escolhas e vontades. O acesso ao alimento é marcado pela constante dependência do outro (indivíduos, ONGs ou instrumentos públicos). A quantidade, qualidade, tipo, modo de preparo dos alimentos bem como

em qual horário é possível comer são escolhas indisponíveis. Nesse cenário a história e preferências alimentares do indivíduo bem como seus desejos/vontades, variáveis que tornam cada pessoa única, não tem espaço para serem satisfeitos. Seguindo esse processo de pauperização do indivíduo o mesmo ocorre com os alimentos e o alimentar-se que progressivamente perde suas funções histórico-afetivas individuais.

A carência do privado e particular também é vista na relação do indivíduo com o espaço, na qual a possibilidade de estabelecer vínculos e apropriações sólidas é reduzida e resulta na ausência de estruturas e referenciais domésticos, passam a compreender em seus corpos tanto o elemento “humano” quanto o “casa”, sendo caracterizados em “Gente-Caracol” conforme discorre Gomes (2006). A fome pelo particular, íntimo e acolhedor faz com que estratégias sejam criadas para que o “cozinhar” aconteça. A necessidade desses aspectos subjetivos é sustentada pela presente pesquisa ter ocorrido em região central de um ambiente urbano onde a alimentos prontos para o consumo são disponíveis tanto quanto (ou até mais que) alimentos que necessitam de cocção.

A outra face da fome subjetiva abrange fragilidades no âmbito coletivo e social. A deficiência de suporte social se expressa na presença de vínculos familiares frágeis e constitui um dos determinantes do uso e abuso de álcool e outras drogas que retroalimenta a condição de estar na rua. Em meio a essa espiral de vulnerabilidades sociais a maioria se encontra sozinha na situação de rua. Pessoas que, mesmo inseridas no movimentado centro de uma capital, vivem e comem sozinhas. O ambiente social das práticas alimentares acaba sendo solitário assim como suas existências. Esse déficit reflete inclusive em alguns dos tipos dos alimentos que sentem falta, os partilhados. Churrasco com maionese, macarronada ou lasanha são preparações para classicamente serem comidas no contexto de uma refeição em grupo, à mesa, exercendo a comensalidade.

Todas essas fomes afetam tanto o alimento, aquele que se alimenta, e a sua relação. Com o esvaziamento das representações afetivas e particulares do alimento acompanhado pela deterioração do seu componente social, a função do que se come prevalece, fazendo da “marmita”, da “comida” e do “arroz e feijão” simples “matadores de fome” e “enchedores de barriga”. Seus consumidores, desprovidos das suas singularidades alimentares e solitariamente, tornam-se meros “ingestores” que através desse ato perpetuam a sua condição de quase-existência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falamos aqui de uma população constituída principalmente por homens jovens que em decorrência de diferentes fatores vivem um constante estado de vulnerabilidade e de vulnerabilização, sendo é possível encarar as suas práticas alimentares como síntese desse contexto.

A pesquisa reafirma necessidade de um debate a respeito do tema, desestigmatizando e entendendo essa população como consequência do modo de produção capitalista, gerando olhares novos e humanizados para uma população em vulnerabilidade social e historicamente invisibilizada.

Práticas que são caracterizadas por fomes objetivas e subjetivas. No âmbito material: a inconstância e monotonia alimentar; no campo abstrato: a carência afetiva e social na alimentação.

Após sistematizar e dissecar aspectos dessa vivência, surgem mais dúvidas e inquietações do que conclusões. Reconheço as limitações advindas do meu lugar de fala como pesquisador além da complexidade transdisciplinar do assunto. Anseio para que através desse trabalho gere novos olhares, discussões e ações para uma população que tem fome(s).

“Ter o que comer é um privilégio muito grande. Ter variedade, poder escolher o que colocar no prato, poder comer o que temos vontade. Comer nos mantém vivo, comemos várias vezes ao dia, e eles não sabem como será o dia seguinte. Às vezes ficam com tanta vontade de alimentos afetivos ou que trazem conforto, mas é difícil terem acesso ao que sentem vontade. Comer é um ato carregado de emoção também e conversando sobre o que se sentiam falta ou vinha um sorriso ou ficavam um pouco triste. O quanto aquela memória pode vir carregada de significados... Como será o significado de comer pra eles depois de tanto tempo sem momentos ‘bons’ relacionados a alimentação?”

Laryne Ferreira Esteves

Nutricionista e Voluntária dos Médicos de Rua Curitiba

REFERÊNCIAS

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

AQUECENDO CORAÇÕES CURITIBA. 2019, fotografia, color, várias dimensões. Disponível em: <<https://www.facebook.com/AquecendocoracoescuritibabanhodoBem>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

BARBOSA, K. Significados e experiências de pessoas em situação de rua acometidas por tuberculose. 2018. 121 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'ANDREA (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86

BISCOTTO, P. Viver em situação de rua: experiência de mulheres que utilizam o albergue para pernoitar. 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BRASIL, Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/cartilha-losan-portugues>>. Acesso em 15 mar. 2014.

BRASIL. Constituição Federal da República. Brasília: Governo Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, 23 dez. 2009a.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, 4 fev. 2010.

BRASIL. Governo Federal. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/inclusaooutros/aa_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf> Acesso em: 20 de ago. 2021.

BRASIL. LEI Nº 8.080, 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. 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006. 96 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. NOTA TÉCNICA Nº 016/08/SAGI/MDS. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Brasília, 19 maio 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011. 116 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar - Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009b. 233 p.

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). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 27 fev. 2013.

BRILLAT-SAVARIN, J-A. A fisiologia do gosto. Companhia das letras, 2019.

BROOKS, L. K.; KALYANARAMAN, N.; MALEK, R. Diabetes care for patients experiencing homelessness: beyond metformin and sulfonylureas. The American journal of medicine, v. 132, n. 4, p. 408-412, 2019.

CANESQUI, A. M. Mudanças e Permanências da Prática Alimentar Cotidiana de Famílias de Trabalhadores. In: CANESQUI, A. M., GARCIA, R. W. D., (Org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CASTRO, A. P; NASCIMENTO, A. R.; FERNANDES, E. A. (Org.) Discutindo vulnerabilidades: avanços e desafios. João Pessoa: Editora Ative, 2020. Disponível em: <<https://editoraative.wixsite.com/editoraative>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

CORTIZO, R. M.; SANTORO, A. População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam. Brasília: Ministério de Cidadania, 2019.

COSTA, N. M. A rua como lar: Invisibilidade de pessoas em situação de rua no centro de Manaus. Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) Universidade Federal do Amazonas. 2019.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. FAS Realiza pesquisa sobre população em situação de rua de Curitiba. Curitiba, 2016. Disponível em: < <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/fas-realiza-pesquisa-sobre-populacao-em-situacao-de-rua-de-curitiba/40126>> Acesso em 9 ago. 2021

DA SILVEIRA KROEF, R. F.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do (a) Pesquisador (a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

DaMATTA, R. O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DAROLT, D. et al. Levantamento da População em Situação de Rua. Curitiba: Secretaria da Justiça, Família e Trabalho do Estado do Paraná, 2021.

DE OLIVEIRA, R. C. M. (ENTRE) LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in) formação na/da abordagem (Auto) biográfica. Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos, v. 2, n. 4, p. 69-87, 2014.

DOS SANTOS, M. S. N. et al. Perfil nutricional de moradores de rua e caracterização da alimentação distribuída em albergues do município de São Paulo. Segurança Alimentar e Nutricional, v. 17, n. 2, p. 1-13, 2010.

FALKEMBACH, E. M. Diário de campo: um instrumento de reflexão. Contexto e educação, v. 2, n. 7, p. 19-24, 1987.

FARIAS, D. et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. Psicologia e saber social, v. 3, n. 1, p. 70-82, 2014.

FERREIRA KOOPMANS, F. et al. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 1, 2019.

FRANGELLA, S. M. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

G1 PARANÁ. Blocos de papel do EstaR deixam de ser aceitos a partir de segunda (11), em Curitiba; veja como trocar. G1 Paraná, Curitiba, 08 mai. 2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/pr/parana/transito/noticia/2020/05/08/blocos-de-papel-do-estar-deixam-de-ser-aceitos-a-partir-de-segunda-11-em-curitiba-veja-como-trocar.ghtml>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

GARCIA, R. W. D. A Antropologia Aplicada às Diferentes Áreas da Nutrição In: CANESQUI, A. M., GARCIA, R. W. D., (Org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GOMES, J. et al. Aplicação do modelo de Roper, Logan e Tierney com pessoas em situação de rua. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 238-245, 2020.

GOMES, R. C. M. Gente-Caracol: a cidade contemporânea e o habitar as ruas. Dissertação - Psicologia Social Institucional. Programa - de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health information & libraries journal, v. 26, n. 2, p. 91-108, 2009.

HINO, P.; DE OLIVEIRA SANTOS, J.; DA SILVA ROSA, A.. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, 2018.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. Fractal: Revista de Psicologia, v. 26, n. 3, p. 919-942, 2014.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997

LEÃO, M. et al. O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional. Brasília: Abrandh, p. 1-263, 2013.

LOPES, P. Percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 83, n. 21, 2017.

MACEDO, R. S. Etnopesquisa crítica, etnopesquisa-formação. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2010.

MACIEL, M. E. Identidade Cultural e Alimentação. In: CANESQUI, A. M., GARCIA, R. W. D., (Org.). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MÉDICOS DE RUA – CURITIBA. 2019, fotografia, color, várias dimensões. Disponível em: < <https://www.facebook.com/medicinaderua>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

MÉDICOS DO MUNDO. Medicina de Rua em São Paulo e no Brasil – Médicos do Mundo. 2021. Disponível em: <<https://www.medicosdomundo.org.br>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

NATALINO, M. A. C. Estimativa Da População Em Situação De Rua No Brasil (Setembro De 2012 A Março De 2020). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016. 28 p.

NEVES-SILVA, P.; MARTINS, G. I.; HELLER, L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00024017, 2018.

OLIVEIRA, M. “Acham que brotamos das fontes dessa cidade?”: uma etnografia sobre o cotidiano de sobrevivência de pessoas em situação de rua em Natal/RN. 2015. 125 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

PARANÁ. Ministério Público do Paraná. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. Curitiba: Ministério Público do Paraná, 2008.

PEREIRA, C. Médicos de rua. Isto É, São Paulo, n. 2549, 26 out. 2018. Disponível em: <<https://istoe.com.br/medicos-de-rua>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

PIVA, N. Curitiba tem 1,7mil moradores de rua; maioria tem família na região. 2016 Jun 30 [citado 2021 Ago 23]. In: Jornal Gazeta do Povo [Internet]. [cerca de 1 p.]. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/futuro-das-cidades/curitiba-tem-17-mil-moradores-de-rua-maioria-tem-familia-na-regiao-cg6hv3l51sk3lgov4bd8dneil/>

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. Revista de Nutrição, v. 16, p. 365-386, 2003.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO; Secretaria Municipal De Assistência e Desenvolvimento Social; Núcleo De Pesquisas Em Ciências Sociais. Censo e Caracterização Socioeconômica da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo (2011). São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2012.

QUALITEST INTELIGÊNCIA EM PESQUISA. Pesquisa amostral do perfil socioeconômico da população em situação de rua. São Paulo: Qualitest, 2020. Relatório).

RECINE, E. et al. Mulheres do Recanto - antes de saber o que eu como, deixa eu contar como eu vivo. Brasília: Universidade de Brasília, Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição, 2016.

RIBEIRO, C. S. G.; PILLA, M. C. B. A. Segurança alimentar e nutricional: interfaces e diminuição de desigualdades sociais. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, v. 9, n. 1, p. 41-52, 2014.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Números da População em Situação de Rua 2020. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2020. Relatório

RODRIGUES, J. S., LIMA, A. F., & HOLANDA, R. B. Identidade, Drogas e Saúde Mental: Narrativas de Pessoas em Situação de Rua. Psicologia: Ciência e Profissão Jul/Set. 2018 v. 38 n°3, 424-436.

SANTANA, J. Os adolescentes em situação de rua e as instituições de atendimento: utilizações e reconhecimento de objetivos. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 18, p. 134-142, 2005.

SANTOS, J. Errantes urbanos: funções corporais e táticas de sobrevivência dos moradores de rua em Cuiabá. 2019. 173 f. Tese (Doutorado em Estudos de Cultura Contemporânea) – Faculdade de Comunicação e Artes, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2019.

SILVA, I. C. N. et al. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, 2018.

SILVA, R. B. O processo de organização política da população em situação de rua na cidade de São Paulo: limites e possibilidades da participação social. Anais Seminário Nacional População em Situação de Rua, v.1, n.1, 2008, Universidade Federal de São Carlos, disponível em <www.senaposirua.ufscar.br/anais-do-seminario-1>, Acesso em: 20 de ago. 2021.

STREET MEDICINE INSTITUTE. The Street Medicine Institute Story. 2020. Disponível em: <<https://www.streetmedicine.org/our-story>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

TIENGO, V. M. O Fenômeno População em Situação de Rua Enquanto Fruto do Capitalismo. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 138-150, jan/jul. 2018.

VALENTE, F.; FRANCESCHINI, T.; BURITY, V. Exigibilidade do direito humano à alimentação adequada. ABRANDH, 2007.

VALLE, F et al. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 182-192, 2020.

VALLE, F. SAÚDE COMO DIREITO: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde. 2018. 213 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

ANEXO 1 – ANAMNESE INICIAL

ENCAMINHAMENTOS INTERNOS

Odontologia Psicologia Fisioterapia Veterinária
 Laboratório Jurídico Curativos

DATAS DAS AÇÕES

____/____/____
 ____/____/____
 ____/____/____
 ____/____/____
 ____/____/____
 ____/____/____



**MÉDICOS
DE RUA**
Curitiba

ANAMNESE INICIAL

IDENTIFICAÇÃO

GESTANTE?

Nome: _____

Idade: _____ Data de nasc.: _____ Etnia: Branco Pardo Negro Amarelo
 Indígena Outra: _____ Religião: _____

Sexo: M F Trans Orient.: Hetero Homo Bi Sit. conjugal: Solt. Cas. Divorc. Viúvo

Escolaridade: Analfabeto Ens. Fund. Técnico Ens. Sup.
 SÓ lê e escreve Ens. Méd. Qual? _____ Qual? _____

Cidade e estado onde nasceu: _____ Última cidade e estado em que morou: _____

Tem docs pessoais? S N Quais? RG CPF Cart. Trab. CNH Cert. Nasc. Cert. Cas. Outros: _____

Se precisarmos entrar em contato com você, como podemos te encontrar? _____

PERFIL SOCIOECONÔMICO

Há quanto tempo está na rua: <1 ano 1-2 anos 3-5 anos >5 anos Onde costuma dormir? Rua Onde? _____ Albergue Pousado Outro _____

Está na rua: Com família } SE ACOMPANHADO... SE COM CRIANÇAS...
 Com amigos } Nº de adultos: _____ Onde ficam: _____
 Solzinho Outros _____ } Nº de crianças: _____ Estudam? S N

Parentes moram em Curitiba? S N SE NÃO, onde? _____ Tem contato com eles? S N Como ganha dinheiro? Guarda carros Reciclagem Pede dinheiro Outros: _____Já teve emprego formal/carteira assinada? S N Com qual ocupação: _____

PERFIL PSICOSSOCIAL

Motivo pelo qual está na rua: Desemprego Uso de substâncias Outros: _____Conflito familiar → Se conflito familiar, qual? _____Uso de substâncias: S N

Álcool Quant.: _____ **Crack** Uso: Diário _____x na sem. Esporádico
 Uso: Diário **Cocaína** Uso: Diário _____x na sem. Esporádico
 _____x na sem. **Maconha** Uso: Diário _____x na sem. Esporádico
 Esporádico **LSD** Uso: Diário _____x na sem. Esporádico

Cigarro Quant.: _____ maços **Ecstasy** Uso: Diário _____x na sem. Esporádico
 (1 maço = 20 cigarros) Tempo: _____ anos **Lança perfume/cola** Uso: Diário _____x na sem. Esporádico

Já ficou abstinente? S N De qual substância? _____ Por quanto tempo? _____Já tratou? S N Como? _____Tem algum transtorno mental? S N Qual? Depressão Esquizofrenia Transt. do pânico Outro: _____ Já foi atendido por: Psicólogo? S N
Psiquiatra? S N Já tratou? S N Como? _____

Já utilizou algum desses serviços?

FAS CREAS Albergue Qual? _____

Centro Pop CRAS Internamento Onde? _____

CAPS Qual? _____

Onde busca ajuda quando tem problema de saúde? _____

Como podemos te ajudar a sair das ruas? _____

**SINAIS VITAIS**

Freq. Cardíaca (bpm)

Freq. Respiratória (ipm)

Pressão Arterial (mm Hg)

Sat. O₂ (%)

Temperatura (°C)

*

AVALIAÇÃO NUTRICIONALResponsável¹:

Hemienvergadura ²	Altura estimada ³	Altura relatada ⁴	Peso usual ⁵	Peso aferido ⁵	IMC (aferido) ⁷	C. Cintura ⁸	C. Br. D ⁹		
_____ cm	_____ cm	_____ m	_____ kg	_____ kg	_____ kg/m ²	_____ cm	_____ cm		
Tem problemas para mastigar? ¹⁰				Percebeu se perdeu peso no último mês? ¹³				S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Quanto? ¹⁴ _____	
Deixa de comer alguns alimentos por não conseguir mastigar: ¹¹				HAS? ¹⁵ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>				DM? ¹⁶ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Se SIM, quais? ¹²				Tem problemas digestivos? ¹⁷ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				ASSINALE: Azia ¹⁸ <input type="checkbox"/> Gases ¹⁹ <input type="checkbox"/> Diarreia ²⁰ <input type="checkbox"/>	
				Constipação ²¹ <input type="checkbox"/> Outro ²² : _____					
Na última semana fiquei um dia todo, ou +, sem comer? ²³ S <input type="checkbox"/> (n° dias ²⁴ _____) N <input type="checkbox"/>				ONTEM, quantas refeições fez? ²⁷				0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > 3 <input type="checkbox"/>	
Cozinhei para mim na última semana ²⁵				Tomei mais de 2 copos de água ONTEM? ²⁸				S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Se SIM, como? ²⁶				Fonte da água: ²⁹					
Acho a minha alimentação ³⁰ : BOA <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> - Porquê? ³¹				Como consigo comida normalmente? ³²					
Quais alimentos como mais? ³³				Quais alimentos sinto falta de comer? ³⁴					

QUEIXA PRINCIPAL

Há quanto tempo? _____ Quando e como começou? _____

HISTÓRIA MÓRBIDA ATUALDor Astenia Náuseas Diarreia Edema Lesões cutâneas Prurido Febre Vertigem Vômito Constipação Hemorragia Outros: _____*Detalhar: local, início, tipo/característica, irradiação, periodicidade, duração, fatores de melhora/piora, intensidade, sintomas associados*

Dor de dente? S N *Se sim, encaminhar para avaliação da odontologia***HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA**HAS AVC DM HIPOTIREO/ TB DST CÂNCER _____ICC IAM IRC DPOC HEPATITE HIV OUTRA _____

Há quanto tempo? _____

Doenças da infância: _____

Convulsões (origem/causa/quantas - como ocorreu?): _____

Internações/Cirurgia (quando, motivo, tempo de internação e NOME DO HOSPITAL onde esteve internado): _____



Trauma, acidente ou algum tipo de violência? _____

Medicações de uso contínuo (listar quais e motivo): _____

Alergias (qual agente e qual foi a reação alérgica): _____

HISTÓRIA MÓRBIDA FAMILIAR

Mãe (morbidades/viva/faledida – motivo do falecimento): _____

Pai (morbidades/vivo/faledido – motivo do falecimento): _____

Irmãos (morbidades/vivos/faledidos – motivo do falecimento): _____

CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA

Atividade física: Sedentário Ativo O que pratica? _____

Atividade sexual: Protegida Parceiro(a) único(a) Já fez teste para diagnóstico de: HIV/ HEPATITE/ SÍFILIS? S N
 Desprotegida Múltiplos(as) parceiros(as)

HISTÓRIA GINECOLÓGICO-OBSTÉTRICA

Último exame ginecológico: _____ DUM: _____ Idade fértil | Menopausa

SE EM IDADE FÉRTIL...

Ciclo menstrual: Faz uso de anticoncepcional? S N Aplicação/doação de anticoncepcional na ação? S N
 Regular Qual e onde acompanha? Qual?
 Irregular

Tem quantos filhos? _____ Vaginal: _____ Cesárea: _____ Abortos: _____ Complicações no parto? _____

EXAME FÍSICO

Estado geral, nível de consciência, hidratação, estado nutricional, mucosas, linfonodos



Cabeça e pescoço



Cardiopulmonar



Gastrointestinal



Neurológico



Dermatológico



Geniturinário



Outros





EXAMES LABORATORIAIS

Destro _____ Hemograma TGO + TGP Lipidograma Parcial de Urina
 Ureia + Creatinina Bilirrubinas Hemoglobina glicada

Testes Rápidos: Sífilis Hepatite B Gravidez
 HIV Hepatite C

Outros: _____

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

CURATIVOS

Motivo: _____

Materiais:

Soro fisiológico Atadura
 Seringa 20 ml Micropore
 Agulha Esparadrapo
 Esponja Outro

Descrição: _____

Localização: _____

Kit curativo

Gaze

Cobertura: _____

Responsável: _____

MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR

Medicamento e dose: _____ Local: Delt. Glut. Ventro-glut. | Lado: D E

Prescritor: _____ Responsável: _____

MEDICAMENTOS

O paciente já sabia que tinha essa patologia: S N Já faz uso dessa medicação: S N

Houve necessidade de medicação: S N Foi dispensada a seguinte quantidade de medicação: _____

Motivo: _____

Medicação: _____

Foi explicado como usar a medicação: S N

PA ANTES do medicamento: _____

PA DEPOIS do medicamento: _____

ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS

Encaminhamento para UBS: S N Encaminhamento para o CAPS: S N

Encaminhamento para UPA: S N Outro? Qual? _____

Autorizo desde já o uso de minha imagem, bem como do(s) menor (es) pelo(s) qual(is) sou responsável, para fins de divulgação, seja por fotos, vídeos e/ou entrevistas em qualquer meio de comunicação, sem geração de ônus para a organização, mídia, apoiadores, colaboradores e patrocinadores. A presente autorização é concedida por tempo indeterminado, a título gratuito, abrangendo o uso da imagem em todo território nacional e no exterior.

Assinatura do paciente ou responsável

O paciente/responsável declara ter recebido esclarecimentos completos e estar ciente de todas as implicações decorrentes dos procedimentos e tratamentos a serem realizados, sejam eles invasivos ou não, estando de acordo e autorizando suas realizações.

Assinatura do acadêmico

Assinatura e Carimbo do médico

Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 1

MÉDICOS DE RUA PROJETO PILOTO: TRIAGEM ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Chego a passar fome	SIM	NÃO
Nem sempre tenho dinheiro para comprar comida	SIM	NÃO
Como menos de 2 vezes por dia	SIM	NÃO
Como carne, frango, ovos ou feijão menos de uma vez por dia	SIM	NÃO
Como pão, arroz, macarrão menos de DUAS vezes por dia	SIM	NÃO
Como frutas e vegetais menos de DUAS vezes por dia	SIM	NÃO
Como leite e derivados menos de DUAS vezes por dia	SIM	NÃO
Tomo pelo menos 2 copos de água por dia	SIM	NÃO
Tenho local para guardar meus alimentos (geladeira)	SIM	NÃO
Tenho local para preparar comida (fogão)	SIM	NÃO
Tomo bebida alcoólica quase todos os dias	SIM	NÃO
Fumo cigarros todos os dias	SIM	NÃO
Muitas vezes não sinto vontade de comer/cozinhar	SIM	NÃO
Tenho problemas para mastigar	SIM	NÃO
<hr/>		
Tenho normalmente:	Diarreia	SIM NÃO
	Enjôo / vômitos	SIM NÃO
	Pouco ou nenhum apetite	SIM NÃO
	Gases	SIM NÃO
	Azia	SIM NÃO
	Cansaço	SIM NÃO
<hr/>		
Sei que tenho	Diabetes	SIM NÃO
	Pressão alta	SIM NÃO
	Problemas nos rins	SIM NÃO
	Problema no fígado	SIM NÃO
	HIV	SIM NÃO
<hr/>		
Gasto semanalmente com comida	R\$	_____
<hr/>		
Como normalmente adquiro comida:	_____	

ANEXO 3 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 2

MÉDICOS DE RUA & NUTRIS DE RUA PROJETO PILOTO: TRIAGEM ALIMENTAR E NUTRICIONAL – VERSÃO 2.0

Nome: _____ Idade²: _____ Sexo³: M () F () Lê?⁴ Sim () Não ()

Onde mora/dorme?⁵ _____

Há quanto tempo?⁶ _____

Alguma fonte de renda?⁷ Qual/quais?⁸ _____

Chego a passar fome⁹: Sempre () Às vezes () Nunca () Outra freq.: _____

Nº de vezes que come por dia¹⁰: 1x () 2x () 3x () Mais que 3x ()

Chega a preparar alguma refeição para você?¹¹ Sim () Não () Nº de x/sem¹²: _____

Geladeira disponível? Sim () Não () Fogão disponível? Sim () Não ()

Chego a não ter fome¹³: Sim () Não () Nº de x/sem¹⁴: _____

Nem sempre tenho dinheiro para comprar comida: Sim () Não ()

Gasto semanalmente com comida: _____

Como consigo comida normalmente? Onde? _____

FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Carne, frango, ovo¹⁵ 1x/dia () 2x/dia () ≥3x/dia () Nunca () Outro: _____

Pão, arroz, macarrão¹⁶ 1x/dia () 2x/dia () ≥3x/dia () Nunca () Outro: _____

Fruta¹⁷ 1x/dia () 2x/dia () ≥3x/dia () Nunca () Outro: _____

Verduras e legumes¹⁸ 1x/dia () 2x/dia () ≥3x/dia () Nunca () Outro: _____

Leite, queijo, iogurte¹⁹ 1x/dia () 2x/dia () ≥3x/dia () Nunca () Outro: _____

Tomo mais de 2 copos de água por dia Sim () Não ()

SINTOMAS

Problemas para mastigar S () N ()
SE SIM → DENTISTA!!!

Pouco apetite S () N ()

Enjoo / vômitos S () N ()

Azia S () N ()

Gases S () N ()

Diarreia S () N ()

Cansaço S () N ()

COMORBIDADES

Diabetes S () N ()

Toma remédio para? S () N ()

Pressão alta S () N ()

Toma remédio para? S () N ()

Bebida alcoólica quase todos os dias S () N ()

Cigarros todos os dias? S () N ()

Outras drogas? S () N ()

Data: _____

Responsável: _____

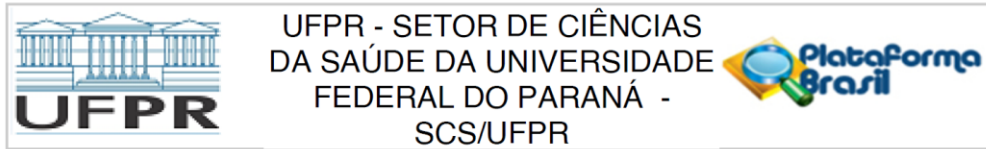
ANEXO 4 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 3

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL					
Hemienv. ¹ : _____cm	Alt. Est. ² : _____cm	Peso ³ : _____kg	IMC ⁴ : _____kg/m ²	CAb ⁵ : _____cm	CBr D ⁶ : _____cm
Passei fome na última semana ⁷ _____			SIM () NÃO ()		
Preparei comida para mim na última semana ⁸ _____			SIM () NÃO ()		
Se sim, como? ⁹ _____			Problemas na digestão? ¹¹ SIM () NÃO () Assinale o(s) problema(s): azia, gases, diarreia, constipação		
Tomo > 2 copos de água por dia? ¹⁰ _____			SIM () NÃO ()		
			DM? ¹² SIM () NÃO () HAS? ¹³ SIM () NÃO () Nº refeições/dia ¹⁴ : 1 () 2 () 3 () >3 ()		
Como consigo comida normalmente? ¹⁵ _____					
Quais alimentos como mais? ¹⁶ _____					

ANEXO 5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – VERSÃO 4

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL						Responsável ¹ :	
Hemienvergadura ² _____ cm	Altura estimada ³ _____ cm	Altura relatada ⁴ _____ m	Peso usual ⁵ _____ kg	Peso aferido ⁶ _____ kg	IMC (aferido) ⁷ _____ kg/m ²	C. Cintura ⁸ _____ cm	C. Br D ⁹ _____ cm
Tem problemas para mastigar? ¹⁰ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			Percebeu se perdeu peso no último mês? ¹³ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Quanto? ¹⁴ _____			DM? ¹⁶ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Deixa de comer alguns alimentos por não conseguir mastigar? ¹¹ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			HAS? ¹⁵ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>			ASSINALE: Azia ¹⁸ <input type="checkbox"/> Gases ¹⁹ <input type="checkbox"/> Diarreia ²⁰ <input type="checkbox"/>	
Se SIM, quais? ¹² _____			Tem problemas digestivos? ¹⁷ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			Constipação ²¹ <input type="checkbox"/> Outro ²² : _____	
Na última semana fiquei um dia todo, ou +, sem comer? ²³ S <input type="checkbox"/> (n° dias ²⁴ _____) N <input type="checkbox"/>			ONTEM, quantas refeições fez? ²⁷ 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > 3 <input type="checkbox"/>			Tomei mais de 2 copos de água ONTEM? ²⁸ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Cozinhei para mim na última semana ²⁵ S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			Se SIM, como? ²⁶ _____			Fonte da água: ²⁹ _____	
Acho a minha alimentação ³⁰ : BOA <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> - Porquê? ³¹ _____			Como consigo comida normalmente? ³² _____				
Quais alimentos como mais? ³³ _____			Quais alimentos sinto falta de comer? ³⁴ _____				

ANEXO 6 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Pesquisador: Solena Ziemer Kusma

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47508721.7.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.833.307

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná sob a orientação da Profa. Dra. Solena Ziemer Kusma e colaboração de Fernando Lucas Soares. A pesquisa irá caracterizar as práticas alimentares da população em situação de rua atendida em ações voluntárias realizadas na cidade de Curitiba durante o ano de 2019. Trata-se de um estudo com delineamento observacional retrospectivo, com análise de dados qualitativos e quantitativos. Serão utilizados dados de fonte secundária: banco de dados digital dos prontuários médicos e nutricionais dos pacientes atendidos pela Associação Médicos do Mundo - Médicos de Rua – Curitiba PR. A amostra será o total de indivíduos atendidos no período citado, sendo um total de 750. Serão selecionados os dados de indivíduos maiores de 18 anos presentes nas ações de 2019 e excluídos os dados de indivíduos com prontuários incompletos. O período de realização da pesquisa será da aprovação do Comitê de Ética até dezembro de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

O objetivo principal desse trabalho é caracterizar as práticas alimentares da população em situação de rua atendida em ações voluntárias realizadas na cidade de Curitiba durante o ano de 2019.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

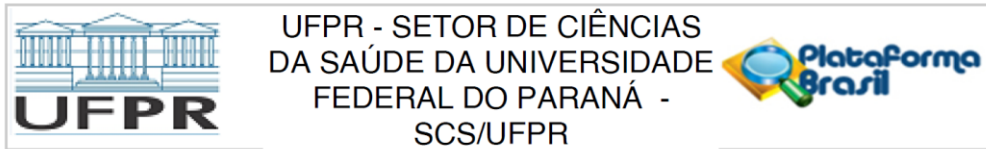
UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.833.307

Objetivo Específico

Discutir as vulnerabilidades levantadas dessa população sob a ótica de políticas públicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente projeto de pesquisa não apresenta riscos físicos aos participantes, pois serão avaliadas informações de prontuários médicos, porém existe o risco da utilização indevida dos dados. No entanto, todos os pesquisadores envolvidos no projeto garantem sigilo de todos os dados coletados em todas as etapas da pesquisa.

Não há benefício direto para os participantes, porém presume-se que por meio deste trabalho discussões que fundamentem o planejamento e desenvolvimento de projetos correlatos, ações em prol da segurança alimentar e nutricional bem como políticas públicas sejam promovidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse estudo terá por característica o delineamento observacional retrospectivo, com análise de dados qualitativos e quantitativos. Serão utilizados dados de fonte secundária: banco de dados digital dos prontuários médicos e nutricionais dos pacientes atendidos pela Associação Médicos do Mundo - Médicos de Rua – Curitiba PR.

A população do estudo será constituída por dados das pessoas em situação de rua que participaram de maneira espontânea das ações mensais desenvolvidas pela ONG Médicos de Rua realizadas em praça pública da cidade de Curitiba no ano de 2019. A amostra será o total de indivíduos atendidos no período citado, sendo um total de 750 pessoas.

Serão selecionados os dados de indivíduos maiores de 18 anos presentes nas ações de 2019 e excluídos os dados de indivíduos com prontuários incompletos. Os dados a serem utilizados serão os que constam na ficha de anamnese inicial (identificação, perfil socioeconômico e perfil psicossocial) (ANEXO A) e na avaliação nutricional inicial (ANEXO B). Esses instrumentos foram desenvolvidos, revisados e aprimorados pela equipe de profissionais voluntários integrantes do projeto. Os itens a serem avaliados são referentes a variáveis objetivas, compostas por: Identificação pessoal (7 perguntas), Perfil Sócio Econômico (5 perguntas), Perfil Psicossocial (18

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

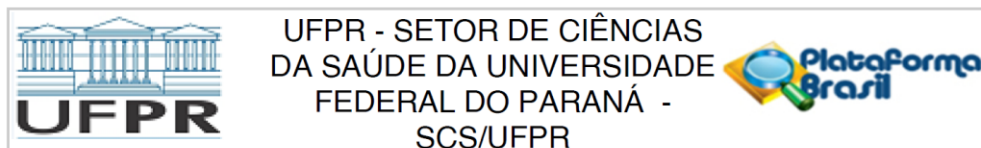
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.833.307

perguntas) e perguntas abertas, compostas por Avaliação Nutricional (08 perguntas).

A coleta dos dados in loco foi realizada por nutricionistas e estudantes de nutrição voluntários previamente treinados e capacitados pela organização do setor de nutrição e sobre supervisão direta. Tais dados estão armazenados no banco de dados digital da ONG Médicos de Rua – Curitiba, organizados em planilhas do Microsoft Excel®.

Tendo em vista a característica dessa pesquisa, o possível risco existente seria a quebra de sigilo dos dados dos pacientes. Para evitar tal situação os nomes dos pacientes serão substituídos por códigos aleatórios. Os participantes não terão nenhum benefício direto, porém presume-se que por meio deste trabalho discussões que fundamentem o planejamento e desenvolvimento de projetos correlatos, ações em prol da segurança alimentar e nutricional bem como políticas públicas sejam promovidas.

Os dados serão analisados utilizando o programa computacional Microsoft Excel® e o SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) versão 25.0. Respostas de perguntas abertas serão analisadas conforme a técnica proposta por Bardin, reunidas em classes. As variáveis qualitativas serão agrupadas por frequências absolutas e relativas e as quantitativas serão analisadas por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões.

Foi solicitado a dispensa de TCLE, em razão da pesquisa ter por característica o delineamento observacional retrospectivo, com análise de dados de fonte secundária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

Devem os pesquisadores considerar que a responsabilidade pela posse das Informações é da Pesquisadora Principal, orientadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

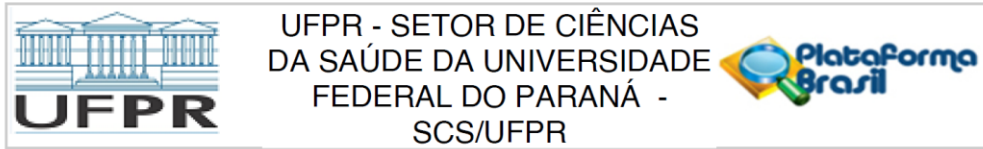
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.833.307

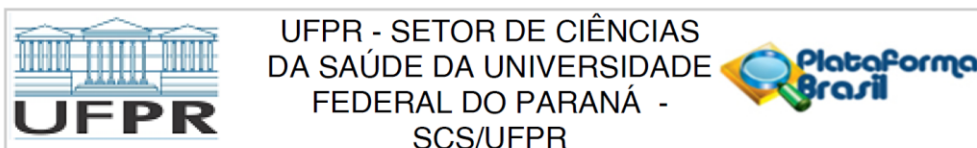
da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1673687.pdf	31/05/2021 16:08:13		Aceito
Outros	CheckList_UFPR.pdf	31/05/2021 16:07:37	Solena Ziemer Kusma	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	16_Dispensa_TCLE.pdf	31/05/2021 16:07:14	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Outros	11_Autorizacao_Manipulacao_dados.pdf	31/05/2021 16:07:01	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Outros	10_Solicitacao_acesso_dados.pdf	31/05/2021 16:06:40	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Declaração de Pesquisadores	08_Declaracao_Compromissos_equipe_pesquisa.pdf	31/05/2021 16:06:11	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Outros	05_Instituicao_Coparticipante.pdf	31/05/2021 16:05:56	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	04_Concordancia_servicos_envolvidos.pdf	31/05/2021 16:05:30	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Outros	03_Analise_Merito.pdf	31/05/2021 16:05:15	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Outros	02_Extrato_Atta.pdf	31/05/2021 16:04:54	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Outros	01_CARTA_ENCAMINHAMENTO.pdf	31/05/2021 15:19:15	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_fernando.docx	31/05/2021 15:18:21	Solena Ziemer Kusma	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Fernando.pdf	31/05/2021	Solena Ziemer	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.833.307

Folha de Rosto	Folha_Rosto_Fernando.pdf	15:18:02	Kusma	Aceito
----------------	--------------------------	----------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 08 de Julho de 2021

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br