

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E  
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

**FELICIALLE PEREIRA DA SILVA**

**TRANSTORNOS MENTAIS E PADRÃO DE CONSUMO DE DROGAS  
NA POPULAÇÃO DE RUA**

**RECIFE  
2017**

**FELICIALLE PEREIRA DA SILVA**

**TRANSTORNOS MENTAIS E PADRÃO DE CONSUMO DE DROGAS  
NA POPULAÇÃO DE RUA**

Tese apresentada à banca do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de doutor.

Área de Concentração: Neuropsicopatologia

Orientador: Prof<sup>o</sup> Murilo Duarte da Costa Lima

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Iracema da Silva Frazão

**RECIFE  
2017**

Catálogo na fonte:  
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

S586t Silva, Felicialle Pereira da.  
Transtornos mentais e padrão de consumo de drogas na população de rua / Felicialle Pereira da Silva. – Recife: o autor, 2017.  
187 f.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.  
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em neuropsiquiatria e ciências do comportamento.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Transtornos mentais. 4. Usuários de drogas. 5. Enfermagem.  
I. Lima, Murilo Duarte da Costa (orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2018 - 057)

**FELICIALLE PEREIRA DA SILVA**

**“TRANSTORNOS MENTAIS E PADRÃO DE CONSUMO DE DROGA NA  
POPULAÇÃO DE RUA”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Neuropsicopatologia.

Aprovada em: 18/12/2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dra Rosana Christine Cavalcante Ximenes  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup> Dra Vânia Pinheiro Ramos  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup> Dra Tatiana de Paulo Santana da Silva  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup> Dra Selene Cordeiro de Vasconcelos  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof<sup>o</sup> Dr Murilo Duarte da Costa Lima  
Universidade Federal de Pernambuco  
(Presidente da Banca)

*Aos meus pais, Cleodon (in memorian) e Felícia, pelos ensinamentos e valores que fizeram de  
mim tudo o que sou.  
Às minhas filhas Sylvia e Rúbia que iluminam minha vida e fazem com que o amor esteja  
presente em tudo o que faço e no que vejo.  
À minha irmã Francielle e ao meu companheiro Rubinho que aplaudem e incentivam minhas  
conquistas.*

## AGRADECIMENTOS

Estes quatro anos realizando esta pesquisa foram construídos com muito entusiasmo, desafios, dedicação e uma grande vontade de aprender. Esta vontade me faz reconhecer o privilégio de ter chegado até aqui, portanto apesar das dificuldades, a realização desta tese contou com incentivos essenciais que tornaram este trabalho uma realidade e aos quais serei eternamente grata.

Agradeço ao meu companheiro Rubinho que de uma forma especial e carinhosa me deu força e coragem, apoiando-me nos momentos de dificuldades.

Às minhas filhas, Sylvia e Rúbia, pelas horas de diversão suprimidas em prol de minhas atividades acadêmicas. Embora não tenham conhecimento disto, elas iluminam os meus pensamentos e me levam a querer a buscar mais conhecimentos.

Agradeço de forma grandiosa meus pais, Cleodon (*in memoriam*) e Felícia, pela dedicação na minha construção humana.

Manifesto minha gratidão às equipes dos Consultórios na Rua da cidade do Recife por me permitirem conhecer e participar do trabalho grandioso que desenvolvem com pessoas em situação de rua, sendo essenciais para minha entrada no campo de pesquisa.

À minha amiga Martha Valéria de Medeiros que tem acompanhado toda minha jornada acadêmica desde a graduação e também de vida, minha companheira de trabalho onde entre estresses e sorrisos compartilhamos uma vida e uma amizade valiosa.

À minha amiga Josinês Rabelo que tem marcado presença nos meus passos acadêmicos, com incentivos essenciais desde o mestrado, caminhando e acompanhando meus passos acadêmicos e também pela ajuda valiosa com a formatação do meu trabalho.

Aos meus companheiros de trabalho que me ajudaram a trocar plantões para que eu pudesse cumprir com minhas tarefas acadêmicas.

Aos meus orientadores Murilo Duarte da Costa Lima e Iracema da Silva Frazão pela disponibilidade, confiança e os ensinamentos durante a construção deste trabalho. Aos professores e demais funcionários do programa de neuropsiquiatria e ciências do comportamento pelo trabalho e dedicação para o crescimento e aperfeiçoamento deste programa de pós-graduação.

À banca de avaliação da tese pela disponibilidade em contribuir com seus conhecimentos na avaliação deste trabalho.

Às 274 pessoas que me abriram as “portas de suas casas”, para realização desta pesquisa, meu respeito e gratidão por toda aprendizagem proporcionada.

*h! Quão sofrido é...  
... É refletir o passado,  
Analisar os passos errados,  
esperar o futuro...  
Viver abandonado,  
neste vasto chão...  
Onde os desumanos corações se alimentam,  
da força do meu trabalho,  
Da minha inacreditável resignação.  
Fui abandonado!  
Esquecido, largado na amplidão...  
Andei despido pelas ruas,  
maltratado, pisado - sendo o dono da razão,  
conheci da vida -o fracasso,  
do mundo - os piores tratos.  
Lutei, sofri... Venci  
Vivi até com os ratos,  
desejando aparecer alguém,  
que me desse um velho sapato  
para proteger os meus pés,  
dos bichos e dos Cactus.  
Vegetei no mundo - fantasia  
Meu Deus liberta-me dessa agonia!  
Contemplo o Céu... Não vejo a Lua,  
como é sofrido durante o dia,  
recordar o passado...  
E ver: Que sou um Menino de Rua.*

Azevedo Silva

## RESUMO

A problemática do viver nas ruas ocasiona consequências negativas para a saúde física e mental da população de rua, incluindo os decorrentes do uso de drogas. Os objetivos deste estudo foram: verificar a associação entre o padrão de consumo de drogas e os transtornos mentais na população de rua, determinar a prevalência de transtornos mentais e o padrão de consumo de drogas, e relacionar o padrão de consumo de drogas com os transtornos mentais. Foi realizada pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados nos cenários das ruas utilizando-se de um roteiro de entrevista semiestruturado, além dos instrumentos validados: *International Neuropsychiatric Interview* (MINI) e o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* ( ASSIST). Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas. A amostra foi constituída por 274 pessoas adultas de ambos os sexos, sendo 56,6% oriundas da cidade do Recife. Observou-se um maior contingente de solteiros, do sexo masculino nos quais 70,7% informaram possuir alguma fonte de renda e 55,8% vivência nas ruas por 3 anos ou mais. Conflitos familiares foram citados com prevalência com relação à motivação para morar das ruas. Entre os problemas de saúde referidos, 39,6% são de natureza psicológicas, mentais ou neurológicas. O uso de drogas apresentou padrão de consumo diário em 49,7%, e, 40,9% dos entrevistados apresentaram transtornos relacionados a substâncias. O uso de drogas foi mais elevado nos que tinham menos de um ano de vida nas ruas (60%). A droga mais consumida é o álcool que se apresenta em comum com o uso de múltiplas substâncias. O risco para suicídio atual foi verificado em 38,3%. Verificou-se que o aumento da frequência do uso de drogas foi prevalente para episódio depressivo maior (22,6%) e transtorno de personalidade generalizada (24,8%). A distribuição por sexo não se apresentou estatisticamente marcante neste estudo. Uma quantidade expressiva referiu ter iniciado a vida nas ruas no período da adolescência, demonstrando uma maior vulnerabilidade nesta faixa etária. A associação entre a vida na rua e a violência urbana representa um estigma vinculado ao morador de rua. O consumo de drogas neste contexto inclui processos adaptativos em que muitas vezes buscam aliviar as adversidades ocasionadas pelo viver nas ruas. A porta de entrada para o uso de drogas está relacionada a fatores como: violência no ambiente doméstico e influência de amigos. Mais da metade afirmou possuir algum problema de saúde, entretanto verifica-se baixa frequência com que buscam atendimento. O abuso de drogas não foi reconhecido como um problema de saúde pela maioria dos participantes, entretanto o resultado do MINI apontou prevalência para dependência ou abuso de substância não alcoólica. A prevalência do consumo de drogas é alta entre as pessoas com transtornos psiquiátricos. As associações verificadas com o padrão de consumo de drogas e a ocorrência de transtornos mentais na população de rua mostraram significância com o padrão diário de consumo. O atual padrão de consumo de drogas pela população de rua na cidade do Recife não difere da realidade dos estudos nacionais e internacionais deste grupo populacional e evidencia a necessidade do cuidado diferenciado, pois apesar da existência de fatores predisponentes similares, possuem particularidades únicas que as relacionam com as drogas. Pesquisas aprofundadas com a população de rua devem ser realizadas, com vistas a investir nas demandas de saúde desta população.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Transtornos mentais. Usuários de drogas. Enfermagem.

## ABSTRACT

The problem of living on the streets has negative consequences for the physical and mental health of the street population, including those resulting from drugs use. The objectives of this study were to verify the association between the pattern of drug use and mental disorders in the street population, to determine the prevalence of mental disorders and drug use patterns as well as the association between these variables in the homeless population in the city of Recife, Brazil. Research was conducted by an exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The data were collected in the field using a semi-structured interview as well as the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. The results were presented in graphs and tables. The population consisted of 274 adults of both sexes, 56.6% of whom came from the city of Recife. There was a larger number of unmarried men, in which 70.7% reported having some source of income and 55.8% living on the streets for 3 years or more. Family conflicts were cited with prevalence in relation to the motivation to live on the streets. Among the health problems mentioned, 39.6% are of a psychological, mental or neurological nature. Drug use had a daily consumption pattern of 49.7% and 40.9% of the subjects had substance-related disorders. The percentage of those who used drugs more frequently was higher in those with less than one year of life on the streets (60%). The most commonly consumed drug is alcohol that comes in common with the use of multiple substances. The current suicide risk was verified in 38.3%. It was verified that the increase in the frequency of drug use was prevalent for major depressive episode (22.6%) and generalized personality disorder (24.8%). Distribution by sex was not statistically significant in the sample. The majority reported having started life on the streets during adolescence, demonstrating a greater vulnerability in this age group. The association between life on the streets and urban violence is a stigma linked to the homeless population. Drug use in this context included adaptive processes in which users often seek relief from the adversities of living on the streets. The path to drug use is related to violence in the home environment and the influence of friends. More than half reported having some health problem, but the frequency of seeking care was low. The majority of participants did not recognize drug abuse as a health problem, but the MINI results revealed the prevalence of non-alcoholic substance dependency or abuse. The prevalence of drug use is high among individuals with psychiatric disorders. A significant association was found between a daily drug use pattern and the occurrence of mental disorders in the homeless population. The current drug use pattern in the homeless population in the city of Recife does not differ from that reported in national and international studies on consumption patterns in this group and underscores the need for differentiated care. Despite the similar predisposing factors in this population, each individual has unique particularities in relation to his/her drug use. More in-depth studies with the homeless population are needed with the aim of investing in the health needs of this group.

**Keywords:** Homeless persons. Substance- Related Disorders. Mental Disorders. Drugs Users. Nursing.

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 - Procedência dos entrevistados .....	40
Gráfico 2 - Faixa etária dos entrevistados .....	41
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes segundo o sexo .....	41
Gráfico 4 - Religião dos entrevistados .....	42
Gráfico 5 - Estado conjugal dos entrevistados .....	42
Gráfico 6 - Escolaridade dos entrevistados.....	43
Tabela 1 - Informação sobre a fonte de renda segundo os entrevistados .....	43
Tabela 2 - Fatores associados à condição de vida nas ruas segundo os entrevistados .....	45
Tabela 3 - Informação sobre a condição de saúde nas ruas segundo os entrevistados .....	47
Tabela 4 - Locais de atendimento em saúde segundo os entrevistados .....	48
Tabela 5 - Informações sobre o uso de drogas segundo os entrevistados .....	49
Tabela 6 - Padrão de consumo de drogas segundo os entrevistados .....	50
Tabela 7 - Frequência do uso de drogas segundo os entrevistados.....	51
Tabela 8 – Informações sobre o ambiente e horário de consumo segundo os entrevistados .....	51
Tabela 9 - Avaliação do ASSIST .....	52
Tabela 10 - Resultado da aplicação do MINI .....	53
Tabela 11 - Risco do grau do suicídio, segundo o MINI.....	53
Tabela 12 - Avaliação do uso de drogas atualmente segundo os dados sociodemográficos .....	54
Tabela 13 - Avaliação da frequência do uso do álcool segundo os dados sociodemográficos .....	56
Tabela 14 - Avaliação da frequência do uso do álcool segundo o MINI.....	58
Tabela 15 - Avaliação da frequência do uso do tabaco segundo os dados sociodemográficos .....	59
Tabela 16 - Avaliação da frequência do uso do tabaco segundo o MINI.....	61
Tabela 17 - Avaliação da frequência do uso da maconha segundo os dados sociodemográficos .....	63
Tabela 18 - Avaliação da frequência do uso da maconha segundo o MINI.....	65

<b>Tabela 19 - Avaliação da frequência do uso do crack segundo os dados sociodemográficos .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 20 - Avaliação da frequência do uso do crack segundo o MINI.....</b>	<b>67</b>

## LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

SPA's	Substâncias Psicoativas
CR	Consultório de Rua
CnaR	Consultório na Rua
ONG	Organização não Governamental
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
RD	Redução de Danos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
Centro POP	Centro para População de Rua
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleo de Assistência à Saúde das Famílias
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
RPA	Regiões Político Administrativas
SEAS	Serviço Especializado em Abordagem Social
DDGT	Diretoria de Gestão de Trabalho
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
OMS	Organização Mundial de Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
ASSIST	Alcohol Smoking and Substance Involvement Sreening Test
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
BPC	Benefício de Prestação Continuada

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEORICO</b> .....	<b>17</b>
2.1	O UNIVERSO DAS RUAS E SEUS HABITANTES .....	17
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO DE RUA.....	19
2.3	CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....	22
2.4	POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS .....	26
2.5	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	27
2.6	O CONSULTÓRIO DE RUA E O CONSULTÓRIO NA RUA .....	30
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>33</b>
3.1	DESENHO DO ESTUDO .....	33
3.2	LOCAL DO ESTUDO .....	33
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	34
3.3.1	Amostra do estudo .....	34
3.3.2	Tamanho amostral .....	35
3.3.3	Critérios de inclusão .....	35
3.3.4	Critérios de exclusão .....	36
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	36
3.5	INSTRUMENTOS DA PESQUISA .....	37
3.6	VARIÁVEIS .....	38
3.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
4.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO DE RUA .....	40
4.2	CONDIÇÕES DE VIDA NAS RUAS .....	44
4.3	CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS ENTREVISTADOS .....	45
4.4	USO DE DROGAS PELOS ENTREVISTADOS .....	48

4.4.1	Padrão De Consumo De Drogas .....	50
4.4.2	Avaliação Do Assist Para O Uso De Várias Drogas .....	51
4.4.3	Resultados Da Aplicação Do Mini .....	52
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...</b>	<b>108</b>
	<b>APÊNDICE C - ARTIGO DE REVISÃO .....</b>	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE D - ARTIGO ORIGINAL.....</b>	<b>132</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>153</b>
	<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA .....</b>	<b>153</b>
	<b>ANEXO B - FOLHA DE ROSTO .....</b>	<b>154</b>
	<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP .....</b>	<b>155</b>
	<b>ANEXO D - MINI PSYCHIATRIC INTERVIEW .....</b>	<b>158</b>
	<b>ANEXO E - ASSIST .....</b>	<b>184</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento do consumo de drogas é considerado um grave problema de saúde pública em todas as nações pelos evidentes agravos sociais e à saúde decorrente do uso indevido das mesmas (HUDSON *et al.*, 2009). Trata-se de substâncias que, utilizadas por qualquer via de administração, alteram o humor, o nível de percepção e o funcionamento cerebral, sendo também chamadas drogas psicotrópicas (OMS, 1993). Ademais é considerado um fenômeno entre os moradores de rua, principalmente devido às condições adversas aos quais estão expostos (MORAIS *et al.*, 2010).

Estas condições se configuram como alvo de preocupação mundial, considerando-se as consequências negativas sobre a saúde das pessoas que vivem nas ruas, uma vez que saúde não se limita apenas às concepções de natureza biológica. Compreende-se desta forma que o ambiente e as condições de vida do indivíduo interferem diretamente na sua condição de saúde física e mental. (SCLIAR, 2011).

No Brasil, esta população representa uma considerável parcela abaixo da linha de pobreza, na condição de indigência, formados por uma população ignorada, discriminada, rejeitada e até mesmo exterminada fisicamente (COSTA, 2005). O último censo populacional para pessoas em situação de rua publicado em 2008 identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos, em situação de rua em 71 municípios brasileiros com mais de 300.000 habitantes (BRASIL, 2008b). Na cidade do Recife, foi contabilizado o total de 1390 pessoas nestas condições no ano de 2005 (RECIFE, 2005).

Viver nas ruas é um preditivo importante para ocorrência de transtornos mentais, quando comparado à população geral. (JOYCE; LIMBOS, 2009). Nos Estados Unidos da América, identificou-se que 25% da população de rua têm transtornos mentais (WRIGHT; OLDHAM; JONES, 2005).

Pesquisas realizadas nas cidades canadenses Montreal e Quebec, mostraram que 60% da população que utiliza serviços especializados para população de rua, apresentaram transtornos mentais em algum momento de suas vidas (BONIN; FOURNIER; BLAIS, 2007). Um estudo realizado no Brasil detectou uma prevalência de 56,3% entre homens moradores de rua (BOTTI *et al.*, 2010.a).

O crescimento do capitalismo e as conseqüentes desigualdades sociais têm contribuído para ampliação do número de pessoas vivendo nas ruas, principalmente nas grandes metrópoles. Assim, a população de rua é constituída por grupos heterogêneos, que buscam as ruas por motivos diversos, entre estes, como meio de sobrevivência e/ ou para fazer uso de drogas (ROSA; SECCO; BRETAS, 2006).

No Brasil, as políticas de saúde e os programas ministeriais têm articulado estratégias para incluir a população de rua na dinâmica do cuidado à saúde, implementando estratégias que possam viabilizar o cuidado a estas pessoas. Dentre estas, destacam-se os Consultórios de Rua (CR) e os Consultórios na Rua (CnaR). (BRASIL, 2012a).

O CR foi resultado de uma experiência realizada entre 1999 a 2006 em Salvador, estado da Bahia, e que devido à eficácia reconhecida, em 2009 foi reativado pelo projeto das Ações Integradas de Enfrentamento de Drogas, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Esse projeto, idealizado pelo professor e psiquiatra Antônio Nery Filho, foi inspirado no trabalho da Organização Não Governamental (ONG) francesa “Médicos do Mundo”, que atua com pessoas em situação de vulnerabilidade social (PROENÇA, 2011).

Assim, em 2010, o Ministério da Saúde (MS) ampliou as ações de enfrentamento para população de rua, sendo inicialmente incentivada a implantação de 35 CR em 31 cidades brasileiras (BRASIL, 2010a). A partir de outubro de 2011, o CR passou a integrar a Política Nacional de Atenção Básica e a receber a denominação de Consultório na Rua, realizando abordagens de saúde integral, além da questão específica das drogas (BRASIL, 2012a).

Estes dispositivos de atenção atuam com equipes multidisciplinares de saúde, que fazem abordagens *in locus com* a população de rua, buscando direcionar o cuidado de acordo com as necessidades da mesma, utilizando estratégias de redução de danos e de educação em saúde (NERY FILHO; VALERIO, 2010; SILVA et al., 2013). Compreende-se que a busca da atenção integral à saúde das pessoas deve incluir os diversos cenários do cuidado, bem como aqueles mais vulneráveis, como o das ruas.

O cuidado à saúde das pessoas em situação de rua é uma tema amplo, que demanda uma necessidade de cunho multidisciplinar e para tal, necessita ser pautado com base nas necessidades de saúde nestes cenários, considerando os aspectos epidemiológicos, culturais e sociais que envolvem esta população, que além das adversidades a que estão expostas, ainda carregam sobre si o estigma da exclusão.

Os dados subsidiários para políticas públicas não revelam a complexidade das necessidades da população de rua, sendo relevante a identificação de dados que possam contribuir objetivamente para o desenvolvimento das estratégias de cuidado integral e específicas para esta população.

As mídias jornalísticas e sociais reportam com frequência o problema da violência e das drogas envolvendo moradores de rua, entretanto existe lacuna científica relacionada à investigação das demandas de necessidades de saúde desta população para dar visibilidade e atenção integral a este grupo vulnerável. Sabe-se que a ocorrência de transtornos mentais, abuso e tráfico de drogas são realidades que na maioria das vezes ocorrem dentro de um círculo fechado de causa e efeito com *feedback* negativo para saúde. Esta condição complexa representa dificuldades para o morador de rua em buscar cuidados para sua saúde, bem como para compreensão das singularidades referentes a este grupo.

Portanto, considera-se a importância em conhecer a dinâmica comportamental e a caracterização das necessidades individuais e coletivas desta população para o planejamento de políticas públicas e intervenções que resultem em abordagens diferenciais (PANDERO-HERRERO; MUÑOZ-LÓPEZ, 2014). Destarte, considera-se a necessidade em compreender a relação do morador de rua com o uso de drogas, identificando o padrão de consumo, tipo de substância utilizada, ocorrência de dependência e comorbidades psiquiátricas, bem como a verificação da correlação entre os fenômenos.

A construção deste objeto de pesquisa emergiu da inserção da pesquisadora no campo empírico, por meio da pesquisa de mestrado intitulada: “Práticas de Saúde nas Equipes dos Consultórios de Rua” que despertou o desafio de ir ao campo e de reorientar a trajetória da produção deste trabalho de doutoramento. Com base na hipótese de que exista relação entre o padrão de consumo de drogas com a ocorrência de transtornos psiquiátricos na população de rua, formulou-se a questão condutora: *Existe associação entre o padrão de consumo de drogas com a ocorrência de transtornos mentais na população de rua?*

O objetivo geral desta pesquisa consiste em verificar a associação entre o padrão de consumo de drogas e os transtornos mentais na população de rua, seguida dos seguintes objetivos específicos: determinar a prevalência do consumo de drogas na população de rua; descrever o padrão de consumo de drogas na população de rua; determinar a prevalência de transtornos mentais na população de rua; relacionar o

padrão de consumo de drogas com os transtornos mentais na população de rua e identificar diagnósticos de enfermagem nesta população.

Esta tese está estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico que constitui o alicerce para sua construção, pelos aspectos relacionados ao universo da vida nas ruas, políticas públicas para população de rua, contexto sociocultural do uso de drogas e da saúde da população de rua.

O segundo capítulo apresenta os materiais e métodos seguidos durante a pesquisa e o terceiro e quarto capítulos, aos resultados e discussão respectivamente e, o último capítulo destinou-se à conclusão da pesquisa.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 O UNIVERSO DAS RUAS E SEUS HABITANTES

Para compreensão da dimensão complexa do viver nas ruas, se faz necessário revisitar origens, filosofias e transições históricas que permeiam este complexo fenômeno. Na literatura é relatado que desde a Grécia antiga já se habitavam as ruas em estado de mendicância e indigência (STOFELS, 1977). Esta realidade fez existir em meados do século XV, a Nau dos Loucos, conhecida como embarcação europeia que carregava aqueles que se opunham à saúde da moral urbana. Os loucos da Nau na verdade, eram indivíduos alvo de ações que pretendiam retirar das ruas os improdutivos, dementes, mendigos e miseráveis (MIZOGUCHI; COSTA; MADEIRA; 2007).

Este fenômeno também esteve presente na sociedade brasileira desde a formação das primeiras cidades (CARVALHO, 2002). A existência de pessoas vivendo nas ruas traz na própria denominação 'de rua' a marca do estigma e da exclusão a que estão submetidas, não obstante, suas presenças incomodam e muitas vezes desconcertam ou intimidam (BRASIL, 2008a). Em 1916, o número excessivo de mendigos e migrantes que perambulavam pelas ruas de Santos-SP levou a Câmara Municipal e outras entidades civis a criarem o albergue noturno (PUNTEL, 2011).

Pode-se entender entre os recortes no tempo, que a rua sempre foi habitada e provavelmente sempre será, pois ao que parece de uma forma simbólica, dentro de uma sociedade moderna, da rua se estenderam as avenidas, as perimetrais, marquises e praças e etc. (MIZOGUCHI; COSTA; MADEIRA; 2007). A rua se apresenta como um território que inclui em seu universo formas de viver e sobreviver fora dos padrões convencionais, portanto abrange vários modos de vida na cidade (KUNZL; HECKERTL; CARVALHO; 2014).

As relações das pessoas com a rua as caracterizam neste contexto de vida como uma população heterogênea composta por imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, entre outros. Mesmo em face da diversidade de motivações de ida às ruas e de situações que as caracterizam, utiliza-se no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, para fins

instrumentais, a seguinte definição, sendo esta a mesma adotada neste estudo para definição da população estudada:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar. (BRASIL, 2008b p.08)

Este conceito de população de rua serviu como base para pesquisa censitária realizada entre 2008 e 2009, promovida pelo Ministério do Desenvolvimento Social de combate à fome. Esta pesquisa nacional, imprescindível para o conhecimento aprofundado da população em situação de rua, identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos, em situação de rua em 71 municípios brasileiros com mais de 300.000 habitantes (BRASIL, 2008b).

As cidades Recife, Belo Horizonte e São Paulo não foram incluídos por terem realizado pesquisas semelhantes na época. Na cidade do Recife, foi contabilizado o total de 1390 pessoas em situação de rua no ano de 2005. Este número quando comparado com pesquisas em outras cidades, leva a uma estimativa de 50.000 pessoas em situação de rua em todo país (RECIFE, 2005).

Apesar da heterogeneidade desta população, estas pessoas partilham características como pobreza extrema, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, além da vivência de um processo de desfiliação social. A rua muitas vezes não representa apenas o lugar de moradia, mas também de sustento, bem como de inserção social. Naturalmente, existem outras especificidades que perpassam as singularidades da população de rua e devem ser consideradas, tais como: gênero, raça/cor, idade e deficiências físicas e mentais (BRASIL, 2008b).

A situação de rua é uma denominação relativa ao indivíduo que se utiliza deste espaço como meio de sobrevivência, ou mesmo para fazer uso de SPA's, podendo ter endereço fixo de moradia. O viver na rua pode estar relacionado às situações emergenciais e ou inesperadas, como por exemplo, a perda de bens materiais e ou de sua moradia. Ser de rua, entretanto é como se denomina ao indivíduo que rompeu seus laços com a família, com emprego e tudo aquilo que organiza a sociedade, e que construiu na rua sua referência de moradia (COSTA, 2005).

Neste sentido essa população constitui o foco a que se direciona este estudo. Essa referência, também é validada pelo abismo do medo que prolifera nas

representações sociais e que ao longo do tempo se movimentam a não tirar o homem da rua, mas a rua do homem. Autores como Snow e Anderson (1998) apresentam uma categorização definida sobre a condição do estar nas ruas, entretanto considerando a complexidade que envolve o modo de vida dessas pessoas, percebe-se que estas categorias muitas vezes se misturam e se confundem em identidades muitas vezes limítrofes.

O ser nômade presente na figura do andarilho pode ser advindo de pessoas que muitas vezes são expulsas dos locais, quer seja pelo acúmulo de lixo, quer seja pelo uso de drogas, ou ainda, por incomodar as pessoas que ali vivem ou circulam. Independente da relação entre o indivíduo e a rua, o viver nas ruas evidencia fortemente as diferenças e os abismos sociais daqueles que perderam seus lugares, estando expostos a diversos fatores negativos para sua saúde física e mental. Assim, pode-se compreender que categorizar essas pessoas apenas em “moradores de rua” não daria conta de expressar a riqueza contida nas formas de ser e estar desses sujeitos (ABREU, 2013).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO DE RUA

Os direitos sociais inscritos no rol da Constituição de 1988 ressalva a importância sob a ótica da continuidade da vida diretamente conectada à sua preservação e que qualifica a vida do ser humano. Aquele que habita os espaços públicos, por mais que consigam dar continuidade à sua existência, as condições subumanas que vivenciam, reproduzem a perda de seus direitos e essencialidade para uma vida digna (GARCIA, 2012). As políticas públicas, neste sentido, são desenvolvidas para promover o bem estar da sociedade e para tais fins, a existência de indicadores são essenciais para manter atualizada a agenda governamental, bem como o *feedback* dessas ações.

A luta pelos direitos das pessoas em situação de rua segue um alinhamento cronológico que se iniciou em 1993, com a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamentou os Artigos 203 e 204 da Constituição Federal, “reconhecendo a Assistência Social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, além de garantir a universalização dos direitos sociais”. Posteriormente, a LOAS recebeu alteração para a inclusão da obrigatoriedade da

formulação de programas de amparo à população em situação de rua, por meio da Lei n 11.258/05, de 30 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005a).

No ano de 2005, aconteceu o I Encontro Nacional sobre população em situação de rua. Em 2006, o Decreto de 25 de outubro constituiu um grupo de trabalho interministerial para elaborar estudos e propostas de políticas públicas para inclusão social da população em situação de rua. Em maio de 2008, foi apresentado o documento da Política Nacional para Inclusão Social da Pessoa em Situação de Rua objetivando orientar a construção e a execução de políticas públicas voltadas para esse segmento social (BRASIL, 2008a).

Este texto pretende consolidar ideias para fóruns de debates de políticas públicas sociais e explanar o perfil sócio demográfico e econômico dessas pessoas. A Política Nacional manteve seu foco em estabelecer diretrizes para possibilitar a (re) integração da população de rua às suas redes familiares e comunitárias. Assim, buscou-se a garantia do acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros e a oportunidade de desenvolvimento social, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua.

A Política Nacional para população de rua representa um avanço significativo na busca de direitos para essas pessoas e influenciou de forma significativa o movimento nacional de população em situação de rua. Esta política apresenta como eixo as seguintes diretrizes: promoção de direitos; articulação e integração das políticas públicas; implantação e ampliação das ações educativas, bem como capacitação dos servidores públicos para atender com qualidade e respeito esse grupo populacional (LOPES, 2014).

Assim, o Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009 institui a Política Nacional para população em situação de rua a ser implementada de forma descentralizada, ressaltando os princípios da equidade e igualdade, bem como o respeito à dignidade da pessoa humana com suas diferenças (BRASIL, 2009).

A implementação dessas ações inclui além da promoção de direitos, a articulação e integração das políticas públicas em cada nível de governo. A produção e divulgação do conhecimento sobre a temática da população de rua constitui uma das atribuições demandadas pela secretaria especial de direitos humanos da Presidência da República (BRASIL, 2009).

Os aspectos da assistência à saúde e os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser repensados sobre o acesso à saúde pela população

de rua. Observa-se que apesar dos avanços vivenciados pelo SUS com a ampliação de equipamentos de saúde, há evidências de dificuldades devido à fragmentação das ações e serviços de saúde no cotidiano brasileiro (SANTOS NETO, 2017).

O cenário da rua contempla um universo além da diversidade de contextos regionais incluindo uma gama variada de necessidades de saúde de uma população que se difere entre si por suas trajetórias muitas vezes marcantes. Pessoas em situação de rua, historicamente não acessam o SUS e, desta forma, suas demandas têm sido negligenciadas (LOPES, 2014) Esta realidade produz lacunas assistenciais importantes, pela incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção da população, entre outros.

Estas demandas, entretanto são evidentes e inseparáveis, são questões de saúde consideradas do “corpo”, da “mente”, dos “afetos” e aquelas ditas “sociais”. A integralidade neste sentido não é contemplada, esta que antes de tudo significa inclusão, portanto deveria acolher as demandas da população e seus agravos. A exclusão social neste sentido se insere de forma impactante, envolvendo os estigmas dos mais diversos e envolvendo a pessoa que está na rua em uma teia de aço (ABREU, 2013).

O processo de exclusão conduz a impossibilidade de partilhar, vivência de privação, da recusa e do abandono. Assim, pode-se compreender que este processo significa um fenômeno amplo e multifacetado que envolve as várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade (GARCIA, 2014). Com referência ao morador de rua, a exclusão parece estar diretamente relacionada com a desigualdade social evidente, que faz com o que o indivíduo seja percebido como produto do seu meio. Assim, o morador de rua é geralmente concebido, de maneira estereotipada, como sujo, irresponsável e preguiçoso, além de perigoso para sociedade (TOLEDO, 2015).

Tratam-se dos mecanismos mais comuns de exclusão, pois os rótulos e preconceitos produzem distanciamento traçando a identidade do indivíduo com referenciais negativos. Dessa forma, os problemas estruturais da sociedade, como a má distribuição de renda, as deficiências dos sistemas de educação, saúde e segurança pública não são vistos como os possíveis causadores.

Alguns dos formadores de opinião, como políticos, líderes religiosos, jornalistas e policiais, elegem um inimigo imaginário: o “drogado” ou “viciado”, para servir de bode expiatório, muitas vezes na figura do morador de rua. Assim, este se torna

responsabilizado pela desordem dos espaços públicos dos quais habita. Esta é uma realidade ainda muito atual que retrata parte de uma política higienista, que visa à exclusão de grupos populacionais. Se torna imperiosa a compreensão da reflexão desta realidade para implementação de ações coletivas que combatam as diferenças e promovam benefícios em sociedade.

Neste contexto, se faz necessário uma ação intersetorial buscando efetivação valiosa para rede de serviços, por meio da abordagem das dificuldades mais complexas e de múltiplas dimensões que envolvem os diversos representantes das políticas públicas: saúde, assistência social, educação, habitação, entre outros (LOPES, 2014).

### 2.3 CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS

A literatura ratifica que o uso de drogas pela humanidade é mais antigo quanto à própria existência humana. Essas substâncias alteram o sistema nervoso central produzindo alterações nas funções físicas, psíquicas e comportamentais do indivíduo, portanto, são chamadas de substâncias psicoativas (SPA). Os contextos históricos relacionados ao uso de drogas sempre estiveram ligados aos aspectos sociais e controles formais vigentes, como as leis e os costumes. Desta forma, cada um desses contextos, traz seu próprio sistema de valores e regras que afetam diretamente os modos e finalidades de uso, produzindo efeitos diferentes, tanto subjetivos como sociais (WHO, 2004).

As substâncias provenientes de diversas partes do mundo, sempre possuíram uma variedade de funções ao longo da história da humanidade, muitas vezes consideradas como valiosas para aliviar inúmeras mazelas do ser humano, especialmente a dor. O ópio, por exemplo, originário da Ásia menor e da Europa, produzido a partir da seiva da papoula, teve seu uso espalhado até a China e foi considerado até o século XIX uma dádiva para aliviar a dor (DUARTE, 2005).

A cannabis sativa, conhecida como maconha ou cânhamo, era utilizada para uma variedade de funções, além de possuir fibras que servem para fazer cordas e tecidos, muito aproveitados na navegação. Esta erva também era utilizada como medicamento em tratamentos oftalmológicos, contra febre, insônia, tosse seca e disenteria, bem como para finalidades espirituais. Assim, a propriedade de alterar a

consciência, provocando relaxamentos e devaneios, tornou a cannabis sativa muito procurada para finalidades lúdicas e prazerosas (HONÓRIO; ARROIO; SILVA, 2006).

Os egípcios antigos incluíam cervejas e vinhos na composição dos seus diferentes tipos de medicamentos. O uso de bebidas alcoólicas e seu emprego medicamentoso já eram mencionados em documentos do Oriente Médio, datados de 2200 a.C. (FONSECA; JANÉ; IBRAHIM, 2012). Entre tantas outras referências relacionadas ao uso dessas substâncias pela humanidade, percebe-se que esses efeitos alucinógenos ou visionários, desempenharam importantes papéis nos rituais de cultos antigos e para aliviar os males humanos durante muitos séculos.

A relação de convivência entre a humanidade e as drogas esteve sempre presente na história se adaptando às características de cada contexto, quando este é influenciado pelo sistema de valores e regras vigentes que afetam as finalidades do uso. Assim, o uso terapêutico, espiritual e lúdico de drogas limitado por rituais coletivos ou objetivos individuais, raramente foi percebido por ameaça à saúde ou a ordem constituída. Existem registros em que poucas ocasiões na idade média o uso de SPA's foi visto como ameaça à sociedade por membros do clero que atribuíram o uso como pecaminoso e relacionado à bruxaria (ESCOHOTADO, 2004).

Entretanto, no século IV, a cristianização do Império Romano influenciou diretamente na concepção de antigas noções pagãs sobre o uso de drogas e seu uso passou a ser estigmatizado tanto pelo uso terapêutico para aliviar o sofrimento, como pela associação a cultos mágicos e religiosos. O cristianismo acreditava que a dor e mortificação da carne eram concebidas como formas de aproximação de Deus. Com a continuidade destes pensamentos. No século X, o emprego de drogas para fins terapêuticos tornou-se sinônimo de bruxaria ou heresia, com punições severas como torturas e morte, além da estigmatização de grupos como as mulheres, camponeses e pensadores que se opunham aos dogmas eclesiásticos (PRATA; SANTOS, 2009).

No mundo islâmico, apesar da proibição do uso do álcool no seu livro sagrado, o Corão, este não mencionava outras drogas como a cannabis, o ópio e o café, que continuavam a ser usadas para fins medicinais e de diversão. Com a decadência do poder islâmico, movimentos fundamentalistas começaram a perseguir usuários de álcool e de cannabis a partir do século XIV. As populações indígenas sempre adotaram inúmeros produtos botânicos psicoativos para finalidades espirituais. Estes costumes persistem até os dias de hoje (HONÓRIO; ARROIO; SILVA, 2006).

Após o século XIV, começaram as grandes navegações e a colonização da América e da Ásia, proporcionando contato entre as culturas americanas e orientais, o que permitiu uma ampliação do acesso a diferentes tipos de substâncias utilizadas como drogas. Em meados do século XIX, o ópio tornou-se a principal mercadoria de exportação das potências europeias para o mercado chinês, trazendo prejuízos para o povo chinês e para economia daquele império. A tentativa de coibir esse mercado culminou em duas guerras contra Inglaterra, conhecida como a guerra do ópio, onde a china foi duplamente derrotada (DUARTE, 2005).

Ainda no século XIX, cientistas conseguiram isolar os princípios ativos de várias plantas, produzindo fármacos mais puros, aumentando a precisão do cálculo das dosagens/doses. Entre outros fármacos, a morfina foi isolada em 1806, a codeína em 1832, a cafeína em 1860, a heroína em 1883 e os barbitúricos em 1896. Neste período também se desenvolveram os usos anestésicos do éter, do clorofórmio e do óxido nitroso (ESCOHOTADO, 2004).

O contexto das guerras vivenciadas neste período e as traumáticas mudanças sociais provocaram muito sofrimento e alastraram o abuso do álcool e outras drogas. As implicações para saúde concebidas em detrimento do abuso dessas substâncias originaram as campanhas populares antidrogas, chamadas de temperança ou proibicionistas (CARNEIRO, 2014)

Apesar do cunho religioso, essas campanhas tinham finalidades políticas de estigmatizar certos grupos minoritários, tais como imigrantes, chineses, irlandeses, assim como a população negra. O proibicionismo ficou conhecido como um conjunto de ideias e leis contra o uso de drogas, sendo considerados como os principais males da civilização, de vício e de degradação pessoal. Acreditavam que com a condução das leis e a repressão policial e militar, possibilitaria a erradicação do consumo dessas substâncias/drogas (FIORE, 2012).

As campanhas proibicionistas aprovaram leis controlando a comercialização e a produção de derivados de ópio e da cocaína nos Estados Unidos da América e também regulou o consumo de bebidas alcoólicas, o que culminou no estabelecimento de um comércio ilícito (CARNEIRO, 2014). A campanha americana antidrogas continuou em âmbito internacional influenciando quase a totalidade dos países do mundo que assinaram os acordos da Convenção Única de Viena e o Convênio sobre Substâncias Psicotrópicas, que objetivavam a proibição e erradicação do uso de drogas em curto ou

médio prazo, sem considerar a heterogeneidade dos modos e razões de consumo pela população usuária dessas substâncias (MARTINS, 2014).

As primeiras leis promulgadas para tratar de temas relacionados às “substâncias venenosas”, à embriaguez e à venda de bebidas alcoólicas se voltaram inicialmente para os chamados “vícios elegantes”, incluindo o ópio, a morfina e a cocaína, usados geralmente por jovens brancos das classes altas, em locais de boemia, como bares e bordéis. Os problemas que o “ópio do pobre”, a maconha, poderia trazer para a saúde da população negra não interessavam aos médicos e legisladores (BRASIL, 2014).

A conotação negativa historicamente atribuída aos usuários de drogas, explica a maneira estereotipada pelo qual essas pessoas são visualizadas pela sociedade. Durante o regime militar em 1964-85, os jovens da classe média foram considerados como “população perigosa” e as manifestações públicas contra o proibicionismo como incitação ao crime (BARROS; PERES, 2011). Quando o governo ditatorial de Getúlio Vargas sentiu a necessidade de controlar mais rigidamente essa população, a Cannabis foi acrescentada à lista de entorpecentes banidos. Isso ocorreu em 1932, antes mesmo de os americanos proibirem o uso da planta.

Após a redemocratização do país, os padrões excludentes da economia brasileira vêm levando os jovens de classes desfavorecidas a conceber o ingresso no narcotráfico como uma das suas únicas possibilidades de conquista de status. Já os jovens usuários de classe média não são mais vistos como ameaça ao sistema, mesmo que cresça entre eles o consumo de drogas. Entretanto, a natureza ilícita dessa atividade instaura entre eles um clima de desonestidade e violência na sociedade por uma série de falhas nos sistemas públicos de segurança, saúde e educação (ROCHA, 2015).

A Lei n.º 11.343/2006 foi sancionada visando abranger tanto medidas para a prevenção do uso de drogas, quanto à atenção e reinserção social de usuários (BRASIL, 2006). Esta lei apresentou avanços no sentido de considerar tratamento diferenciado para usuários e traficantes, eliminando a pena de prisão para os usuários, inserindo-os em propostas de tratamento, enquanto que aumentou o rigor punitivo contra os traficantes (BRASIL, 2006).

## 2.4 POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

A década de 70 foi marcada por movimentos sociais no sentido de defender um sistema único de saúde igualitário para todos os cidadãos, independente de raça, cor, credo religioso, poder aquisitivo ou qualquer outra denominação. A Reforma Sanitária brasileira portava, assim, um modelo de democracia e igualdade de direitos, no qual a saúde deveria ser um direito individual e garantido para todos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Este movimento culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como um alicerce para o texto para a Constituição de 1988. Assim, o direito à saúde para todas as pessoas vem a ser legitimado com a criação do SUS, e compreende atualmente a orientação sobre o conjunto de ações e serviços públicos no Brasil (ABREU, 2013).

Assim, pela necessidade de reformulação das práticas assistenciais para pessoas com transtornos mentais, a reforma psiquiátrica brasileira também se consolidou com a proposição de um modelo psicossocial para o tratamento da loucura, tornando-se um grande desafio no sentido de desconstruir os “muros” do manicômio, até então, a única forma do entendimento da sociedade sobre o tratamento do sofrimento psíquico.

Em 2005, o Brasil aprovou a Política Nacional sobre Drogas com estabelecimento dos fundamentos, objetivos, diretrizes e as estratégias para ações da redução da oferta e da demanda sejam realizadas de forma articulada e planejada. O documento foi escrito em cinco Capítulos, quais sejam: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, redução da oferta, e estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2006). Assim, para um envolvimento com responsabilidade compartilhada, deve-se buscar a integração de outras políticas públicas, descentralizando as ações, para que sejam realizadas em conjunto com estados e municípios, com a colaboração com a sociedade e a comunidade científica.

Em 2007, foi editado o Decreto n.º 6.1171, que instituiu a Política Nacional sobre o Álcool, a qual orienta, dentre outras ações, a realização de pesquisas e diagnósticos sobre o consumo de álcool no país, estabelece mecanismos de tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool. Este decreto também enfatizou sobre a realização de campanhas de sensibilização e mobilização da opinião pública sobre as consequências do uso e abuso de bebidas alcoólicas e articula ações de prevenção com estados e municípios (BRASIL, 2007).

Assim, esta articulação permitiu a criação de novas propostas de enfrentamento ao problema, como a edição da Lei n.º 11.705, de 2008, conhecida como Lei Seca, que impôs regras severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou de outras substâncias e proibiu a venda de bebidas alcoólicas em estradas (BRASIL, 2008).

A política brasileira sobre drogas e a rede de atenção em construção no Brasil contempla a diversidade das pessoas que usam drogas criando serviços diferentes de acordo com a necessidade atual de cada usuário. A construção do cuidado em rede não significa apenas construir e adaptar instalações físicas e capacitar profissionais, mas também articular os elementos da rede e coordenar as ações. Assim, o cuidado pautado pela clínica ampliada visa além do sujeito e da doença e possibilita a construção de planos terapêuticos singulares e intersetoriais (BRASIL, 2011).

A necessidade de uma rede de serviços distintos é imperiosa, uma vez que a multiplicidade de dimensões dos problemas necessita de recursos que não podem ser concentrados em um só tipo de serviço. Além disso, estes serviços devem estar distribuídos pelo território, o mais próximo possível dos locais onde as pessoas moram, trabalham ou circulam.

## 2.5 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atual política de saúde mental no Brasil é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios que marcaram a assistência à saúde de pessoas com transtornos mentais, bem como das pessoas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O crescimento destas instituições foi se consolidando ao longo do tempo como principais referências de atenção, bem como de exclusão e segregação para tratamentos de loucos e viciados. Além disso, no Brasil, o tema relacionado ao uso de drogas foi também associado às práticas criminais (BRASIL, 2005b).

A transição deste modelo inicia-se após as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, apoiadas pelas discussões da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001. Após mais de dez anos de negociação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei n.º 10.2161 que afirma os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica trata do mais importante e complexo processo de transformação da assistência do

usuário em sofrimento psíquico e ou com problemas devido ao uso de drogas (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216 propôs a reorientação do tratamento e acompanhamento destes usuários, privilegiando o cuidado em bases comunitárias e o pleno exercício da cidadania, incluindo e promovendo a reabilitação social tendo como premissa a construção do cuidado por meio da realidade articulada ao discurso, análise e prática (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Assim, normativas federais passaram a estimular e regular a nascente rede de serviços de base comunitária.

O problema relacionado ao uso de drogas também foi reconhecido nacionalmente como um problema de saúde pública. Assim, em consonância com os preceitos destas reformas, foram definidas como estratégias a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos humanos e a abordagem da Redução de Danos (RD) (BRASIL, 2005b). No Brasil a RD teve seu marco inicial na experiência realizada em Santos-SP em 1989 como uma estratégia de enfrentamento à epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

A RD é uma estratégia importante de cuidado em saúde, possui um vasto repertório de medidas de cuidado e estão voltadas para minimizar as consequências negativas e adversas para saúde, inclusive daquelas relacionadas ao uso de drogas. Assim, as ações propostas estão voltadas para todas as necessidades de saúde e não apenas às relacionadas às drogas, sempre buscando a incorporação de uma oferta de cuidado que respeite a liberdade de escolha dos usuários utilizando seu protagonismo no processo do cuidado (LOPES, 2014).

A partir deste momento, se fortalece no Brasil a formação de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, fundada na abordagem da RD, buscando reabilitação e reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico e ou com problemas relacionados ao uso de drogas. Com a aprovação da Lei 2.016 de 2001, a rede de saúde mental vai se consolidando sendo ampliada em todo território nacional (BRASIL, 2001).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizacionais de ações e de serviços de saúde que apresentam diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado. A construção da rede de serviços pressupõe uma rede articulada que deve constituir-se em espaços de sociabilidade, acolhimento e cuidado. Para atender a tais demandas, o foco da RAS se concentra nas necessidades

de saúde da população e pela formação de relações horizontais entre os diferentes níveis e ponto de atenção, bem como pelo cuidado multidisciplinar e compartilhamento de objetivos e resultados sanitários nacionais (BRASIL, 2010b).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) regulada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por sete componentes e possui os principais dispositivos de serviços, quais sejam: os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e suas diferentes mobilidades, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência e cultura, Serviço Móvel de Urgência (SAMU) os ambulatórios e a atenção básica e o programa de volta para casa (BRASIL, 2011).

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde brasileira, esse serviço oferece atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. O CAPS ad deve ser apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e inserção comunitária de serviços (SOUZA et al., 2007).

Em consonância com a reforma psiquiátrica, outros dispositivos e programas para população vulnerável usuária de drogas foram incorporados, tais como: o Projeto Atitude, Unidades de Acolhimento e o Centro para População de Rua (Centro POP). O Centro POP deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no serviço especializado para pessoas em situação de rua deve ser proporcionadas vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social (BRASIL, 2011).

A atenção primária à saúde se fundamenta como primeiro nível de atenção, portanto deve ser resolutiva dos cuidados primários e problemas mais comuns de saúde, além de coordenar o cuidado entre os demais pontos de atenção (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). O trabalho em rede representa uma importante via de compartilhamento de conhecimento e oferece espaço de ação e mobilização de recursos para o cumprimento de objetivos para oferta de cuidado e construção de autonomia às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia.

O acolhimento é a chave que possibilita o trabalho em rede, por ser uma forma de atuação dos profissionais no recebimento de usuários desde a chegada a um serviço, bem como durante todo seu acompanhamento. O acolhimento objetiva a formação do vínculo terapêutico para que o indivíduo possa ser atendido sem julgamento de valores e que suas demandas sejam ouvidas de forma empática, para que a equipe de atendimento possa propor caminhos que aliviem, na medida do possível, o sofrimento vivenciado pelo usuário.

## 2.6 O CONSULTÓRIO DE RUA E O CONSULTÓRIO NA RUA

A ampliação do acesso e a melhoria da resolubilidade e qualidade das ações da atenção básica é um dos principais desafios propostos que estão incluídos nas agendas prioritárias do Ministério da Saúde. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Assim, as equipes dos CR e CnaR, são formadas por equipes multiprofissionais que realizam atividades longitudinais de forma itinerante e *in locus*, que representam um importante dispositivo para articulação das redes de atenção à saúde, dos territórios e da rede psicossocial, trazendo novas exigências para o trabalho na atenção básica (BRASIL, 2010a).

Esta rede inclui desde os domicílios às unidades hospitalares objetivando prestar uma atenção adequada quanto à intervenção e o dispositivo de saúde, além de definir metas e indicadores para o acompanhamento e avaliação dos resultados. As atividades realizadas *in locus* requer a realização de procedimentos que não demandam maior privacidade, tais como: orientações e promoção de saúde, atendimentos e procedimentos clínicos não invasivos e atendimento em conjunto com os demais profissionais da equipe, com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com os Núcleos de Assistência à Saúde das Famílias (NASF) O processo de trabalho envolve reuniões da equipe de CR e Interequipes do NASF, CAPS, etc.(BRASIL, 2012a).

O Consultório de Rua implantado inicialmente em 2010 nas capitais brasileiras acima de 300 mil habitantes representa um avanço significativo para o cuidado direcionado à população em situação de rua, uma vez que compreende neste grupo social a necessidade de identificação de demandas diferenciadas, para além das ditas sociais, ou exclusivas de saúde, ou ainda, focadas exclusivamente no uso de drogas (NERY FILHO, 2010).

O Consultório na Rua foi implementado em 2012 propondo a união das ações entre as equipes no território, objetivando atender uma demanda integral da população de rua e não apenas focada na problemática das drogas. Assim, o CnaR foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, integrando-se como um dos componentes da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial para o atendimento da demanda desta população muitas vezes reconhecida por sua natureza migratória e sem território de abrangência fixo (BRASIL, 2012a).

Também se fizeram necessárias formar equipes de saúde da família específica para a atuação junto à população de rua, passando a ser equipamento de saúde de referência para este grupo. Neste contexto, as equipes buscam atuar considerando os diferentes problemas e necessidades de saúde da população de rua. Estas duas abordagens coexistem em diversos municípios brasileiros, sendo adotadas de acordo com as necessidades do território (LOPES, 2014).

As equipes dos CR buscam tornar o acesso equânime à saúde ao indivíduo na rua, de acordo com suas necessidades e singularidades, individuais e do território. Esta lógica de trabalho se fundamenta como um passo importante para a equidade no SUS, uma vez que este princípio busca a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégio de qualquer espécie” (BRASIL, 1990, s.p). As equipes dos CnaR podem funcionar em três modalidades que definem o quantitativo e formatação das equipes.

A modalidade I é formada por quatro profissionais, sendo dois de nível médio e dois de nível superior. Na modalidade II o número de profissionais passa para seis, sendo metade de nível médio e a outra metade de nível superior. A modalidade III, mantém a mesma configuração da última modalidade, acrescida do profissional médico. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão, seja de nível superior ou médio. A equipe pode ser composta por profissionais, tais como: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

Para o cuidado das pessoas que moram nas ruas, se faz necessário compreender que apesar de apresentarem evidentes agravos à saúde, estes muitas vezes tornam-se demandas inseparáveis daquelas compreendidas como problemática social. A vida na rua pode ser considerada como causa ou consequência dos problemas de saúde, além disso, existe uma conexão de necessidades que irá implicar

diretamente no processo de trabalho e que exige abordagem específica das equipes de saúde. Alguns riscos inerentes da condição de vida nas ruas são conhecidos e impactam diretamente na saúde pela falta de proteção e exposição à violência e as variações climáticas, não obstante, são privados de alimentação adequada, do sono, de afeto, entre outras (BRASIL, 2014b).

O manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua descreve os problemas clínicos mais comuns nesta população, tais como: problemas nos pés, infestações, tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e gravidez de alto risco. Estes problemas estão relacionados diretamente à dificuldade de acesso a locais para higiene pessoal e reexposição aos fatores de risco, além da dificuldade em traçar com clareza o perfil de adoecimento e ou o entendimento desta população sobre os processos de saúde e doença e sobre o uso e abuso de drogas (BRASIL, 2012b).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. As pesquisas transversais permitem que os dados sejam coletados num determinado espaço de tempo e medem a prevalência de um determinado evento ou desfecho. As pesquisas quantitativas traduzem em número opiniões e informações para serem classificadas e analisadas (POLIT; BECK, 2011).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

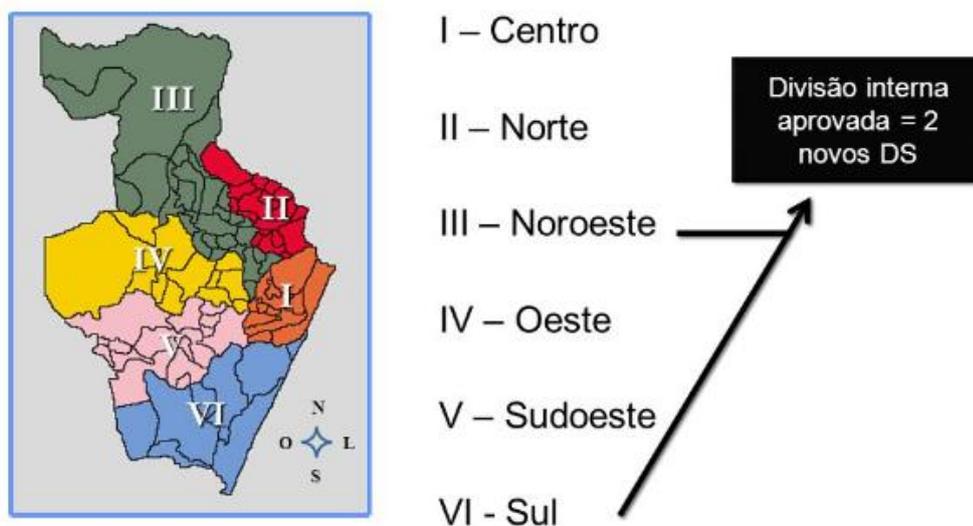
O estudo foi realizado no município do Recife, capital do estado de Pernambuco, situada no litoral nordestino. A cidade possui uma composição territorial diversificada entre morros, planícies e áreas aquáticas, sendo considerada o segundo aglomerado urbano do Norte-Nordeste, o sexto maior do Brasil e possui uma população estimada em 1.599.513 habitantes (IBGE, 2013). Esta população está distribuída em um território de 218,50 km<sup>2</sup>, dividido em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), que somam 94 bairros (RECIFE, 2014).

A rede de atenção à saúde atualmente encontra-se distribuída em oito distritos sanitários de saúde, porém este estudo considerou apenas os seis distritos que foram estratificados na última contagem da população de rua do município no ano de 2014.

Recife foi contemplado com a estratégia dos CR em 2010, contabilizando seis destes dispositivos para atender a população de rua nos distritos sanitários do I ao VI, enquanto que as equipes do CnaR são duas distribuídas na RPA-I e na RPA-V. A cidade possui ainda 17 serviços especializados em atenção psicossocial, sendo 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtorno mental seis CAPS para álcool e outras drogas, além de vinte e quatro residências terapêuticas.

Na cidade do Recife a composição das RPA's é dividida por bairros e cada RPA é subdivida em três microrregiões que visam à definição das intervenções municipais em nível local (RECIFE, 1997). Na saúde, atualmente, a divisão corresponde a oito Distritos sanitários que foram criados a partir da divisão dos dois distritos mais populosos. Estes novos Distritos ainda estão em fase de estruturação e preparação para atuar neste novo dimensionamento (RECIFE, 2016a; RECIFE, 2016b).

A RPA 1 composta por 12 bairros, apesar de ser a menor em espaço físico-geográfico, pelas características de ser a região central da cidade, com maior concentração comercial, representa a região de maior contingente de pessoas em situação de rua no município. A RPA 6 é a segunda região com maior concentração da população de rua da cidade.



**Figura 01** – Regiões Político - Administrativa do Recife

**Fonte:** Recife (2004, s.p).

### 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foi constituída pela população de rua que ocupa os logradouros públicos de seis distritos sanitários da cidade do Recife existentes à época da coleta.

#### 3.3.1 Amostra do estudo

A amostra foi calculada de acordo com a contagem e mapeamento de pessoas em situação de rua realizada no ano de 2014 pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos da prefeitura da cidade do Recife (RECIFE, 2014). Esta contagem teve como objetivo identificar o quantitativo e distribuição das pessoas que dormem nas ruas. Para a presente pesquisa, foi realizada uma amostra estratificada

proporcional com base no número de pessoas que foram contabilizadas nas ruas pelos distritos.

### 3.3.2 Tamanho amostral

O tamanho amostral foi determinado considerando-se: o objetivo de determinação dos percentuais das variáveis dependentes; a margem de erro de 5,0%; confiabilidade de 95% de que a margem não seja ultrapassada; tamanho populacional de 719 moradores de rua; prevalência esperada de 50%, valor que maximiza o tamanho amostral.

A forma de cálculo utilizada para o cálculo do tamanho amostral para cada item foi:

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

Considerando-se: n = Tamanho amostral;

z = 1,96 = valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,0%;

$p_e = 0,5$  = Proporção esperada igual a 50,0%.

e = 0,05 = erro de 5,0%;

N = tamanho populacional igual a 719 moradores de rua.

O tamanho amostral necessário foi 251 pesquisados. Foi acrescido o estudo piloto garantindo uma margem de segurança para perdas eventuais. A amostra foi distribuída proporcionalmente entre os seis distritos sanitários da Prefeitura da Cidade do Recife, de acordo com a contagem de cada distrito. O cálculo foi realizado por meio do programa MINITAB® versão 17.

### 3.3.3 Critérios de Inclusão

Foi incluída no estudo a população de rua de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos.

### 3.3.4 Critérios de Exclusão

Os participantes que não conseguiram compreender e/ou responder os instrumentos da pesquisa.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada pela pesquisadora entre julho de 2015 a julho do ano de 2016. Os dados da pesquisa foram obtidos mediante critério aleatório da população de rua nos espaços das RPAs do município do Recife. O primeiro passo consistiu no planejamento de ações.

O coordenador do CnaR do município foi contatado com antecedência da elaboração deste estudo para estabelecer parcerias, buscando-se inicialmente abordar a população de rua junto às equipes que atendem o grupo, considerando o vínculo e a especificidade que desenvolvem com esta população.

A preparação de entrada no campo foi realizada por meio da participação dialógica nas reuniões com as equipes do CnaR permitindo uma inserção na realidade do estudo, conhecendo e problematizando as peculiaridades do campo. Nestes espaços foi oportunizada a apresentação do projeto de pesquisa às equipes. Os encontros com as equipes do CnaR ocorreram duas vezes por semana e tiveram como objetivo a discussão de casos clínicos, preparação do campo e as discussões acerca do processo de trabalho. As equipes atuam nos períodos diurnos e noturnos com agendamento prévio para as ações que acontecem no cotidiano da semana de trabalho.

No primeiro mês da coleta, foi realizado um estudo piloto com 25 entrevistados na RPA1 considerando esta área por concentrar a maior parte da população de rua no município. Este teste foi realizado para avaliar a aplicabilidade dos instrumentos para população de rua, bem como o tempo médio de duração das entrevistas e ajustes metodológicos necessários. Os participantes do teste piloto foram incluídos na amostra final devido a ausência de ajustes metodológicos nos instrumentos. A pesquisadora mapeou previamente as áreas de maior concentração da população de rua por RPA e entrevistou uma média de 06 a 08 pessoas por cada dia de coleta que ocorreram nos períodos diurnos e noturnos nos dias úteis da semana.

O tempo médio de cada entrevista variou de 20 a 30 minutos. Os usuários que estavam sob efeito de drogas no primeiro contato, foram abordados em outro momento

em que a pesquisadora retornou para continuidade da coleta de dados. O retorno para continuar a entrevista foi essencial para evitar perdas retomando coleta de dados quando não foi possível abranger um maior número de pessoas.

### 3.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

As variáveis sociodemográficas foram avaliadas pelo instrumento de entrevista semiestruturado dividido por quatro blocos de identificação das variáveis contendo: dados sociodemográficos, condição de vida nas ruas, situação atual, histórico de saúde e padrão de consumo de drogas. A classificação do uso e ambiente de consumo também foi identificada neste instrumento (Apêndice A).

Pela característica do estudo, as variáveis foram autodeclaradas pelos participantes e categorizadas posteriormente. As observações empíricas foram analisadas e comparadas com as respostas posteriores. Foi considerado como parâmetro de renda o valor de R\$ 880,00, correspondente ao salário mínimo brasileiro estabelecido em 01/01/2016. O tempo de permanência nas ruas foi categorizado por ano. A saúde bucal foi avaliada de acordo com a observação de alterações visíveis detectadas durante a entrevista.

A identificação do padrão de consumo foi baseada nos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V) e da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) que se assemelham na caracterização de dependência, ou uso nocivo, de uma substância, ambos aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abrange todas as doenças e foi elaborado pela OMS. O DSM-V abrange apenas os transtornos mentais, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002; OMS, 1998).

O teste de triagem do envolvimento com as SPA foi utilizado apenas para os entrevistados que responderem positivamente ao critério de uso abusivo de SPA. Foi utilizado o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (ANEXO A), traduzido e validado para uso no Brasil em 2004. Este instrumento é formado por um questionário estruturado que investiga nove tipos de drogas. O resultado do ASSIST permite classificar o padrão do uso, facilitando os procedimentos de intervenção (HENRIQUE et al. 2004).

Para avaliar transtornos mentais foi utilizado o instrumento *International Neuropsychiatric Interview* (MINI Plus 5.0.0) (ANEXO B) para saúde mental. Este

instrumento consiste em uma entrevista diagnóstica estruturada que investiga os transtornos mentais do eixo I do DSM-IV-R e da CID-10. Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), destinada para rastreamento de transtornos mentais na prática clínica. Possui 17 módulos, cada um específico para um tipo de transtorno sendo traduzido e validado para uso no Brasil em 1994 (AMORIM, 2000).

A pesquisadora recebeu treinamento prévio para uso dos instrumentos de pesquisa. Além destes instrumentos, foi utilizado o registro em diário das atividades e observações de campo, para subsidiar as discussões dos resultados, bem como para articulação de ações com as equipes dos CR e os CnaR. Os dados de observação das atividades do campo permitem a contemplação do ambiente do estudo e dos processos que nele se desenvolvem (POLIT; BECK, 2011).

### 3.6 VARIÁVEIS

- a) *Dependentes* - Padrão de consumo de drogas; ocorrência de transtornos mentais, tipo de droga utilizada.
- b) *Independentes*: sóciodemográficas (sexo e raça; orientação sexual; idade; local de nascimento; religião; estado conjugal; número de filhos e tempo de permanência na rua); Fatores econômicos (renda e meio de sobrevivência nas ruas) e fatores educacionais (escolaridade).

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados descritivamente por meio das medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana para a variável idade e de distribuições absoluta e percentual uni e bivariada. As variáveis categóricas foram analisadas inferencialmente por meio do teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar associações significativas entre variáveis categóricas. Para avaliar a força da associação foi obtido o Odds Ratio (OR) ou Razão das Chances (RC) e intervalos de confiança para a referida medida foram obtidos no estudo da associação entre as variáveis no estudo bivariado. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança.

Os dados foram digitados em dupla entrada em planilhas EXCEL® e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 23.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A execução deste estudo obedeceu aos preceitos éticos exigidos, em consonância com as etapas de cumprimento das exigências estabelecidas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre os aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2012c). A anuência foi solicitada formalmente à Diretoria de Gestão do Trabalho (DGGT). Também foi previamente realizado consulta via internet junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) acerca da viabilidade da pesquisa junto à população de rua, não sendo apontada nenhuma contraindicação para a mesma.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco em 28/04/2015, junto com a anuência do município, e a coleta foi iniciada após o parecer favorável do mesmo sob o número do Protocolo 42926315.2.0005208 e parecer 1.059.357.

A população de rua que atendeu aos critérios estabelecidos previamente para participar do estudo foi informada sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo, a relevância e o método para a coleta das informações. Também lhe foi garantido o sigilo e confidencialidade quanto às informações prestadas, e para documentar a voluntariedade, foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE C) contendo todas as informações necessárias para o real esclarecimento dos objetivos e procedimentos aos quais seriam submetidos. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, de forma que as respostas não fossem compartilhadas com outras pessoas.

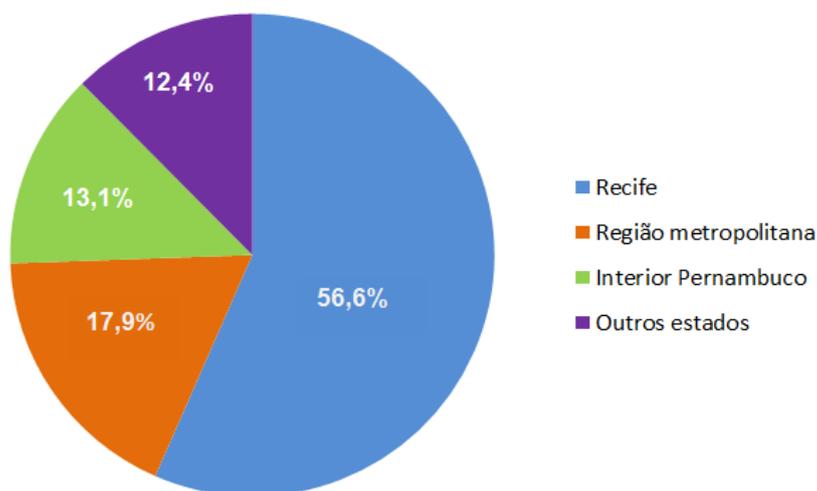
Outro aspecto ético importante considerado, diz respeito à garantia de devolução do resultado ao município, por meio da apresentação para as equipes e de documento impresso contendo os resultados obtidos pela pesquisa para subsidiar uma melhor assistência à saúde da população de rua. Serão disponibilizados grupos para discussão acerca dos achados potencializando as possibilidades de transformações.

## 4 RESULTADOS

Participaram do estudo 274 pessoas distribuídas de forma estratificada nas RPA's do município. A pesquisa foi realizada em calçadas, banco de praças, escadaria de igrejas, pontes e lojas fechadas, entre outros cenários diversos e dinâmicos, considerando-se os horários, a mobilidade dos transeuntes e da população de rua, que se apresentaram ora aglutinadas, ora reservadas. Foram abordados tanto em grupos, como sozinhos, de acordo com o local e a circunstância. Muitos se recusavam a participar no início do contato, diziam estarem ocupados, ou olhavam desconfiados, outros eram gentis e solícitos de imediato, e até ajudavam a identificar outras pessoas para entrevista.

### 4.1 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO DE RUA

A pesquisa de campo constatou que mais da metade da população de rua é oriunda da cidade do Recife, entretanto também foram encontradas pessoas procedentes de outros estados brasileiros (Gráfico 1).

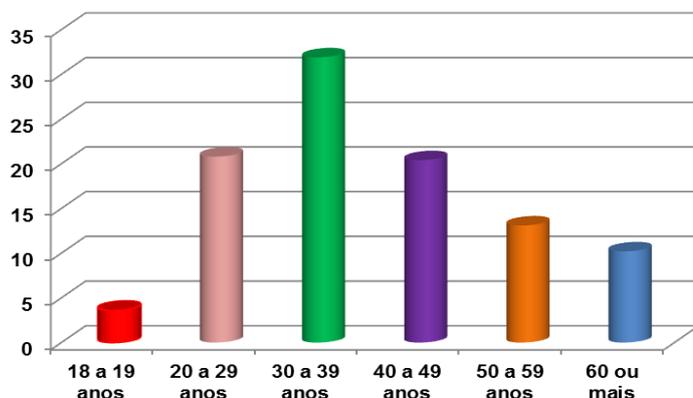


**Gráfico 01- Procedência dos Entrevistados**

Fonte: Autoria própria, 2016.

A faixa etária dos entrevistados analisados variou de 18 a 83 anos, teve a média de 40,51 anos, desvio padrão de 13,24 anos e mediana de 37,00 anos. A faixa etária de 30 a 39 anos apresentou maior proporção entre os pesquisados (31,8%), seguido

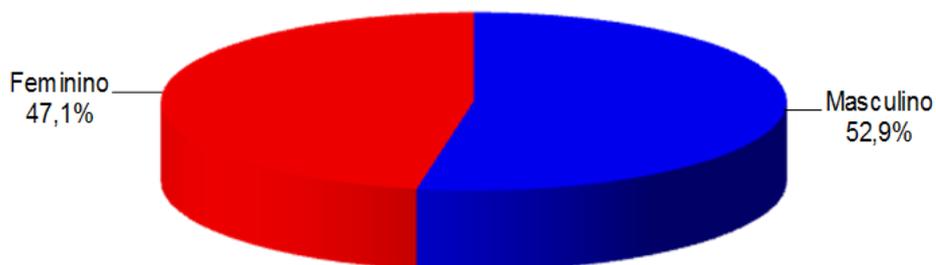
das faixas de 40 a 49 anos (20,4%) e 50 a 59 anos (13,1%). As menores taxas estão relacionadas à população entre 18 e 19 anos (3,6%) e de idosos (10,2%). (Gráfico 02).



**Gráfico 02- Faixa Etária dos Entrevistados**

Fonte: Autoria própria, 2016.

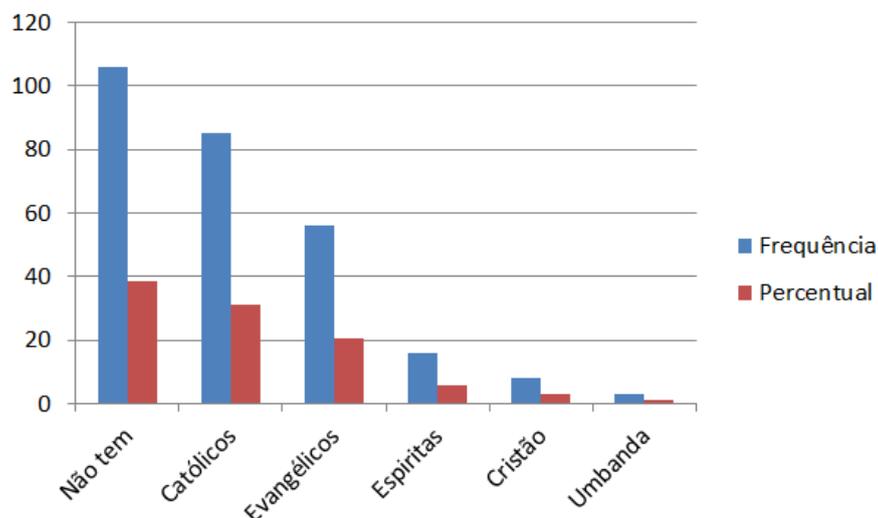
Quanto à distribuição por sexo, o total geral revelou a presença majoritária do sexo masculino. (Gráfico 3) A maioria da população afirmou ser heterossexual (92 %); mais da metade (54%) são pardos, seguidos de pessoas da raça negra (32,1%) e de brancos (13,9%).



**Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados segundo o sexo**

Fonte: Autoria própria, 2016.

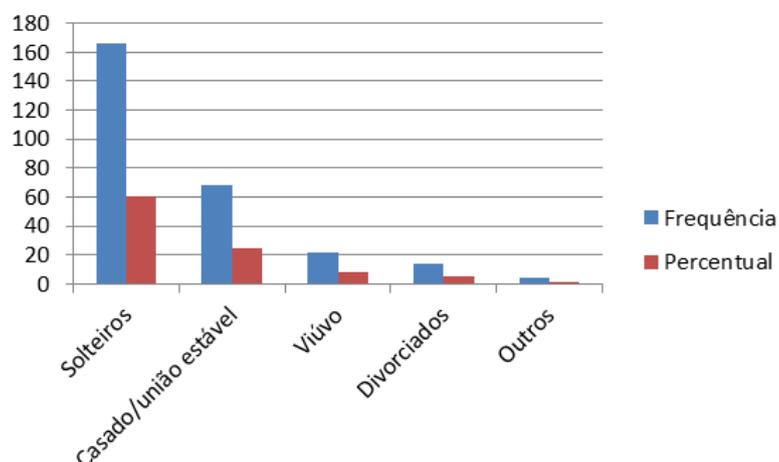
A maioria referiu não possuir religião. Entre os que referiram pertencer a alguma crença religiosa, católicos e evangélicos se destacaram respectivamente (Gráfico 4).



**Gráfico 4 – Religião dos entrevistados**

Fonte: Autoria própria, 2016.

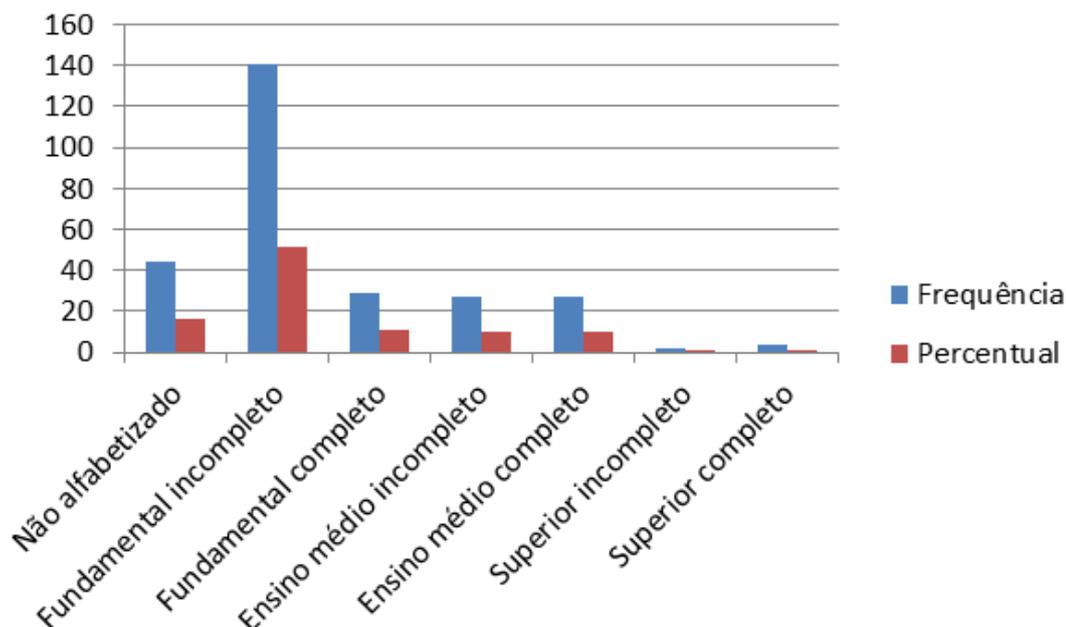
Quanto ao estado conjugal, a amostra revelou um contingente majoritário de solteiros vivendo sem companheiro, seguido de pessoas em relação conjugal estável, viúvos e divorciados/separados (Gráfico 5).



**Gráfico 5 – Estado conjugal dos entrevistados**

Fonte: Autoria própria, 2016.

Com relação ao nível de escolaridade, mais da metade afirmou saber ler e escrever, não tendo, portanto concluído o ensino fundamental, enquanto que outros 10,6% referiram ter concluído. Uma menor parcela se declarou não alfabetizada, enquanto que 9,9% afirmaram ter atingido o ensino médio e 1,5% concluíram o ensino superior. Nenhum participante está estudando atualmente (Gráfico 6).



**Gráfico 6 – Escolaridade dos entrevistados**

Fonte: Autoria própria, 2016.

A maioria dos entrevistados afirmou possuir filhos (67,5%) e possuir alguma fonte de renda (70,8%) que se destacou pela realização de trabalhos eventuais, tais como biscates e outros serviços não especificados (19,2%) que estão descritos na tabela 1. Outras ocupações mais relatadas foram de vendedores ambulantes (13,1%), seguidos de profissionais do sexo (11,3%) e de “guardadores de carros” (11,3%). As menores taxas estão relacionadas aos aposentados (4,7%) e aos que recebem benefício social (3,3%).

**Tabela 1- Informação sobre a fonte de renda segundo os entrevistados. Recife, 2016.**

Fonte de renda	Frequência	Percentual
	n	%
Não possui	80	29,3
Vendedor ambulante	36	13,1
Profissional do sexo	31	11,3
Flanelinha	31	11,3
Bolsa família	24	8,8
Aposentado	13	4,7
BPC	9	3,3
Outros	50	18,2
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2016.

No que se refere à renda adquirida, mais da metade (57,7%) informou a obtenção de valores inferiores ao salário mínimo, seguidos dos que relataram receber entre 1 a 3 salários (12,4%) e apenas duas pessoas (0,7%) informaram receber mais de 3 salários mínimos.

#### 4.2 CONDIÇÕES DE VIDA NAS RUAS

Este tópico pretende descrever as condições de vida da população de rua, no sentido de compreender o tempo de vida, com quem vivem, motivações para o viver nas ruas, condições para realizar higiene diária, além de verificar a ocorrência de violência nestes cenários. A maioria relatou viver com amigos/companheiros (42,7%), entretanto 39,4% referiu viver sozinhos. Com relação ao tempo médio de vida nas ruas, mais da metade informou possuir mais de 3 anos de vivência nas ruas, seguidas de pessoas com vivência entre 1 a 3 anos (Tabela 2)

Com relação à idade de início de vida nas ruas, verifica-se um percentual expressivo de pessoas que iniciam a vida nas ruas no período da adolescência, em seguida, as faixas entre 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos. Dentre o total dos participantes, 31 afirmaram viver nas ruas desde crianças. A maioria afirmou realizar higiene diária e os locais mais referidos foram pensões ou depósitos onde conseguem tomar banho (28,1%), em muitos destes locais eles precisam pagar para tomar banho (15,3%).

As motivações prevalentes referidas pelos entrevistados para terem ido morar nas ruas foram os conflitos familiares seguidas por situações em que sofreram algum tipo de violência dentro de casa, ou por gostarem de estar nas ruas. A ausência de suporte familiar também se configurou como uma motivação que se interliga com as demais. O uso de álcool e outras drogas e o trabalho informal se apresentaram como motivações também descritas na tabela 2 com prevalências aproximadas, entretanto a mendicância apresentou-se com a menor taxa.

A violência é uma realidade vivenciada na cena da rua. A maioria dos pesquisados afirmou ter sofrido algum tipo de violência, sendo a agressão física a causa mais prevalente, seguida de violência sexual. As demais causas citadas estão relacionadas às agressões verbais e outras agressões físicas mistas, incluindo roubo e tentativas de homicídio. A violência psicológica não foi tipificada entre as respostas neste estudo.

**Tabela 2 - Fatores associados à condição de vida nas ruas segundo os entrevistados. Recife, 2016.**

<b>CONDIÇÕES DE VIDA NAS RUAS</b>		
<b>Idade de início</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<10 anos	31	11,3
10 A 19	88	32,2
20 A 29	63	23
30 A 39	47	17,2
40 A 49	16	5,8
50 A 59	19	6,9
60 ou mais	10	3,6
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Tempo de vida nas ruas</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Menos de 1 ano	43	15,7
De 1 a 3 anos	52	19,0
Mais de 3 anos	153	55,8
A vida inteira	26	9,5
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Realiza higiene diária</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Sim	228	83,2
Não	46	16,8
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Motivação para viver nas ruas</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Conflitos familiares	82	23,7
Ausência de suporte	58	16,8
Drogas	57	16,4
Trabalho informal	51	14,6
Mendicância	31	8,9
Outros	58	16,8
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Violência nas ruas</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Agressão física	116	42,4
Não sofreu	96	35
Violência sexual	34	12,3
Agressão verbal	18	6,6
Roubo	6	2,2
Maus tratos	4	1,5
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Autoria própria, 2016.

#### 4.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS ENTREVISTADOS

Na tabela 3 verifica-se que a presença de cáries dentárias é visível em maior proporção, porém outras alterações também foram observadas, tais como dentição

deformada ou dentes quebrados em sua maioria, ou edentulismo. Foi observada ausência total de dentição em um grupo menor de entrevistados.

A maioria dos pesquisados afirmou ter vida sexual ativa correspondendo a 78,8%. Entretanto, com relação à utilização de métodos preventivos para o sexo seguro, observou-se maior proporção nos que raramente ou nunca utilizam métodos de prevenção, em comparação com os que afirmaram utilizar medidas de proteção para o sexo seguro. Analisando-se o somatório dos que não informaram o uso de métodos de proteção com os que afirmaram usar às vezes, demonstra mais ainda o baixo uso dos dispositivos de proteção para IST's na população de rua.

A maior parte dos entrevistados referiu ausência de transtornos mentais na família, contudo uma menor parcela afirmou a existência de algum tipo de doença mental e outros referiram desconhecer a existência destas patologias entre seus familiares. Com relação ao uso de drogas na família, a maioria relatou o uso de alguma substância psicoativa.

Mais da metade da população entrevistada afirmou ter algum problema de saúde, entretanto entre os que responderam estar com boa saúde, observou-se que os entrevistados não relacionavam o uso de drogas como problema de saúde. Os problemas psicológicos, mentais ou neurológicos foram os mais citados, seguidos de outras condições clínicas, tais como problemas circulatórios e prováveis indicações de eventos cirúrgicos.

A frequência de IST's se apresenta como terceira maior prevalência, salienta-se que alguns pesquisados mencionaram estar com IST no final da entrevista, após estabelecer um vínculo maior de confiança com a pesquisadora. As menores taxas estão relacionadas aos problemas de pele e outras doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. A maioria dos entrevistados afirmou nunca ter realizado qualquer tipo de tratamento psiquiátrico.

Entre os que referiram ter passado por situação de internamento para tratamento de saúde (69,8%), os eventos clínico-cirúrgicos foram prevalentes (33,2%), seguidos dos eventos psiquiátricos (37,2%) e daqueles relacionados ao uso de álcool e outras drogas (33,3%). Outros eventos foram citados (19,0%) relacionados aos internamentos curtos em Unidades de Pronto Atendimento de emergência. Atualmente, 68 pessoas (24,8%) afirmaram usar algum tipo de medicamento, como: psicotrópicos, para tratamento de imunodeficiência adquirida e da tuberculose.

Observa-se que a procura de atendimento em saúde por essa população é pouco frequente. Durante o período de um ano, a população que referiu raramente ou nunca buscaram atendimento na RAPS foi maior (66,4%) do que as que informaram acessar entre 1 a 3 vezes (25,2%) neste mesmo período. Apenas 21 dos entrevistados (7,7%) referiram procurar atendimento mais de três vezes ao ano.

**Tabela 3- Informações sobre a condição de saúde segundo os entrevistados. Recife, 2016.**

<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE NAS RUAS</b>		
<b>Saúde bucal</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Edentulismo	91	33,2
Cáries visíveis	77	28,1
Sem alterações visíveis	45	16,4
Outras alterações	61	22,3
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Doença mental na família</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Sim	108	39,4
Não	118	43,1
Não sabe	48	17,5
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Atividade sexual com proteção</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Raramente/nunca	108	39,4
Sempre	60	21,9
As vezes	58	21,2
Não informado	48	17,5
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Problemas de saúde referidos</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Psicológicos, mentais ou neurológicos	61	39,6
IST's	36	23,4
Respiratório	27	17,5
HAS	21	13,6
Diabetes	15	9,7
Pele	18	11,7
Outro	46	29,9
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>-</b>
<b>Frequência da Procura de atendimento por ano</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Raramente / Nunca	182	66,4
1 a 3 vezes	36	25,2
Mais de 3 vezes	21	7,7
Não informado	02	0,7
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Autoria própria, 2016.

Entre as policlínicas, o Gouveia de Barros foi o equipamento de saúde usado como referência para população de rua no centro da cidade, como pode ser verificada

na tabela 4. A procura e assistência pelas equipes do CnaR e CR foram citados apenas por 20 participantes. Os locais mais citados onde os entrevistados procuram atendimento foram a Estratégia de Saúde da Família, as UPAS, o CnaR e os CAPS.

**Tabela 4 - Locais de atendimento em saúde referidos pelos entrevistados.**

Local de atendimento	Frequência	Percentual
	n	%
ESF	45	16,4
UPAS	36	13,1
Policlínicas	27	9,9
CnaR e CR	20	7,3
CAPS	8	2,9
Outros	17	6,2
Não informado	121	44,2
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2016.

#### 4.4 USO DE DROGAS PELOS ENTREVISTADOS

A prevalência dos entrevistados que utilizam ou já utilizaram algum tipo de droga na vida se apresentou elevada (86,9%) e o tipo de substância mais utilizada foi o álcool, seguido do tabaco e da maconha, com prevalências aproximadas. Estas três substâncias mantêm a mesma prevalência das drogas de uso atual. O uso do crack apresentou menor percentual, seguido do uso de solventes/inalantes, cocaína e calmantes.

A tabela 05 mostra que a principal motivação para o início do uso de drogas foi curiosidade, seguida por influência de amigos e uso por familiares. Com relação à idade de início, mais da metade dos participantes afirmaram ter iniciado o uso de drogas no período da adolescência, demonstrando uma prevalência expressiva nesta faixa etária, e também foi observado o início do uso de substâncias no período da infância.

Observou-se a alta prevalência do consumo de drogas na população de rua, em que o álcool é a substância mais utilizada, seguida do tabaco, maconha, crack e dos inalantes. O álcool é a substância que se apresenta em comum com o uso de múltiplas substâncias. As substâncias cocaína e calmantes apresentaram menores proporções de uso.

**Tabela 5- Informações sobre o uso de drogas segundo os entrevistados. Recife, 2016.**

<b>INFORMAÇÕES SOBRE O USO DE DROGAS</b>		
<b>Tipo de drogas usada na vida</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Tabaco	148	62,2
Álcool	179	75,2
Maconha	146	62,3
Crack	110	46,2
Solventes	68	28,6
Cocaína	45	18,9
Calmanes	17	7,1
Outro	25	10,5
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>-</b>
<b>Motivação</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Curiosidade	136	49,7
Influência/pressão de amigos	75	27,4
Uso habitual na família	11	4
Outros	16	5,8
Nunca utilizou	36	13,1
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Idade de inicio</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
10 a 19	154	56,3
20 a 29	36	13,1
< 10 anos	15	5,5
Não lembra	02	0,7
30 ou mais	13	4,7
Não informou	18	6,6
Nunca utilizou	36	13,1
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>
<b>Droga utilizada atualmente</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Álcool	134	68,4
Tabaco	103	52,6
Maconha	101	51,5
Crack	12	6,1
Solventes	58	29,6
Calmanes	14	7,2
Solventes/inalantes	35	17,9
Outra	5	2,6
<b>Base<sup>(1)</sup></b>	<b>196</b>	<b>-</b>

<sup>(1)</sup> Considerando que um pesquisado tenha citado que usa mais de um tipo de droga, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total de entrevistados.

**Fonte:** Autoria própria, 2016.

A tabela 6 apresenta o panorama do padrão de consumo de drogas pela população de rua e mostra a prevalência da utilização diária de drogas em quase metade da população seguida dos que referiram ter utilizado poucas vezes ou apenas uma vez na vida. Alguns entrevistados referiram utilizar drogas semanalmente, porém

não diariamente. Entre os que informaram utilizarem seis vezes ou mais nos últimos 30 dias e outros com consumo menor que uma vez por semana, observa-se que uma menor parcela desta população consumiu pelo menos uma vez nos últimos 12 meses ou pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. A taxa dos que informaram não estarem em uso de drogas foi de 13,1%.

**Tabela 6 - Padrão de consumo de drogas segundo os entrevistados. Recife, 2016.**

<b>Padrão de consumo do uso de drogas</b>	<b>Frequência n</b>	<b>Percentual %</b>
Poucas vezes ou uma vez	42	15,3
Pelo menos uma vez nos últimos 12 meses	5	1,8
Pelo menos uma vez nos últimos 30 dias	3	1,1
Seis vezes ou mais nos últimos 30 dias	9	3,3
Utilizou no mês, menos de 1x por semana	6	2,2
Utiliza semanalmente, mas não todos os dias	37	13,5
Utilizou diariamente durante o último mês	136	49,7
Nunca utilizou droga	36	13,1
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2016.

Mais da metade dos entrevistados negou ocorrências de problemas legais em decorrência do uso de drogas (59,9%), enquanto que 27% tiveram experiências envolvendo ações policiais ou prisões atribuídas ao uso destas substâncias. O envolvimento com atos ilícitos decorrentes da influência de drogas foi relatado por 27,7% da população de rua. Quanto ao ambiente e horário de consumo das drogas, houve predominância do uso em qualquer hora ou lugar na rua (57,7%), seguido de locais reservados (15,7%), ou apenas a noite (9,9%) e aqueles que usam apenas em grupos (3,6%).

#### 4.4.1 Padrão de consumo de drogas

As tabelas 7 e 8 apresentam respectivamente a avaliação da frequência do uso atual de drogas e avaliação do horário de uso. O tabaco é a substância onde o uso diário é prevalente (69,9%), utilizado pela maioria em qualquer período do dia (85,4%). O crack também foi relatado o uso diário (53,4%) e em horários tanto diurnos como noturnos (55,2%). O álcool apresentou consumo diário (32,8%) em qualquer horário do

dia ou da noite (65,7%). A maconha também foi relatada como substância de uso diário (43,6%), bem como sua utilização nos horários diurnos e noturnos (55,4%).

Observou-se que no geral as drogas são utilizadas diariamente e em todos os turnos do dia. A frequência de uso esporádico e não diário, mostrou-se com menor frequência em todas as substâncias.

**Tabela 7 - Frequência do uso de drogas segundo os entrevistados.**

Tipo de droga	Frequência de uso		Esporádico		1 a 2 vezes por semana		3 a 4 por semana		5 a 6 vezes por semana		O dia todo	
	n	Total	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Tabaco	103		15	14,6	5	4,9	8	7,8	3	2,9	72	69,9
Álcool	134		20	14,9	29	21,6	25	18,7	16	11,9	44	32,8
Maconha	101		13	12,9	19	18,8	16	15,8	9	8,9	44	43,6
Cocaína	12		-	-	4	33,3	4	33,3	-	-	4	33,3
Crack	58		8	13,8	4	6,9	8	13,8	7	12,1	31	53,4
Calmente	14		4	28,6	1	7,1	-	-	2	14,3	7	50,0
Inalantes	35		4	11,4	5	14,3	7	20,0	2	5,7	17	48,6
Outra	5		2	40,0	-	-	-	-	-	-	3	60,0

Fonte: Autoria própria, 2016.

**Tabela 8 – Informações sobre o ambiente e horário de consumo segundo os entrevistados. Recife, 2016.**

Ambiente e horário de consumo	Frequência N	Percentual %
Em qualquer hora e lugar na rua	158	57,7
Em locais reservados	43	15,7
Apenas a noite	27	9,9
Apenas em grupos	10	3,6
Nunca utilizou drogas	36	13,1
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2016.

#### 4.4.2 Avaliação do ASSIST para uso de vários de drogas

A tabela 9 se refere à avaliação do ASSIST para o uso de vários tipos de drogas. Participaram 175 usuários que obtiveram o critério de uso abusivo, dos quais 20% apresentaram indicação de tratamento intensivo para o uso do álcool, seguido de 38,9% de intervenção breve para esta substância. O uso do crack apresentou 16% de indicação para tratamento intensivo e 13,7% para intervenção breve. A utilização da

maconha foi indicada em 12,6% para o tratamento intensivo e 38,3% para intervenção breve.

O uso de tabaco e de inalantes apresentaram taxas similares para indicação de tratamento intensivo (10,3%), entretanto para indicação de intervenções breves prevaleceu o uso do tabaco em 38,9% e uma taxa bem menor para os inalantes (6,3%). Apenas 1,7% obtiveram indicação para tratamento intensivo relacionado ao uso de calmantes e da cocaína.

**Tabela 9 - Avaliação do ASSIST**

Drogas	Nenhuma intervenção		Intervenção breve		Tratamento intensivo	
	N	%	N	%	n	%
Tabaco	89	50,9	68	38,9	18	10,3
Álcool	79	45,1	60	34,3	35	20
Maconha	86	49,1	67	38,3	22	12,6
Anfetaminas	175	100	-	-	-	-
Inalantes	146	83,4	11	6,3	18	10,3
Cocaína	164	93,7	8	4,6	3	1,7
Hipnóticos/sedativos	175	100	-	-	-	-
Alucinógenos	174	99,4	-	-	-	-
Opioides	175	100	-	-	-	-
Crack	125	71,4	24	13,7	28	16
Calmante	170	97,1	2	1,1	3	1,7

Fonte: Autoria própria, 2016.

#### 4.4.3 Resultados da aplicação do MINI

A tabela 10 apresenta os resultados relacionados à aplicação do MINI em todos os entrevistados. A dependência/abuso de substância não alcoólica apresentou prevalência em 40,9%, seguido do transtorno de personalidade (24,8%) e do episódio depressivo maior (22,6%). O transtorno de estresse pós-traumático se apresentou em 5,1% da população, seguido do transtorno de ansiedade generalizada (2,9%) e da distímia (1,8%).

**Tabela 10 - Resultado da aplicação do MINI**

<b>Resultados do MINI</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Episódio depressivo maior	62	22,6
Distímia	5	1,8
Risco de suicídio atual	105	38,3
Transtorno de estresse pós-traumático	14	5,1
Dependência / Abuso substância não alcoólica	112	40,9
Transtorno de ansiedade generalizada	8	2,9
Transtorno de personalidade generalizada	68	24,8

**Fonte:** Autoria própria, 2016.

O risco para suicídio atual foi identificado em 38,3% dos entrevistados, entre estes, 19% apresentam grau de risco elevado, 14,2% apresentaram risco leve e 5,1% risco moderado. (Tabela 11)

**Tabela 11 – Grau do risco de suicídio segundo o MINI. Recife, 2016.**

<b>Grau de risco de suicídio</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sem risco	169	61,7
Leve	39	14,2
Moderado	14	5,1
Elevado	52	19
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Autoria própria, 2016.

Na tabela 12 se apresenta a variável para o uso de droga com cada uma das variáveis sócio demográficas. Nesta tabela foi considerada a margem de erro fixada (5%) na aplicação dos testes estatísticos. As variáveis: religião e tempo de vida nas ruas foram as únicas variáveis com associação significativa ( $p < 0,05$ ) com o uso de drogas atual e para estas duas variáveis se destaca que todos os três umbandistas e os 8 que praticam o cristianismo faziam uso de drogas, seguido de 91,0% entre os que não tinham religião. Os percentuais dos que faziam uso de drogas foram espíritas(70,6%),evangélicos(73,8%) e católicos(77,2%). O percentual dos que faziam uso de drogas foi mais elevado entre os que viviam nas ruas desde a adolescência (100,0%), seguido dos que viviam de 1 a 3 anos (93,3%) e variou de 76,5% a 78,3% nas outras duas faixas de tempo.

**Tabela 12 – Avaliação do uso de drogas atualmente segundo dados sócio-demográficos. Recife – PE, 2016**

Variável	USO DE DROGAS ATUALMENTE						Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	N	%		
<b>Grupo Total</b>	<b>196</b>	<b>82,4</b>	<b>42</b>	<b>17,6</b>	<b>238</b>	<b>100,0</b>		
<b>Distrito</b>							$p^{(1)} = 0,589$	
1	91	79,1	24	20,9	115	100,0	**	
2	20	80,0	5	20,0	25	100,0	**	
3	12	92,3	1	7,7	13	100,0	**	
4	7	100,0	-	-	7	100,0	**	
5	8	100,0	-	-	8	100,0	**	
6	58	82,9	12	17,1	70	100,0	**	
<b>Faixa etária</b>							$p^{(2)} = 0,675$	
18 a 19	8	80,0	2	20,0	10	100,0	**	
20 a 29	45	86,5	7	13,5	52	100,0	**	
30 a 39	68	86,1	11	13,9	79	100,0	**	
40 a 49	36	78,3	10	21,7	46	100,0	**	
50 a 59	23	76,7	7	23,3	30	100,0	**	
60 ou mais	16	76,2	5	23,8	21	100,0	**	
<b>Variável</b>	USO DE DROGAS ATUALMENTE						Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	N	%	n	%	N	%		
<b>Sexo</b>							$p^{(2)} = 0,920$	
Masculino	109	82,6	23	17,4	132	100,0	1,03 (0,53 a 2,02)	
Feminino	87	82,1	19	17,9	106	100,0		
<b>Orientação sexual</b>							$p^{(1)} = 0,654$	
Heterossexual	177	81,9	39	18,1	216	100,0	**	
Homossexual	11	78,6	3	21,4	14	100,0	**	
Bissexual	7	100,0	-	-	7	100,0	**	
Transexual	1	100,0	-	-	1	100,0	**	
<b>Raça</b>							$p^{(2)} = 0,194$	
Branco	28	93,3	2	6,7	30	100,0	**	
Pardo	100	79,4	26	20,6	126	100,0	**	
Negro	68	82,9	14	17,1	82	100,0	**	
<b>Religião</b>							$p^{(1)} = 0,028^*$	
Não tem	81	91,0	8	9,0	89	100,0	**	
Católica	61	77,2	18	22,8	79	100,0	**	
Evangélica	31	73,8	11	26,2	42	100,0	**	
Espírita	12	70,6	5	29,4	17	100,0	**	
Umbanda	3	100,0	-	-	3	100,0	**	
Cristianismo	8	100,0	-	-	8	100,0	**	
<b>Estado conjugal</b>							$p^{(1)} = 0,080$	
Solteiro	123	84,2	23	15,8	146	100,0	**	
Casado/ União estável	51	85,0	9	15,0	60	100,0	**	
Viúvo	12	70,6	5	29,4	17	100,0	**	
Desquitado ou divorciado	6	54,5	5	45,5	11	100,0	**	
Outros	4	100,0	-	-	4	100,0	**	

Fonte: Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(\*\*) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Nas Tabelas 13 a 20 se analisam as frequências do consumo das drogas mais utilizadas entre os que as utilizavam com cada uma das variáveis sócio-demográficas e

do MINI. Associações significativas ( $p < 0,05$ ) entre a frequência do uso do álcool foram verificadas com as variáveis: distrito, faixa etária, religião, escolaridade, fonte de renda e tempo de vida nas ruas.

Para as referidas variáveis com associação significativa (Tabela 12), se ressaltam as maiores diferenças percentuais: entre os distritos a frequência de uso esporádica variou de 0,0% a 28,6%, sendo nulas nos distritos 2 e 5 e ocorreu em dois pesquisados dos 7 do distrito 4, enquanto que a frequência de quem fez uso de 1 a 4 vezes ocorreu em 5 dos 6 pesquisados no distrito 5 (83,3%), seguido do distrito 6 (50,0%) e o percentual dos que tinham a frequência 5 ou mais foi mais elevado nos distritos 3 e 2, com 77,8% e 76,9% respectivamente e foi menos elevada no distrito 5 (16,7%).

A faixa etária entre 18 a 19 anos apresentou frequência 5 vezes maior, seguida dos que tinham 60 anos ou mais (70,0%) e 20 a 29 anos (61,3%) e o percentual de quem fazia uso de 1 a 4 vezes foi mais elevado nas faixas 50 a 59 anos (55,6%), 40 a 49 anos (51,9%) e 30 a 39 anos (51,1%). O percentual do uso de álcool de 5 ou mais vezes foi mais elevado entre os evangélicos (55,6%) e católicos (52,2%), variou de 35,5% a 37,5% nos que não tinham religião ou eram espíritas e o percentual dos que faziam uso de 1 a 4 vezes foi mais elevado entre os que não tinham religião (49,2%) e os católicos (41,2%) e variou de 12,5% a 22,2% nas outras categorias e os que faziam uso esporádico. Ocorreu em 4 dos 8 espíritas e variou de 6,5% (católicos) a 22,2% (entre os evangélicos).

O percentual dos que tinham frequência de 1 a 4 vezes foi menos elevado entre os que tinham curso superior (16,7%) e mais elevado entre os não alfabetizados (62,5%), enquanto que o percentual dos que faziam uso 5 vezes ou mais foi menos elevado entre os não alfabetizados (25,0%) e variou de 45,0% a 50,0% entre as outras categorias de escolaridade.

Com relação à fonte de renda, a frequência dos que faziam uso 5 ou mais vezes foi nulo entre os que recebiam benefício, ocorreu entre três dos 4 aposentados, foi 60,0% entre as outras categorias de renda e variou de 35,7% a 45,9% nas outras categorias da fonte de renda. Entre os percentuais dos que faziam uso de 1 a 4 vezes, foi citado por um pesquisado que recebia benefício e se apresentou em 18,2% no grupo dos profissionais do sexo, foi mais elevado entre os flanelinhas (55,6%), seguido dos vendedores ambulantes (50,0%) e variou de 36,0% a 43,2% nas outras categorias de fonte de renda.

O percentual dos que faziam uso 5 ou mais vezes foi mais elevado entre os que tinham menos de um ano de vida nas ruas (60,0%) e foi menos elevado entre os que tinham de 1 a 3 anos na rua (31,0%) e variou de 42,9% a 46,5% nas outras duas categorias de tempo, enquanto que o percentual dos que consumiam de 1 a 4 vezes foi menor nos que tinham menos de um ano na rua (5,0%) e variou de 42,3% a 57,1% nas outras categorias. O percentual dos que faziam uso esporádico foi mais elevado entre os que tinham menos de um ano (35,0%) e variou de 11,1% a 17,2% nas outras duas categorias de tempo.

**Tabela 13 – Avaliação da frequência do uso do álcool segundo dados sócio demográficos. Recife – PE, 2016.**

Variável	Frequência do uso do álcool						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
Grupo Total	N	%	n	%	N	%	134	100,0	
<b>Distrito</b>	<b>20</b>	<b>14,9</b>	<b>54</b>	<b>40,3</b>	<b>60</b>	<b>44,8</b>			$p^{(1)} = 0,039^*$
1	9	15,8	22	38,6	26	45,6	57	100,0	
2	-	-	3	23,1	10	76,9	13	100,0	
3	1	11,1	1	11,1	7	77,8	9	100,0	
4	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	100,0	
5	-	-	5	83,3	1	16,7	6	100,0	
6	8	19,0	21	50,0	13	31,0	42	100,0	
<b>Faixa etária</b>									$p^{(1)} = 0,010^*$
15 a 19	-	-	-	-	3	100,0	3	100,0	
20 a 29	7	22,6	5	16,1	19	61,3	31	100,0	
30 a 39	6	13,3	23	51,1	16	35,6	45	100,0	
40 a 49	2	7,4	14	51,9	11	40,7	27	100,0	
50 a 59	4	22,2	10	55,6	4	22,2	18	100,0	
60 ou mais	1	10,0	2	20,0	7	70,0	10	100,0	
<b>Sexo</b>									$p^{(2)} = 0,376$
Masculino	10	13,2	28	36,8	38	50,0	76	100,0	
Feminino	10	17,2	26	44,8	22	37,9	58	100,0	
<b>Orientação sexual</b>									$p^{(1)} = 0,187$
Heterossexual	15	12,5	49	40,8	56	46,7	120	100,0	
Homossexual	3	37,5	3	37,5	2	25,0	8	100,0	
Bissexual	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	100,0	
<b>Raça</b>									$p^{(2)} = 0,472$
Branco	2	11,1	7	38,9	9	50,0	18	100,0	
Pardo	13	19,7	28	42,4	25	37,9	66	100,0	
Negro	5	10,0	19	38,0	26	52,0	50	100,0	
<b>Religião</b>									$p^{(1)} = 0,024^*$
Não tem	9	15,3	29	49,2	21	35,6	59	100,0	
Católica	3	6,5	19	41,3	24	52,2	46	100,0	
Evangélica	4	22,2	4	22,2	10	55,6	18	100,0	
Espírita	4	50,0	1	12,5	3	37,5	8	100,0	
Umbanda	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	
Cristianismo	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0	
<b>Estado conjugal</b>									$p^{(1)} = 0,270$
Solteiro	13	15,1	35	40,7	38	44,2	86	100,0	
Casado/ União estável	5	13,9	15	41,7	16	44,4	36	100,0	
Viúvo	-	-	4	44,4	5	55,6	9	100,0	
Desquitado ou divorciado	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0	

**Tabela 13 – Avaliação da frequência do uso do álcool segundo dados sócio demográficos. Recife – PE, 2016. (Continuação).**

Variável	Frequência do uso do álcool						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	N	%	n	%	N	%			
<b>Grupo Total</b>	<b>20</b>	<b>14,9</b>	<b>54</b>	<b>40,3</b>	<b>60</b>	<b>44,8</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>	
Outros	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0	
<b>Escolaridade</b>									<b>p<sup>(1)</sup> = 0,027*</b>
Analfabeto	3	12,5	15	62,5	6	25,0	24	100,0	
Primeiro grau incompleto	7	9,7	29	40,3	36	50,0	72	100,0	
Primeiro grau completo	4	20,0	7	35,0	9	45,0	20	100,0	
Médio/ Superior	6	33,3	3	16,7	9	50,0	18	100,0	
<b>Número de filhos</b>									<b>p<sup>(1)</sup> = 0,264</b>
Nenhum	9	20,9	14	32,6	20	46,5	43	100,0	
Um	6	20,7	13	44,8	10	34,5	29	100,0	
Dois	2	11,1	7	38,9	9	50,0	18	100,0	
Três	3	11,1	9	33,3	15	55,6	27	100,0	
4 ou mais	-	-	11	64,7	6	35,3	17	100,0	
<b>Fonte de renda</b>									<b>p<sup>(2)</sup> = 0,001*</b>
Não tem fonte de renda	4	10,8	16	43,2	17	45,9	37	100,0	
Bolsa família	3	21,4	6	42,9	5	35,7	14	100,0	
Flanelinha	-	-	10	55,6	8	44,4	18	100,0	
Vendedor ambulante	2	11,1	9	50,0	7	38,9	18	100,0	
Profissional do sexo	4	36,4	2	18,2	5	45,5	11	100,0	
Aposentado	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Recebe benefício	6	85,7	1	14,3	-	-	7	100,0	
Outros	1	4,0	9	36,0	15	60,0	25	100,0	
<b>Renda</b>									<b>p<sup>(1)</sup> = 0,070</b>
Menos de um salário	10	12,2	34	41,5	38	46,3	82	100,0	
1 ou mais salários	6	40,0	4	26,7	5	33,3	15	100,0	
<b>Naturalidade</b>									<b>p<sup>(3)</sup> = 0,052</b>
Recife	9	11,3	30	37,5	41	51,3	80	100,0	
Região Metropolitana	5	23,8	10	47,6	6	28,6	21	100,0	
Interior	4	23,5	10	58,8	3	17,6	17	100,0	
Outros	2	12,5	4	25,0	10	62,5	16	100,0	
<b>Tempo de vida nas ruas</b>									<b>p<sup>(3)</sup> = 0,002*</b>
Menos de 1 ano	7	35,0	1	5,0	12	60,0	20	100,0	
1 a 3 anos	5	17,2	15	51,7	9	31,0	29	100,0	
Mais de 3 anos	8	11,3	30	42,3	33	46,5	71	100,0	
A vida inteira	-	-	8	57,1	6	42,9	14	100,0	

Fonte: Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste de Verossimilhança.

(3) Através do teste Exato de Fisher.

Na tabela 14 observa-se a avaliação da frequência do uso do álcool com o MINI.

**Tabela 14 – Avaliação do padrão de consumo do álcool segundo o MINI. Recife – PE, 2016.**

Variável	Esporádico		Frequência do uso do álcool				TOTAL		Valor de p
	N	%	1 a 4 vezes n	%	5 ou mais N	%	n	%	
<b>Grupo Total</b>	<b>20</b>	<b>14,9</b>	<b>54</b>	<b>40,3</b>	<b>60</b>	<b>44,8</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>	
<b>Episódio depressivo maior</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,118
Sim	1	3,6	11	39,3	16	57,1	28	100,0	
Não	19	17,9	43	40,6	44	41,5	106	100,0	
<b>Risco de suicídio atual</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,152
Sim	12	21,8	19	34,5	24	43,6	55	100,0	
Não	8	10,1	35	44,3	36	45,6	79	100,0	
<b>Grau do risco de suicídio</b>									p <sup>(2)</sup> = 0,028*
Sem risco	8	10,1	35	44,3	36	45,6	79	100,0	
Leve	5	20,8	12	50,0	7	29,2	24	100,0	
Moderado	-	-	1	12,5	7	87,5	8	100,0	
Elevado	7	30,4	6	26,1	10	43,5	23	100,0	
<b>Dependência/ Abuso de substância não alcoólica</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,459
Sim	12	15,2	35	44,3	32	40,5	79	100,0	
Não	8	14,5	19	34,5	28	50,9	55	100,0	
<b>Transtorno de personalidade generalizada</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,585
Sim	6	11,8	23	45,1	22	43,1	51	100,0	
Não	14	16,9	31	37,3	38	45,8	83	100,0	

Fonte: Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste Exato de Fisher.

Associações significativas entre a frequência do uso do tabaco foram verificadas com o distrito, faixa etária e orientação sexual, conforme resultados apresentados na Tabela 15. Para estas variáveis se destaca que: as frequências de uso do tabaco igual a 5 vezes ou mais, foi menos elevada entre os participantes do distrito 2 (30,8%), mais elevada entre os do distrito 6 (93,1%) e teve frequências de 5 nos 7 pesquisados do distrito 3 e frequências que variaram de 3 a 4 pesquisados nos outros dois distritos com 5 pesquisados cada, enquanto que a frequência de 1 a 4 vezes foi mais elevada no distrito 2 (30,8%) e menos elevada no distrito 6 (3,4%).

A frequência 5 ou mais vezes foi registrada por todos nas faixas 40 a 49 anos e 60 anos ou mais, seguida de 85,7% na faixa 50 a 59 anos e este percentual variou de 40,0% a 63,6% nas outras faixas etárias, enquanto que que utilizavam esporadicamente foi mais elevada na faixa 18 a 19 anos (40,0%), seguido das faixas 20 a 29 anos (28,6%) e 30 a 39 anos (21,2%) e foi nulo nas outras três faixas etárias. Com relação à orientação sexual, os percentuais dos que consumiam 5 ou mais vezes, 1 a 4 e esporadicamente foram 75,8%, 12,6% e 11,6% respectivamente entre os

heterossexuais, e estas frequências nos 4 homossexuais pesquisados foram três, um e zero e nos 4 bissexuais foram um, zero e três.

**Tabela 15 – Avaliação da frequência do uso do tabaco segundo os dados sócio demográficos. Recife – PE, 2016**

Variáveis	Frequência do uso do tabaco						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
Grupo Total	15	14,6	13	12,6	75	72,8	103	100,0	
<b>Distrito</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,003*
1	7	15,9	5	11,4	32	72,7	44	100,0	
2	5	38,5	4	30,8	4	30,8	13	100,0	
3	-	-	2	28,6	5	71,4	7	100,0	
4	2	40,0	-	-	3	60,0	5	100,0	
5	-	-	1	20,0	4	80,0	5	100,0	
6	1	3,4	1	3,4	27	93,1	29	100,0	
<b>Faixa etária</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,001*
18 a 19	2	40,0	1	20,0	2	40,0	5	100,0	
20 a 29	6	28,6	5	23,8	10	47,6	21	100,0	
30 a 39	7	21,2	5	15,2	21	63,6	33	100,0	
40 a 49	-	-	-	-	17	100,0	17	100,0	
50 a 59	-	-	2	14,3	12	85,7	14	100,0	
60 ou mais	-	-	-	-	13	100,0	13	100,0	
<b>Sexo</b>									p <sup>(2)</sup> = 0,012*
Masculino	5	8,2	5	8,2	51	83,6	61	100,0	
Feminino	10	23,8	8	19,0	24	57,1	42	100,0	
<b>Orientação sexual</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,006*
Heterossexual	11	11,6	12	12,6	72	75,8	95	100,0	
Homossexual	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	
Bissexual	1	25,0	-	-	3	75,0	4	100,0	
<b>Raça</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,521
Branco	3	16,7	3	16,7	12	66,7	18	100,0	
Pardo	5	9,4	7	13,2	41	77,4	53	100,0	
Negro	7	21,9	3	9,4	22	68,8	32	100,0	
<b>Religião</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,097
Não tem	8	21,1	8	21,1	22	57,9	38	100,0	
Católica	3	8,3	5	13,9	28	77,8	36	100,0	
Evangélica	-	-	-	-	13	100,0	13	100,0	
Espírita	3	37,5	-	-	5	62,5	8	100,0	
Umbanda	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0	
Cristianismo	1	14,3	-	-	6	85,7	7	100,0	
<b>Estado conjugal</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,425
Solteiro	12	16,9	9	12,7	50	70,4	71	100,0	
Casado/ União estável	3	15,8	2	10,5	14	73,7	19	100,0	
Víuvo	-	-	-	-	6	100,0	6	100,0	
Desquitado ou divorciado	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	
Outros	-	-	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
<b>Escolaridade</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,565
Analfabeto	2	10,5	3	15,8	14	73,7	19	100,0	
Primeiro grau incompleto	6	11,5	5	9,6	41	78,8	52	100,0	
Primeiro grau completo	4	26,7	3	20,0	8	53,3	15	100,0	
Médio/ Superior	3	17,6	2	11,8	12	70,6	17	100,0	

**Tabela 15 – Avaliação da frequência do uso do tabaco segundo os dados sócio-demográficos. Recife – PE, 2017 (continuação)**

Variável	Frequência do uso do tabaco						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	N	%	n	%	N	%			
<b>Grupo Total</b>	<b>15</b>	<b>14,6</b>	<b>13</b>	<b>12,6</b>	<b>75</b>	<b>72,8</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	
Médio/ Superior	3	17,6	2	11,8	12	70,6	17	100,0	
<b>Número de filhos</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,380
Nenhum	5	14,7	7	20,6	22	64,7	34	100,0	
Um	4	30,8	1	7,7	8	61,5	13	100,0	
Dois	3	12,5	3	12,5	18	75,0	24	100,0	
Três	3	15,0	2	10,0	15	75,0	20	100,0	
4 ou mais	-	-	-	-	12	100,0	12	100,0	
<b>Renda</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,071
Não tem	5	16,1	4	12,9	22	71,0	31	100,0	
Menos de um salário	4	7,8	9	17,6	38	74,5	51	100,0	
1 ou mais salários	6	28,6	-	-	15	71,4	21	100,0	
Aposentado	-	-	-	-	9	100,0	9	100,0	
Recebe benefício	-	-	-	-	6	100,0	6	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,179
<b>Outros</b>	1	4,5	2	9,1	19	86,4	22	100,0	
Região Metropolitana	5	29,4	3	17,6	9	52,9	17	100,0	
Interior	1	9,1	-	-	10	90,9	11	100,0	
Outros	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	100,0	
<b>Tempo de vida nas ruas</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,687
Menos de 1 ano	2	15,4	2	15,4	9	69,2	13	100,0	
1 a 3 anos	4	18,2	2	9,1	16	72,7	22	100,0	
Mais de 3 anos	7	13,2	5	9,4	41	77,4	53	100,0	
A vida inteira	2	13,3	4	26,7	9	60,0	15	100,0	

**Fonte:** Autoria própria, 2016.

**Fonte:** Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 16 foram registradas associações significativas entre a frequência do uso de tabaco com grau de risco de suicídio e com o transtorno de personalidade generalizada, com estas duas variáveis foi possível verificar que: a frequência dos que consumiam 5 vezes ou mais foi menos elevado entre os que tinham risco de suicídio leve (53,3%), ocorreu em 4 dos 6 com risco moderado variou de 66,7% a 79,1% nas outras categorias do risco, enquanto que os percentuais dos que consumiam 1 a 4 vezes foi nulo entre os que tinham risco elevado, ocorreu em dois com risco moderado e variou de 11,9% a 20,0% nas outras duas categorias do risco. Quanto aos que faziam uso esporádico, foi nulo entre os que tinham risco moderado e mais elevado entre os que tinham risco elevado (33,3%) e variou de 9,0% a 26,7% nas outras duas categorias do risco. Em relação ao transtorno de personalidade generalizada, as duas maiores diferenças ocorreram nos indivíduos que tinham frequência de uso de 1 a 4 vezes, que se apresentou nulo nos que tinham transtorno e 17,1% nos que não tinham o referido transtorno, e nos que utilizavam esporadicamente foi mais elevado entre os que tinham do que entre os que não tinham transtorno (25,9% x 10,5%).

**Tabela 16 – Avaliação do padrão de consumo do tabaco segundo o MINI. Recife – PE, 2016.**

Variável	Frequência do uso do tabaco						TOTAL		Valor de p
	Esporádico N	%	1 a 4 vezes n	%	5 ou mais n	%	n	%	
<b>Grupo Total</b>	<b>15</b>	<b>14,6</b>	<b>13</b>	<b>12,6</b>	<b>75</b>	<b>72,8</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	
<b>Episódio depressivo maior</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,285
Sim	1	5,9	4	23,5	12	70,6	17	100,0	
Não	14	16,3	9	10,5	63	73,3	86	100,0	
<b>Risco de suicídio atual</b>									p <sup>(2)</sup> = 0,072
Sim	9	25,0	5	13,9	22	61,1	36	100,0	
Não	6	9,0	8	11,9	53	79,1	67	100,0	
<b>Grau do risco de suicídio</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,026*
Sem risco	6	9,0	8	11,9	53	79,1	67	100,0	
Leve	4	26,7	3	20,0	8	53,3	15	100,0	
Moderado	-	-	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
Elevado	5	33,3	-	-	10	66,7	15	100,0	
<b>Dependência/ Abuso de substância não alcoólica</b>									p <sup>(2)</sup> = 0,765
Sim	9	16,4	6	10,9	40	72,7	55	100,0	
Não	6	12,5	7	14,6	35	72,9	48	100,0	
<b>Transtorno de personalidade generalizada</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,014*
Sim	7	25,9	-	-	20	74,1	27	100,0	
Não	8	10,5	13	17,1	55	72,4	76	100,0	

Fonte: Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Com a frequência do uso de maconha, foram registradas associações significativas com faixa etária, orientação sexual, religião, escolaridade, com a existência da fonte de renda, a fonte de renda e o valor da renda (Tabela 15). Para as variáveis com associação significativa se ressalta que: a frequência dos que utilizavam 5 vezes ou mais maconha foi nula nas faixas 18 a 19 anos e 50 a 59 anos, foi 66,7% nas faixa 20 a 29 anos, ocorreu de 57,9% a 58,1% nas faixas etárias 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, enquanto que a frequência dos que consumiam de 1 a 4 vezes ocorreu em 4 dos 5 entrevistados na faixa 18 a 19 anos, foi 62,5% nos 8 que tinham 50 a 59 anos, ocorreu em um dos dois que tinham 60 anos ou mais e variou de 29,2% a 31,6% nas outras faixas etárias.

O percentual dos que consumiam 5 vezes ou mais foi de 51,1% entre os heterossexuais, ocorreu em todos os 7 bissexuais e em um dos 5 homossexuais. O percentual que consumiam drogas 5 ou mais vezes foi mais elevado entre os que não tinham religião (68,1%), foi menos elevado entre os que tinham religião católica (32,1%),

enquanto que o percentual dos que faziam uso de 1 a 4 vezes foi nulo entre os 5 espíritas, seguido dos que não tinham religião (27.7%), ocorreu no único umbandista em um dos 5 que professavam o cristianismo e variou de 43,8% a 46,4% nas outras duas religiões e o percentual dos que faziam consumo esporádico foi 21,4% entre os católicos, ocorreu em três dos 5 espíritas, um dos 4 que com cristianismo.

O percentual dos que consumiam 5 ou mais vezes foi menos elevado entre os não alfabetizados (17,6%) e variou de 50,0% a 65,2% nas outras categorias da escolaridade, o percentual que consumia de 1 a 4 vezes reduziu com o grau de escolaridade, sendo 58,8% entre os não alfabetizados, 37,7% nos que tinham primeiro grau incompleto, 21,7% com primeiro grau completo e foi nulo entre os que tinham ensino médio/superior. Os percentuais dos que consumiam 5 ou mais vezes foi mais elevado entre os que tinham do que os que não tinham fonte de renda (64,3% x 27,3%), enquanto que os percentuais dos que faziam uso de 1 a 4 vezes ou esporádico foram correspondentemente mais elevados entre os que não tinham fonte de renda (45,5% x 29,4% para consumo de 1 a 4 vezes e 27,3% x 5,9% para consumo esporádico).

O percentual dos que faziam uso 5 ou mais vezes foi menos elevado entre os que tinham bolsa família (11,1%) ou dos que não tinham renda (27,3%), ocorreu em todos os 4 que recebiam benefício, em dois dos 4 profissionais do sexo e variou de 64,3% a 77,8% nas outras categorias da fonte de renda, enquanto que os que consumiam 1 a 4 vezes e esporádico foram mais elevados nos grupos dos que não tinham renda ou recebiam bolsa família, exceto nos dois dos 4 profissionais do sexo. O percentual dos que consumiam 5 vezes ou mais foi mais elevado entre os que tinham renda de um ou mais salários mínimos (81,8%) e menos elevado entre os que não tinham renda (27,3%) e os percentuais dos que consumiam 1 a 4 vezes e uso esporádico, foram correspondentemente mais elevados entre os tinham bolsa família ou entre os que não tinham renda.

**Tabela 17 – Avaliação da frequência do uso da maconha segundo dados sócio demográficos. Recife – PE, 2016.**

Variável	Frequência do uso da maconha						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	n	%	N	%	N	%			
<b>Grupo Total</b>	<b>13</b>	<b>12,9</b>	<b>35</b>	<b>34,7</b>	<b>53</b>	<b>52,5</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	
<b>Distrito</b>	$p^{(1)} = 0,107$								
1	6	13,3	13	28,9	26	57,8	45	100,0	
2	1	7,7	7	53,8	5	38,5	13	100,0	
3	-	-	6	54,5	5	45,5	11	100,0	
4	2	50,0	2	50,0	-	-	4	100,0	
5	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0	
6	3	12,0	6	24,0	16	64,0	25	100,0	
<b>Faixa etária</b>	$p^{(1)} = 0,007^*$								
18 a 19	1	20,0	4	80,0	-	-	5	100,0	
20 a 29	1	4,2	7	29,2	16	66,7	24	100,0	
30 a 39	6	14,0	12	27,9	25	58,1	43	100,0	
40 a 49	2	10,5	6	31,6	11	57,9	19	100,0	
50 a 59	3	37,5	5	62,5	-	-	8	100,0	
60 ou mais	-	-	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
<b>Sexo</b>	$p^{(2)} = 0,583$								
Masculino	8	13,6	18	30,5	33	55,9	59	100,0	
Feminino	5	11,9	17	40,5	20	47,6	42	100,0	
<b>Orientação sexual</b>	$p^{(1)} = 0,006^*$								
Heterossexual	10	11,4	33	37,5	45	51,1	88	100,0	
Homossexual	3	60,0	1	20,0	1	20,0	5	100,0	
Bissexual	-	-	-	-	7	100,0	7	100,0	
Transexual	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	
<b>Raça</b>	$p^{(1)} = 0,457$								
Branco	4	23,5	6	35,3	7	41,2	17	100,0	
Pardo	6	12,8	18	38,3	23	48,9	47	100,0	
Negro	3	8,1	11	29,7	23	62,2	37	100,0	
<b>Religião</b>	$p^{(1)} = 0,004^*$								
Não tem	2	4,3	13	27,7	32	68,1	47	100,0	
Católica	6	21,4	13	46,4	9	32,1	28	100,0	
Evangélica	1	6,3	7	43,8	8	50,0	16	100,0	
Espírita	3	60,0	-	-	2	40,0	5	100,0	
Umbanda	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	
Cristianismo	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	100,0	
<b>Estado conjugal</b>	$p^{(1)} = 0,534$								
Solteiro	11	17,7	20	32,3	31	50,0	62	100,0	
Casado/ União estável	2	6,7	12	40,0	16	53,3	30	100,0	
Viúvo	-	-	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
Outros	-	-	-	-	3	100,0	3	100,0	
<b>Escolaridade</b>	$p^{(1)} < 0,001^*$								
Analfabeto	4	23,5	10	58,8	3	17,6	17	100,0	
Primeiro grau incompleto	2	3,8	20	37,7	31	58,5	53	100,0	
Primeiro grau completo	3	13,0	5	21,7	15	65,2	23	100,0	
Médio/ Superior	4	50,0	-	-	4	50,0	8	100,0	
<b>Número de filhos</b>	$p^{(1)} = 0,096$								
Nenhum	7	19,4	8	22,2	21	58,3	36	100,0	
Um	4	19,0	7	33,3	10	47,6	21	100,0	
Dois	-	-	4	33,3	8	66,7	12	100,0	
Três	-	-	10	47,6	11	52,4	21	100,0	
4 ou mais	2	18,2	6	54,5	3	27,3	11	100,0	

**Tabela 17 – Avaliação da frequência do uso da maconha segundo os dados sócios demográficos. Recife – PE, 2017 (continuação)**

Variável	Frequência do uso da maconha						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
<b>Grupo Total</b>	<b>13</b>	<b>12,9</b>	<b>35</b>	<b>34,7</b>	<b>53</b>	<b>52,5</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	
<b>Fonte de renda</b>									$p^{(2)} < 0,001^*$
Não tem fonte de renda	9	27,3	15	45,5	9	27,3	33	100,0	
Bolsa família	3	33,3	5	55,6	1	11,1	9	100,0	
Flanelinha	-	-	5	26,3	14	73,7	19	100,0	
Vendedor ambulante	1	7,1	4	28,6	9	64,3	14	100,0	
Profissional do sexo	-	-	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Recebe benefício	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	
Outros	-	-	4	22,2	14	77,8	18	100,0	
<b>Renda</b>									$p^{(2)} = 0,001^*$
Menos de um salário	3	5,3	19	33,3	35	61,4	57	100,0	
Um ou mais salários	1	9,1	1	9,1	9	81,8	11	100,0	
<b>Naturalidade</b>									$p^{(2)} = 0,440$
Recife	6	10,3	24	41,4	28	48,3	58	100,0	
Região Metropolitana	5	21,7	6	26,1	12	52,2	23	100,0	
Interior	-	-	3	37,5	5	62,5	8	100,0	
Outros	2	16,7	2	16,7	8	66,7	12	100,0	
<b>Tempo de vida nas ruas</b>									$p^{(2)} = 0,695$
Menos de 1 ano	2	18,2	4	36,4	5	45,5	11	100,0	
1 a 3 anos	4	21,1	7	36,8	8	42,1	19	100,0	
Mais de 3 anos	7	11,9	20	33,9	32	54,2	59	100,0	
A vida inteira	-	-	4	33,3	8	66,7	12	100,0	

**Fonte:** Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

O risco de suicídio foi única variável relativa ao MINI com associação significativa entre a frequência de maconha com o grau de risco de suicídio, sendo que o percentual dos que faziam consumo de 5 vezes ou mais, foi mais elevado entre os tinham risco leve (68,2%), foi nulo entre os três que tinham risco moderado e foi 47,4% entre os que não tinham risco e 57,9% entre os que tinham risco elevado, enquanto os que faziam consumo de 1 a 4 vezes ocorreu entre todos os três com risco moderado, foi menos elevado entre os que tinham risco elevado (15,8%) e variou de 27,3% a 40,4% nas outras duas categorias do risco de suicídio, conforme os resultados apresentados na Tabela 18.

**Tabela 18 – Avaliação do padrão de consumo da maconha segundo o MINI.  
Recife – PE, 2016.**

Variável	Frequência do uso da maconha						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Grupo Total</b>	<b>13</b>	<b>12,9</b>	<b>35</b>	<b>34,7</b>	<b>53</b>	<b>52,5</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	
<b>Episódio depressivo maior</b>									$p^{(1)} = 0,210$
Sim	1	3,6	10	35,7	17	60,7	28	100,0	
Não	12	16,4	25	34,2	36	49,3	73	100,0	
<b>Risco de suicídio atual</b>									$p^{(1)} = 0,385$
Sim	6	13,6	12	27,3	26	59,1	44	100,0	
Não	7	12,3	23	40,4	27	47,4	57	100,0	
<b>Grau do risco de suicídio</b>									$p^{(2)} = 0,039^*$
Sem risco	7	12,3	23	40,4	27	47,4	57	100,0	
Leve	1	4,5	6	27,3	15	68,2	22	100,0	
Moderado	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0	
Elevado	5	26,3	3	15,8	11	57,9	19	100,0	
<b>Dependência/ Abuso de substância não alcoólica</b>									$p^{(1)} = 0,166$
Sim	8	9,9	28	34,6	45	55,6	81	100,0	
Não	5	25,0	7	35,0	8	40,0	20	100,0	
<b>Transtorno de personalidade generalizada</b>									$p^{(1)} = 0,517$
Sim	5	10,9	14	30,4	27	58,7	46	100,0	
Não	8	14,5	21	38,2	26	47,3	55	100,0	

Fonte: Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Com relação à frequência do uso do crack, foram registradas associações significativas com as variáveis: faixa etária; se existe ou não fonte de renda e fonte de renda (Tabela 17). Desta tabela, se enfatiza que as maiores diferenças ocorreram entre: os que consumiam 5 ou mais, foi 100% entre os que tinham 40 a 49 anos, foi 82,4% entre os que tinham 20 a 29 anos, 53,8% entre os que tinham 30 a 39 anos, enquanto que os que consumiam 1 a 4 vezes ocorreu em 3 dos 4 que tinham 18 a 19 anos e em dois entre dos 4 que tinham 50 a 59 anos. Os que tinham consumo esporádico foram 26,9% na faixa 30 a 39 anos e variou de 0,0 a 5,9% nas outras faixas etárias.

O percentual dos que consumiam 5 vezes ou mais e os que tinham consumo esporádico foram correspondentemente mais elevados entre os que tinham do que entre os que não tinham renda (70,3% x 57,1% que consumiam 5 vezes ou mais e 18,9% x 4,8% nos que consumiam esporádico) e o contrário ocorreu na faixa de consumo de 1 a 4 vezes; a frequência que consumia 5 vezes ou mais ocorreu em todos os 6 flanelinhas, 4 ambulantes e 4 que recebiam benefício, foi 71,4% entre as outras fonte de renda e foi

nulo entre os 5 que tinham bolsa família e dos que consumiam 1 a 4 vezes foi 38,1% entre os que não tinham fonte de renda e variou de 0,0% a 21,4% nas outras categorias de renda.

**Tabela 19 – Avaliação da frequência do uso do crack segundo os dados sócios demográficos. Recife-PE, 2016.**

Variável	Frequência do uso do crack						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Grupo Total</b>	<b>8</b>	<b>13,8</b>	<b>12</b>	<b>20,7</b>	<b>38</b>	<b>65,5</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	
<b>Distrito</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,107
1	6	21,4	5	17,9	17	60,7	28	100,0	
2	-	-	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
3	-	-	-	-	3	100,0	3	100,0	
4	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0	
5	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
6	1	5,6	3	16,7	14	77,8	18	100,0	
<b>Faixa etária</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,029*
18 a 19	-	-	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
20 a 29	1	5,9	2	11,8	14	82,4	17	100,0	
30 a 39	7	26,9	5	19,2	14	53,8	26	100,0	
40 a 49	-	-	-	-	7	100,0	7	100,0	
50 a 59	-	-	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
<b>Sexo</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,283
Masculino	3	9,4	5	15,6	24	75,0	32	100,0	
Feminino	5	19,2	7	26,9	14	53,8	26	100,0	
<b>Orientação sexual</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,386
Heterossexual	7	13,7	11	21,6	33	64,7	51	100,0	
Homossexual	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0	
Bissexual	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	
<b>Raça</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,370
Branco	2	25,0	3	37,5	3	37,5	8	100,0	
Pardo	4	13,8	6	20,7	19	65,5	29	100,0	
Negro	2	9,5	3	14,3	16	76,2	21	100,0	
<b>Religião</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,257
Não tem	3	12,0	6	24,0	16	64,0	25	100,0	
Católica	1	8,3	5	41,7	6	50,0	12	100,0	
Evangélica	1	10,0	-	-	9	90,0	10	100,0	
Espírita	3	42,9	1	14,3	3	42,9	7	100,0	
Umbanda	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0	
Cristianismo	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0	
<b>Estado conjugal</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,454
Solteiro	3	8,6	9	25,7	23	65,7	35	100,0	
Casado/ União estável	2	13,3	3	20,0	10	66,7	15	100,0	
Viúvo	1	33,3	-	-	2	66,7	3	100,0	
Desquitado ou divorciado	2	50,0	-	-	2	50,0	4	100,0	
Outros	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0	
<b>Escolaridade</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,093
Analfabeto	-	-	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
Primeiro grau incompleto	3	10,7	7	25,0	18	64,3	28	100,0	
Primeiro grau completo	2	11,8	1	5,9	14	82,4	17	100,0	
Médio/ Superior	3	42,9	1	14,3	3	42,9	7	100,0	
<b>Número de filhos</b>									p <sup>(1)</sup> = 0,465
Nenhum	1	5,3	3	15,8	15	78,9	19	100,0	
Um	3	20,0	4	26,7	8	53,3	15	100,0	
Dois	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	
Três	4	26,7	4	26,7	7	46,7	15	100,0	
4 ou mais	-	-	1	20,0	4	80,0	5	100,0	

**Tabela 19 – Avaliação da frequência do uso do crack segundo os dados sócios demográficos. Recife-PE, 2016 (Continuação).**

Variável	Frequência do uso do crack						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Grupo total</b>	<b>8</b>	<b>13,8</b>	<b>12</b>	<b>20,7</b>	<b>38</b>	<b>65,5</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	
<b>Fonte de renda</b>									$p^{(1)} = 0,002^*$
Não tem fonte de renda	1	4,8	8	38,1	12	57,1	21	100,0	
Bolsa família	4	80,0	1	20,0	-	-	5	100,0	
Flanelinha	-	-	-	-	6	100,0	6	100,0	
Vendedor ambulante	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	
Profissional do sexo	2	50,0	-	-	2	50,0	4	100,0	
Recebe benefício	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	
Outros	1	7,1	3	21,4	10	71,4	14	100,0	
<b>Renda</b>									$p^{(1)} = 0,069$
Menos de um salário	7	21,9	4	12,5	21	65,6	32	100,0	
1 ou mais salários	-	-	-	-	5	100,0	5	100,0	
<b>Naturalidade</b>									$p^{(1)} = 0,768$
Recife	5	14,7	7	20,6	22	64,7	34	100,0	
Região Metropolitana	-	8,3	4	33,3	7	58,3	12	100,0	
Interior	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	
Outros	2	25,0	1	12,5	5	62,5	8	100,0	
<b>Tempo de vida nas ruas</b>									$p^{(1)} = 0,364$
Menos de 1 ano	-	-	-	-	6	100,0	6	100,0	
1 a 3 anos	4	26,7	3	20,0	8	53,3	15	100,0	
Mais de 3 anos	4	12,1	9	27,3	20	60,6	33	100,0	
A vida inteira	-	-	-	-	4	100,0	4	100,0	

Fonte: Autoria própria, 2016.

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 20 se verifica associação significativa entre a frequência do consumo de crack com a ocorrência de episódio depressivo maior e para esta variáveis é possível verificar que o percentual dos que consumiam 5 vezes ou mais foi mais elevado entre os que tinham episódio depressivo maior (88,9% x 55,0%) e o contrário ocorreu nos que consumiam de 1 a 4 vezes que foi 30,0% entre os que não tinham episódio e foi nulo entre os que tinham episódio depressivo maior.

**Tabela 20 – Avaliação do padrão de consumo do crack segundo o MINI. Recife – PE, 2016.**

Variável	Frequência do uso do crack						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Grupo Total</b>	<b>8</b>	<b>13,8</b>	<b>12</b>	<b>20,7</b>	<b>38</b>	<b>65,5</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	
<b>Episódio depressivo maior</b>									$p^{(1)} = 0,008^*$
Sim	2	11,1	-	-	16	88,9	18	100,0	
Não	6	15,0	12	30,0	22	55,0	40	100,0	
<b>Risco de suicídio atual</b>									$p^{(1)} = 0,730$
Sim	5	14,3	6	17,1	24	68,6	35	100,0	
Não	3	13,0	6	26,1	14	60,9	23	100,0	

**Tabela 20 – Avaliação do padrão de consumo do crack segundo o MINI. Recife – PE, 2016. (Continuação)**

Variável	Frequência do uso do crack						TOTAL		Valor de p
	Esporádico		1 a 4 vezes		5 ou mais		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Grupo Total</b>	<b>8</b>	<b>13,8</b>	<b>12</b>	<b>20,7</b>	<b>38</b>	<b>65,5</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	
<b>Grau do risco de suicídio</b>									$p^{(1)} = 0,211$
Sem risco	3	13,0	6	26,1	14	60,9	23	100,0	
Leve	-	-	2	13,3	13	86,7	15	100,0	
Elevado	5	25,0	4	20,0	11	55,0	20	100,0	
<b>Dependência/ Abuso de substância não alcoólica</b>									$p^{(1)} = 0,706$
Sim	6	13,0	9	19,6	31	67,4	46	100,0	
Não	2	16,7	3	25,0	7	58,3	12	100,0	
<b>Transtorno de personalidade generalizada</b>									$p^{(1)} = 0,588$
Sim	4	12,9	8	25,8	19	61,3	31	100,0	
Não	4	14,8	4	14,8	19	70,4	27	100,0	

Fonte: Autoria própria, 2016.

(\* Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(\* Associação significativa ao nível de 5,0%.

(\*\*) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

(1) Através do teste Exato de Fisher.

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

## 5 DISCUSSÃO

No eixo sóciodemográfico foram analisados os aspectos que conferem certas especificidades sobre a população de rua, na cidade do Recife. Apesar dos participantes terem sido entrevistados em áreas mapeadas pelos distritos sanitários, foi observado que existe um deslocamento frequente desta população, possivelmente pela busca de recursos para sobrevivência ou pela expulsão de lugares utilizados como abrigo.

A faixa etária de maior prevalência corroborou com resultados semelhantes na cidade de São Paulo no ano de 2015, com o predomínio de 36,6% entre a faixa de 31 a 49 anos, o que revela que a maioria das pessoas que moram nas ruas encontra-se em idade produtiva (SÃO PAULO, 2015).

Neste universo geral, destaca-se que pequena da população possuem 60 anos ou mais, favorecendo a hipótese de que as condições insalubres dos cenários das ruas são preditores para baixa expectativa de vida para os moradores de rua. Um estudo em Rotterdam, na Holanda do sul, identificou que não há uma diferença significativa de mortalidade entre os sexos nesta população, entretanto, quando comparado com a população em geral, fica evidenciada uma redução de expectativa de vida de cerca de 11 anos para homens e 16 anos para mulheres (NUSSELDER et al., 2013).

Quanto à questão gênero, diferentemente da maioria dos estudos que apontam a predominância do sexo masculino nas ruas, verificou-se que a distribuição por sexo não se apresentou estatisticamente marcante neste estudo, uma das possíveis justificativas diz respeito à ocorrência de uma maior abertura de vínculo pela população do sexo feminino durante a coleta e ao fato de que as mulheres mostram-se mais receptivas aos cuidados com sua saúde.

Este cuidado diferenciado tem sido relatado em estudos que compreendem que o gênero é percebido como fator de importância no padrão de riscos à saúde dos homens, uma vez em que estes historicamente possuem ideias hegemônicas de que devem ser fortes e invencíveis, atribuindo os cuidados à saúde como algo não peculiar à masculinidade (CAVALCANTI et al., 2014; PEREIRA; BARROS, 2015).

Autores apontam que o número de mulheres vivendo nas ruas vem crescendo, estas enfrentam maior vulnerabilidade pelo caráter masculino que reveste o mundo das ruas (SILVA; BEZERRA; RIBEIRO, 2017). Desta forma, a condição de rua agrava a problemática da violência à mulher. No Brasil, informações oficiais com relação à

violência sofrida por mulheres de uma forma geral são subnotificadas, pois a maioria teme denunciar o agressor, não sendo diferente com as mulheres em situação de rua (ROSA; BRÊTAS, 2015).

Estes dados estão de acordo com pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, pois apesar da violência contra as mulheres ser um importante problema de saúde pública, é um assunto pouco abordado em mulheres moradoras de rua. Neste estudo, participaram 300 mulheres moradores de rua, em que 60% das participantes relataram algum tipo de violência nos últimos 6 meses anterior à entrevista (RILEY et al., 2014).

Mais da metade dos entrevistados se declararam pardos, seguidos de negros e brancos. Estes dados mantêm consistência com o conjunto da população brasileira e aponta que a proporção entre pardos e negros é substancialmente maior na população de rua (IBGE, 2015). A não vinculação religiosa mostrou-se expressiva com o maior percentual entre os entrevistados.

Neste sentido, a religiosidade poderia se constituir como fator de proteção, o que reflete a carência na busca de sentido de existência para esta população. (GUIMARAES; MOREIRA, 2011; CAMPOS; CUNHA, 2016). A religiosidade além da possibilidade da sustentação psicológica, também pode se apresentar como recurso para o enfrentamento das condições hostis impostas nos cenários das ruas (CUNHA et al., 2017).

Com relação ao estado conjugal, a maioria referiu estar solteira e sem companheiros fixos, entretanto, vivem em companhia de colegas de rua ou de entes familiares, seguido de um menor proporcional que referiu viver sozinhos. Estes dados corroboram com pesquisa realizada em 222 municípios do estado de Minas Gerais, com tamanho amostral de 792 moradores de rua, em que 62,5% dos pesquisados se declararam solteiros (MINAS GERAIS, 2011). Foi observado que independente de relações conjugais, vínculos afetivos são estabelecidos nestes cenários e mesmo que ainda inconstantes, podem ser considerados como rede de proteção e apoio para o enfrentamento da vida nas ruas.

Apesar de a maioria ter afirmado saber ler e escrever, esta mesma parcela não conseguiu concluir o ensino fundamental. Estudo semelhante constata a caracterização da baixa escolaridade desta população (VERAS et al., 2014). Os que se declararam não alfabetizados, afirmaram não ter conseguido estudar devido às condições de vida e

uma minoria referiu ter concluído curso universitário. Nenhum dos entrevistados afirmou estar estudando no momento da coleta.

A baixa escolaridade observada pode ainda ser decorrente, muitas vezes, da desesperança, da priorização de outras necessidades básicas para sobrevivência e ou pelo próprio uso de drogas. Apesar da baixa escolaridade, foi observado que muitos possuem experiência em realizar trabalho para obter alguma fonte de renda.

Outro aspecto observado foi que a maioria não possuíam documentos, geralmente por terem sido perdidos ou roubados devido a situação de rua, fato que interfere ao exercício da cidadania desta população (SOTERO, 2011). Ainda que a universalidade proposta pelo SUS garanta o direito das pessoas serem atendidas nas unidades de saúde, mesmo que não possuam documentos, a burocratização imposta pelo sistema de saúde ainda caracteriza uma realidade que está em desacordo com as diretrizes e princípios que regem o SUS (SILVEIRA, 2014).

A maioria referiu possuir fonte de renda, com maior expressividade em trabalhos eventuais. Este fato se contrapõe ao imaginário popular da figura do morador de rua como preguiçoso e vagabundo. Estes são conhecidos rótulos que ainda representam o papel social de como os moradores de rua são reconhecidos, e não como trabalhadores que, mesmo em condições precárias, cotidianamente buscam estratégias de sobrevivência, se ocupando com os possíveis afazeres geradores de qualquer tipo de renda.

Este reconhecimento depreciativo também faz com que a população de rua seja vista como perigosa, um preconceito antigo vivenciado pelos moradores de rua, ao qual lhes são atribuídos outros rótulos de caráter pejorativo, tais como: vadios, maloqueiros desocupados, entre outros (SILVA, 2009). Vale salientar que a mendicância apresentou a menor taxa entre as atividades referidas pelos pesquisados, uma vez que a maioria desenvolve alguma atividade na rua. Esta informação corrobora com pesquisas realizadas no Brasil em que a mendicância se apresenta em apenas 10% desta população (CASAL Jr., 2015).

O valor da renda obtida informada obteve um maior percentual menor que 1 salário mínimo brasileiro. Poucos relataram a prática de estratégias ilícitas para obtenção de dinheiro ou drogas, enquanto que outros durante a entrevista relataram que esta prática não era incomum entre algumas pessoas do convívio nas ruas. Foi observado que nenhum dos participantes informou atividade remunerada por emprego formal.

Vale ressaltar que a relação entre os altos índices de desemprego justificam muitas vezes a ida para a rua, logo dificilmente pessoas com emprego formal permaneceriam vivendo na condição de morador de rua. Por outro lado, a falta de oportunidades perpetua o desemprego nesta população, e esta situação também atinge outros países, como no Canadá por exemplo. Estudo realizado com a população de rua de 5 cidades canadenses, reportou desemprego em 96% da população, e que, dentre estas, 46% justificaram doença mental e 25% outras razões, tais como: uso de drogas, registros em fichas policiais e falta de oportunidades, entre outros (POREMSKI et al., 2015).

No presente estudo, a maioria referiu estar na rua há 3 anos ou mais. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada na cidade de Salvador-Bahia, que destacou que 60% dos participantes estavam nas ruas há mais de 5 anos (VERAS et al, 2014). Esta questão também pode representar a dificuldade em sair deste contexto de vida, como foi apontado em estudo que relaciona que o maior tempo de vida nas ruas estreitam as possibilidades de saída deste modo de vida (BOTTI et al., 2010.a)

Uma quantidade expressiva referiu ter iniciado a vida nas ruas no período da adolescência, demonstrando uma maior vulnerabilidade nesta faixa etária, e ainda, foi registrado que entre os entrevistados, 31 referiram ter iniciado a vida nas ruas ainda quando crianças. Existem poucos dados no país sobre a quantidade de crianças e adolescentes em situação de rua. Pesquisa realizada no ano de 2010 pela Secretaria de Direitos Humanos e o Instituto de Desenvolvimento Sustentável em 75 cidades brasileiras, identificou 23.973 crianças e adolescentes em situação de rua no país (BRASIL, 2014).

Entretanto, apesar dos direitos certificados em leis e decretos, a situação de crianças e adolescentes nas ruas é um problema atual e complexo, pois não envolve apenas pobreza, e revela a fragilidade existente das políticas de atenção à saúde da criança e do adolescente, excluindo-os de melhores possibilidades de vida e de saúde (BRASIL, 2010).

Neste sentido, outros fatores estão associados, como a violência vivida dentro de seus arranjos familiares, favorecendo que a rua, passe a substituir a própria família e ao mesmo tempo impondo estratégias para sua sobrevivência, que não raramente envolvem o uso e abuso de drogas, além da prostituição. Pesquisa realizada com moradores de rua no sul do Brasil retratou que todos os participantes apresentaram

histórico de consumo de drogas iniciado na infância (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015).

Os dados relacionados à higiene pessoal dos entrevistados contrariam o mito popular existente de que, a população de rua não se higieniza, pois 83,2% demonstraram a preocupação com sua higiene e ainda, alguns entrevistados muitas vezes referiram pagar pelo benefício do banho. Deste modo, observa-se que buscam saúde, bem estar e dignidade humana na medida em que lutam pela sobrevivência diária (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014), entretanto, 19% referiram realizar higiene na própria rua em locais não apropriados e sem a menor privacidade.

A higiene é uma necessidade vital, portanto trata-se de um dado preocupante, pois sua manutenção contribui para assegurar o equilíbrio e o conforto físico e psíquico do indivíduo e que lhe deve ser garantido. A dignidade da pessoa humana se refere a todas as pessoas, independente de seu comportamento, qualidades e posição social, pois todos possuem o direito legítimo à dignidade (ROSSI, 2015). Apesar disso, sabe-se que no imaginário social, a sujeira não é dissociada das ruas e nem da identidade de seus habitantes, pela exposição aos vetores que transmitem doenças e condições insalubres das ruas.

O trajeto para a rua tem sido objeto de pesquisas acerca desta população e têm desvelado histórias pessoais e subjetivas que agregam perdas e desvinculações, em que a rua é marcada pelo ponto de chegada e, muitas vezes, sem saída para essas pessoas. Na presente pesquisa, a principal motivação para morar nas ruas apontou significativamente conflitos familiares e ou ausência de suporte familiar, podendo estar associado ao uso e abuso de drogas. O uso precoce de drogas também foi destacado em estudo sobre sua associação ao afastamento familiar (ANTONI; MUNHÓS, 2016).

Estes dados corroboram com estudo realizado na Bahia que identificou que 50,2% da população entrevistada referiram problemas familiares como causa e consequência de viverem nas ruas (VERAS et al., 2014). Vale salientar que não raramente o rompimento de vínculos muitas vezes envolve outros fatores, tais como a violência familiar. Sobre esta temática, a pesquisa nacional sobre população em situação de rua realizada em 2008, destacou os entrevistados que referiram desavenças familiares (29,1%) e problemas relacionados ao álcool e outras drogas (35,5%) (BRASIL, 2008b).

Outro estudo realizado em São Paulo apontou que 32,3% dos entrevistados informaram como principal motivação para morarem nas ruas a ausência de estrutura

familiar, seguidos dos 14,7% que relataram terem sido expulsos pela família (BARATA et al., 2015). Estudo etnográfico realizado em Belo Horizonte também enfatizou que os desentendimentos de ordem familiar, bem como o uso de álcool e outras drogas contribuíram para o viver nas ruas (DANOSO et al., 2013).

Neste contexto, a exclusão social e as rupturas familiares os transformam em invisíveis urbanos, as quais se configuram em várias formas de violência, contribuindo para uma baixa autoestima situacional, que é uma forte característica da população de rua, principalmente pelo desprezo e abandono da sociedade e do Poder Público (NONATO; RAIOL, 2016). Assim, a violência torna-se um dado real no cotidiano do morador de rua, pois estes estão expostos a vários tipos de agressões, tais como: físicas, verbais, psicológicas e institucionais.

A violência institucional é exercida dentro de instituições por meio de regras, relações burocráticas e normas de funcionamento que reproduzem estruturas sociais injustas, ou ainda, pela forma que são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos (MINAYO, 2007). Um estudo realizado em Florianópolis retratou a realidade nas ruas por meio da exposição de depoimentos da história de vida de moradores de rua que relataram agressões sofridas, inclusive sem motivos e até provenientes de autoridades policiais, quando estas deveriam prestar auxílio e promover a paz e a segurança das pessoas (ANTONI; MUNHÓS, 2016).

Foi constatado que a aparência pessoal, etnia e modo de vestir são determinantes na relação entre as pessoas, não sendo diferente entre os policiais e os moradores de rua, pois os policiais suspeitam e muitas vezes os agridem, reforçando uma visão discriminatória e ineficaz em relação ao não cumprimento do propósito de proteger, ao invés de promover mais violência (ANTONI; MUNHÓS, 2016).

Pesquisa realizada em Vancouver com 991 moradores de rua constatou que a própria situação de rua aumenta a probabilidade de serem confrontados pela polícia, fato que se configura como marcador de danos à saúde desta população pelos danos contextuais que contribuem para elevar este risco. Este estudo também constatou que o tráfico de drogas e outras atividades geradoras de renda envolvendo drogas também estão associados com os confrontos policiais (TI et al, 2013).

A manutenção da ordem e da moral apresenta-se como algo constituído no cotidiano das operações policiais, assim, diferentes formas de trato com os moradores também são arranjadas nas práticas policiais. Ao mesmo tempo, essas interações, são

atravessadas por relações de poder e pela prática da violência policial na vida social dos bairros, para além das garantias de direitos (BARBOSA; SÁ, 2015).

A associação entre a condição de vida na rua e a violência urbana representa um estigma vinculado diretamente ao morador de rua, visto que os perigos da rua tem sido pauta de muitos programas policiais da mídia, que contribuem para construção de uma imagem negativa da rua (ALMEIDA; RIBEIRO Jr.; SOUZA, 2016). Entretanto, nestes espaços, não raramente o morador de rua também se torna alvo de violências, principalmente para aqueles que apresentam comorbidades psiquiátricas (VENTRIGLIO et al., 2015).

Segundo dados de 2013, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, disponível no sitio do Movimento Nacional de Direitos Humanos<sup>1</sup>, durante o primeiro semestre do ano de 2013, 195 moradores de rua foram assassinados em todo o Brasil, o que representa uma média superior de uma morte por dia em todo o país.

A violência é um fenômeno que necessita ser analisado em uma ampla perspectiva dentro e fora das ruas. Neste sentido, pode ser compreendida como estratégia de enfrentamento nestes cenários, pois a rua muitas vezes é vista por estes indivíduos como um lugar onde não pode existir fraqueza para poder sobreviver (MOURA Jr.; XIMENES; SARRIERA, 2013). O comportamento violento também pode ocorrer por uma reprodução da violência da qual vivenciaram ou das quais foram vítimas na infância em seus lares ou comunidades (ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016).

O medo e a insegurança, principalmente no período noturno, comprometem o sono e o repouso deste grupo e, desta forma, podem ocasionar várias perturbações clínicas, uma vez que essas condições os levam a um estado constante de alerta e tensão (TILIO; VIDOTTO; GALEGO, 2015; HENWOOD; BYRNE; SCRIBER, 2015). Além disso, esta realidade, quando acrescida a outros fatores estressantes, geram medos e incertezas, e produzem um grande impacto na saúde mental da população de rua, ampliando as dificuldades em lidar com as adversidades, ao mesmo tempo em que contribuem para o aumento do consumo de drogas.

A sociedade pode de certa forma se habituar a ver outros seres humanos em condições sub-humanas como algo natural, onde uns podem ter menos ou nada,

---

<sup>1</sup> Ver em: <[http://www.mndh.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3380](http://www.mndh.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3380)>. Acesso em: 15 mar. 2016.

enquanto que outros tenham mais (CAMPOS; CUNHA, 2016). Este pensamento expressa o descaso atribuído a uma sociedade capitalista que desta forma negligencia a saúde do morador de rua, pois estes continuam sem as garantias do bem estar físico social e afetivo, que por sua vez dependem de outros direitos, como acesso à habitação, trabalho, água potável e educação.

O consumo de drogas é um fenômeno presente neste contexto de vida que inclui processos adaptativos e as relações sociais neste meio, quer seja pelo uso individual ou em grupos, em que muitas vezes buscam aliviar as adversidades ocasionadas pelo viver nas ruas (BEZERRA et al, 2015; SILVA; LIMA; GALINDO, 2016). Corroborando com esta linha de pensamento, pesquisadores avaliam que existe uma funcionalidade relacionada ao uso do álcool, pelo favorecimento de encontros coletivos, além de anestesiar o sofrimento causado pela condição de morar nas ruas (BOTTI et al., 2010b). Outro estudo realizado em Pernambuco revelou que moradores de rua muitas vezes utilizam o álcool como terapia, além da busca de uma incorporação neste modo de vida (HALPERN et al., 2017).

Problemas legais relacionados ao uso de drogas foram relatados, podendo estar diretamente associados ao envolvimento em atos ilícitos motivados pelo uso destas substâncias, que por sua vez, podem ser produtores de violência, envolvendo agressões, ações policiais ou até mesmo prisões. Estudo multicêntrico realizado em seis capitais brasileiras relatou que existe um grande envolvimento relacionando questões legais com o uso do *crack*, por esta droga ter uma intrínseca relação com a violência (HALPERN et al, 2017).

Contudo, apesar da necessidade de intervenção efetiva relacionada ao uso de drogas, autores apontam que existe a dificuldade em diferenciar as questões de criminalidade da prática clínica, uma vez que existem incongruências na compreensão das políticas de saúde e da justiça criminal (CRUZ et al., 2014).

O viver nas ruas pode afetar a saúde do morador de rua, não somente pelas condições de vida nestes espaços, como também pelo comportamento de risco para saúde e pela baixa procura aos dispositivos da RAPS. Além disso, muitas destas pessoas vão viver nas ruas por estarem doentes. Apesar de que mais da metade afirmou possuir algum problema de saúde, a frequência com que buscam atendimento é representativamente baixa ou inexistente, podendo também estar relacionada diretamente com o acesso aos dispositivos de saúde.

Neste sentido, o acesso à saúde para o morador de rua é uma ferramenta imprescindível para ofertar cuidados equânimes, entretanto, a dificuldade de acesso não deve ser compreendida como negligência à saúde por parte do morador de rua. Além disso, torna-se necessária a compreensão de que a doença é uma construção social e, parece ser peculiar nesta população que a consciência dos agravos à sua saúde fique em segundo plano em relação à preocupação em conseguir alimento, abrigo seguro e alguma fonte de renda para sobreviverem (CAMPOS; SOUZA, 2013).

Trata-se da necessidade em garantir que os serviços de saúde funcionem de forma articulada e investimento nos dispositivos especializados para o acesso à saúde deste grupo. Foi observado que esta população normalmente se reporta aos serviços de saúde em situações emergenciais, que aparecem como principal via de contato com os serviços de saúde, talvez por reconhecerem o corpo doente quando os sintomas se intensificam, ou pela incapacidade de se locomoverem-se ou ainda, devido a episódios de mau atendimento ou impedimento nas unidades de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012).

Esta realidade também foi verificada no Canadá, em que moradores de rua muitas vezes por não possuírem condições adequadas de saúde física e mental, usam potencialmente os serviços de emergência hospitalar, com pouco ou nenhum investimento da promoção da saúde (FIGUEIREDO et al, 2016). Observou-se ainda que, poucos entrevistados informaram o CR ou CnaR como pontos de atendimento de saúde, quando estes dispositivos são estratégicos de referência à atenção à saúde e inclusão deste grupo (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Alguns dos entrevistados referiram saber da existência do serviço do CnaR, porém ainda não tinham tido oportunidade de contato com as equipes. Esta é uma questão relevante, pois impacta diretamente na compreensão de como estes serviços estão organizados para atender a demanda da população de rua. O processo de trabalho destas equipes é organizado para acolher e orientar o acesso e o cuidado a partir de suas necessidades e equipamentos de saúde existentes no território.

Apesar de não ser a única porta de entrada para no SUS, é relevante a reflexão acerca da estruturação destes serviços. Não basta apenas que eles existam, e sim que sejam providos de condições para o desenvolvimento de uma prática de cuidados inclusiva e integral, com possibilidade de formar vínculos, sendo um elo entre a rua e a saúde (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SILVA, 2013).

A maior parte dos entrevistados referiu consumo frequente de drogas, destacando-se o uso de álcool entre outras drogas. Muitos referiram o uso antes mesmo de irem para as ruas e outros passaram a fazer uso depois que passam a viver em situação de rua, logo se compreende que existem questões relativas à realidade de cada indivíduo e sua relação com as drogas e com o viver nas ruas.

Uma revisão sistemática que incluiu 29 estudos em diferentes países estimou uma prevalência de dependência de álcool em 37,9% da população de rua em todo o mundo (FAZEL; KHOSLA; GEDDES, 2008). Pesquisa realizada em Madrid, na Espanha, também mostrou que o álcool é a droga de maior prevalência na análise dos padrões de consumo da população de rua no país (PANADERO-HERRERO; MUÑOZ-LÓPEZ, 2014). Neste estudo, o tabaco e a maconha ocuparam o segundo e terceiro lugares respectivamente, e estes mantêm padrão diário de frequência de uso.

Nos Estados Unidos da América, pesquisa verificou que a taxa de tabagismo foi estimada em 70% entre os aproximadamente 3 milhões de moradores de rua, confirmando a forte associação entre o fumo e o consumo do álcool, uma vez que foi verificado que os fumantes consomem mais álcool do que os não fumantes (OJO-FATI et al, 2015). Dados semelhantes de padrão de consumo foram encontrados em pesquisa realizada na Índia com usuários de drogas injetáveis, onde 93% faziam uso de álcool e tabaco diariamente (ARMSTRONG et al, 2013).

Esta realidade é preocupante em uma população que também possui a saúde comprometida pela nutrição inadequada e pelo baixo acesso aos serviços de saúde, entre outros. Além disso, o consumo de drogas favorece múltiplos comportamentos de risco que são partilhados nos cenários das ruas, influenciados pelo meio e algumas vezes perpetuados como meio de sobrevivência.

O consumo do crack com padrão de uso diário foi referido por pouco mais da metade dos entrevistados neste estudo. Apesar de o crack ser uma droga relativamente recente, observa-se que a utilização desta droga vem crescendo entre a população de rua (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015). Este aspecto chama à atenção para o fato de que o crack tenha uma inserção maior nessas populações com maior vulnerabilidade social, provavelmente pelo baixo custo da droga e o intenso e rápido efeito que ela proporciona (JORGE et al., 2013).

O aumento da frequência do uso aumenta os riscos danosos à saúde relacionados ao uso do crack, por outro lado, apesar disso, foi observado o uso persistente desta substância por vários anos em muitos indivíduos na presente

pesquisa. Estudo realizado com usuários da droga na cidade de São Paulo também evidenciou frequência e persistência do uso do crack por anos, confirmando a tese de que existe uma espécie de “adaptação” do usuário de crack à cultura da droga, bem como sobre alguns dos riscos gerados por ela (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Outro dado relevante com relação a esta droga é uma maior prevalência de sintomas depressivos encontrados nos usuários moradores de rua, somada a um maior risco de cometer suicídio (HALPERN et al, 2017). Na presente pesquisa, verificou-se ocorrência de episódio depressivo nos participantes com consumo mais elevado do crack. Um estudo sociodemográfico sobre usuários de crack em Minas Gerais verificou que 37,5% apresentaram transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de outras drogas, enquanto 62,5% apresentaram comorbidades psiquiátricas (BOTTI et al., 2010a).

Estudo com dependentes químicos realizado em São Paulo identificou que a idade de início do uso de crack ocorre em torno de 22,9 anos entre os usuários em tratamento hospitalar (FERREIRA FILHO et al., 2003); 22,7 anos, entre os dependentes químicos em tratamento ambulatorial (GUINDALINI et al., 2006); e 22 anos, entre os dependentes de crack admitidos em enfermaria de desintoxicação (DIAS, ARAÚJO, LARANJEIRA, 2011).

O início do uso de drogas no período da adolescência apresentou significância estatística, o qual reflete um risco real à saúde nesta faixa etária, quer seja pela vinculação aos grupos que se formam nestes cenários, bem como a necessidade de autoafirmação que são peculiares no processo de desenvolvimento do adolescer (LOBO; BABOSA, 2016). Pesquisa com adolescentes na região sul do Brasil, identificou que o início de uso de drogas ocorre geralmente na infância e adolescência, reforçando a vulnerabilidade para essa faixa etária, evidenciadas por diversas problemáticas, desde a modelagem paterna, refúgio de questões familiares, ou até mesmo a própria influência dos iguais (NOGUEIRA FILHO, et al., 2012).

A porta de entrada para o uso de drogas tem sido fortemente relacionada a fatores como: violências sofridas no ambiente doméstico, influência de amigos, bem como pela busca de facilitadores de relações sociais, que concomitantemente podem ser responsáveis por rompimentos de vínculos familiares e ao ingresso de vida nas ruas (SILVA; BEZERRA; RIBEIRO, 2017). O aumento progressivo do consumo de crack pela população infanto-juvenil tem sido relatado, em todas as classes sociais,

bem como o consumo de solventes como a droga ilícita mais consumida (LIMA et al., 2013).

Observa-se que as considerações que envolvem a migração do adolescente para rua e para o uso de drogas não é uma experiência homogênea, portanto a compreensão deste contexto se torna essencial para análise do desencadeamento do consumo de drogas e para adoção de estratégias de educação em saúde iniciando-se no período da infância e com acompanhamento durante todo período da adolescência.

Evidencia-se que adolescentes em situação de rua representam um grande desafio para o cuidado, portanto necessitam serem alvos de políticas públicas efetivas e de ações que subsidiem uma assistência integral voltada não apenas para adolescentes consumidores de drogas, mas buscando atingir a multidimensionalidade das consequências, tais como: violência, comorbidades psiquiátricas, dependência química e a própria manutenção da vida nas ruas (SANTOS et al., 2016).

Um estudo relacionado ao uso de drogas com adolescentes em São Paulo revelou que as drogas lícitas mais usadas entre os adolescentes são tabaco e álcool. Estes dados também corroboram com os dados encontrados nesta pesquisa, em que o álcool e o tabaco são prevalentes e, geralmente em combinação com substâncias ilícitas. O uso de tabaco foi prevalente em qualquer hora e local na rua, pois além de ser considerada uma droga lícita, é uma droga de fácil acesso.

Estudo realizado em Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, detectou a prevalência de 61,22% de uso de álcool em 245 participantes do sexo masculino e apontou que o alcoolismo é um dos principais fatores para a vida nas ruas, bem como responde pela fragilização da saúde desta população (BOTTI et al., 2010b).

As drogas com menores proporções de uso foram cocaína pura e os calmantes, provavelmente pela dificuldade de obtenção. A primeira pelo custo e a segunda pela necessidade de prescrição médica. Autores relatam que medicamentos prescritos podem ser substituídos por outras drogas, ou usados para aumentar os efeitos de outras drogas ilícitas (RHOADES; WINETROBE; RICE, 2014).

As patologias mais relatadas estão relacionadas à doença mental ou problemas neurológicos, com histórico de internamentos anteriores em unidades psiquiátricas. Contudo, observou-se que 66,4% dos entrevistados não buscavam receber tratamento de saúde. Esta realidade foi verificada em um estudo em Hong Kong em que apenas 31,3% das pessoas que relataram problemas de saúde mental receberam algum tipo de tratamento (SMALL, 2010).

Estudo realizado nos EUA verificou que doenças cardíacas estão entre a terceira causa de morte nesta população entre 45 a 64 anos, estando as duas primeiras relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas e cânceres respectivamente (BAGGETT et al, 2013). Uma revisão sistemática com americanos moradores de rua identificou que aproximadamente 27% desta população apresentam hipertensão arterial e 8% têm diabetes mellitus. Observou ainda evidências de que a prevalência de ambas as doenças está aumentando à medida que essa população envelhece (BERNSTEIN et al. 2015).

De acordo com o Manual Sobre o Cuidado Junto a População em Situação de Rua (BRASIL, 2012), os problemas clínicos mais comuns que acometem este grupo são: tuberculose, infestações, problemas nos pés, doenças sexualmente transmissíveis, saúde bucal, gravidez de alto risco, doenças crônicas e o uso de álcool e drogas.

O abuso de drogas não foi reconhecido como um problema de saúde pela maioria dos participantes, entretanto o resultado do MINI apontou que 40,9% apresentaram dependência ou abuso de substância não alcoólica, que se enquadram nos transtornos relacionados às substâncias pelo DSM V. O ASSIST, por sua vez, apontou necessidade de tratamento intensivo para abusadores de álcool, crack, maconha, tabaco e inalantes (DSM V, 2013).

Apesar dos efeitos nocivos das drogas no organismo, o abuso destas não é visto como ameaça para a maioria dos entrevistados ou até mesmo um problema de saúde. Pela análise psicossocial, esse fenômeno pode ser explicado diante do reconhecimento das causas que os levaram a usar drogas, pois muitos relatam ser um meio de refúgio, bem como uma manobra de enfrentamento, valendo salientar que alguns as consideram imprescindíveis em seu cotidiano nas ruas (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015).

Estas questões, apesar de dificultarem a adesão ao tratamento, necessitam também serem analisadas considerando a subjetividade destas pessoas que apresentam diferentes sistemas de crenças, valores e experiências que validam a compreensão do seu processo saúde-doença e o lugar da droga no seu modo de vida (BEZERRA et al., 2015; ANTUNES; ROSA; BRÊTAS, 2016).

Dentre os diagnósticos identificados pelo MINI, foi constatado que o transtorno de personalidade generalizada é um dado significativo na população de rua, podendo estar relacionado ao uso de drogas, e ou o envolvimento com atos ilícitos, bem como

outras formas de violação de direitos. Os transtornos de personalidade sofrem influências, tanto biológicas como do ambiente e algumas pessoas adquirem hábitos e atitudes caracterizadas por falta de resiliência, que se vão transformando a experiência de vida dessas pessoas (ALMEIDA; SILVA; CAMANDAROBA, 2014).

Pesquisa realizada em Belo Horizonte destacou que existe carência de estudos no Brasil que se aprofundem acerca dos transtornos de personalidade em moradores de rua. Assim, os resultados desta pesquisa indicaram que o problema mental relacionado a desvios de personalidade podem estar mais proeminentes em moradores de rua demandando uma maior atenção e cuidado em sua saúde mental (MONTIEL et al., 2015).

O Transtorno do estresse pós-traumático não obteve significância estatística, pois apesar da maioria ter informado a vivência de situações traumáticas em suas vidas, estas situações não mais lhes causavam desconforto, gerando o questionamento: desenvolveram resiliência ou negação da situação como forma de proteção? Estes eventos parecem não estarem dissociados de sua experiência habitual nas ruas, fato que de certa forma contribui com a capacidade de enfrentamento, porém os expõe às comorbidades psiquiátricas, tais como depressão e ansiedade (BALLONE, 2015).

Estudo realizado com 200 indivíduos moradores de rua no sul da Polônia também identificou baixa significância estatística, com 7% da amostra que desenvolveram diagnóstico para estresse pós-traumático. Esta pesquisa relacionou que aqueles com história de experiência em trauma foram mais propensos a desenvolver sintomatologia deste transtorno e tiveram mais sintomas de depressão e abuso de álcool. Por outro lado, o medo, a insegurança e o choque podem ter um impacto psicológico ao longo prazo sobre a saúde mental e os comportamentos de uma pessoa, mesmo que esta não apresente o diagnóstico de estresse pós-traumático (BOKSZCZANIN et al., 2014).

O episódio depressivo maior apresentou prevalência de 22,6% na população deste estudo. Um estudo realizado em Belo Horizonte, detectou prevalência de 56,3% de depressão em homens moradores de rua, revelando a fragilização da saúde deste público. Os sintomas depressivos envolvem diversas alterações cognitivas, motoras e somáticas que interferem no funcionamento indivíduo em diversas áreas, e ainda podem ser agravadas pela ausência de crenças religiosas, baixa autoestima e desesperança (BOTTI et al., 2010b).

O risco de suicídio atual é um dado relevante neste estudo, com prevalência de 38,3% entre os entrevistados. Para além da questão de segurança, o suicídio é um problema grave de saúde pública que demanda intervenção imediata, destacando os graus identificados para risco de vida iminente. Pesquisa realizada no Japão investigou a correlação de comportamento suicida na população de rua e relacionou que a falta de suporte social, a percepção subjetiva de saúde, deficiência visual, dor, insônia, mal-estar mental e depressão atual foram significativamente associados a pensamentos recorrentes de suicídio (OKAMURA et al, 2014).

Pesquisa com 302 idosos moradores de rua no Peru, identificou uma prevalência de 27,8% para problemas mentais, além de alta prevalência de enfermidades crônicas (MOQUILLAZA-RISCO et. al, 2015). Um estudo realizado em Hong Kong com 79 moradores de rua identificou que 46% relataram algum tipo de problemas de saúde mental e que apenas um terço havia procurado tratamento médico. Ainda neste estudo, 56% apresentaram diagnóstico atual de doença mental no momento da entrevista (YIM et al., 2015).

O histórico familiar sobre doença mental e uso de drogas foi reportado pelos entrevistados de forma expressiva, apesar do aparente desconhecimento do diagnóstico ou do padrão de consumo para o uso de drogas. Esta informação pode estar diretamente relacionada à motivação inicial do uso de drogas pela curiosidade e/ou influência de seu meio social. Família é uma temática complexa para o morador de rua, pois envolve conteúdos de afetos e rupturas, decepções e sentimento de abandono que muitas vezes representam as razões pelas quais estão em situação de rua (TILIO; VIDOTTO; GALEGO, 2015).

Por outro lado, as doenças mentais são referenciadas como as principais vias de adoecimento da população de rua, pois estas englobam dependência química, alcoolismo, neuroses e psicoses, entre outras (MACHADO; MAIA, 2015; MOQUILLAZA-RISCO et. al, 2015). Resultados em pesquisa realizada em Hong Kong verificou que os indivíduos com história de abuso de drogas apresentaram maior tempo de vida nas ruas, bem como estão propensos ao histórico de criminalização ligado às drogas (YIM et al., 2015).

Vale ressaltar que alguns estudos também relacionaram o aumento de pessoas com doenças mentais nas ruas com o processo de desinstitucionalização, além de taxas de mortalidade elevadas entre estes indivíduos (VENTRIGLIO et al., 2015; YIM et al., 2015). Em Maryland, nos EUA, pesquisa sobre causas de morte violenta em

morador de rua, reportou que 65,2% das mortes foram classificadas como indeterminadas e que o uso e abuso de drogas foram comuns no momento das mortes e que estas pessoas não estavam em tratamento (STANLEY et al, 2016).

Assim, torna-se evidente a existência de um ciclo que envolve a doença mental, o morador de rua e o uso e abuso de drogas, em que os determinantes sociais contribuem para o processo de adoecimento, tornando esta problemática um desafio que requer desdobramentos políticos intersetoriais (MENDES; HERR, 2014). Compreende-se desta forma a importância do cuidado a esta população que implica transpor as dificuldades do acesso e buscar integração na RAPS no território, pois o modelo hospitalocêntrico ainda permanece na concepção social.

Assim, torna-se evidente a existência de um ciclo que envolve a doença mental, o morador de rua e o uso e abuso de drogas, em que os determinantes sociais contribuem para o processo de adoecimento, tornando esta problemática um desafio que requer desdobramentos políticos intersetoriais (RHOADES et al., 2014).

A prevalência do consumo problemático de drogas é alta entre as pessoas com transtornos psiquiátricos. O diagnóstico duplo contribui para o aumento da morbidade e maior dificuldade para o tratamento clínico (CORRADI-WEBSTER; GHERARDI-DONATO, 2016). Estudo realizado com 553 moradores de rua em Ohio-EUA, utilizou o modelo comportamental para populações vulneráveis. Este modelo sugere que a vulnerabilidade influencia a capacidade do indivíduo cuidar de sua saúde. Neste sentido, os fatores predisponentes para vulnerabilidade incluem o uso de drogas e o abuso de substâncias (SMALL, 2010).

A vulnerabilidade que se instala nestas pessoas, perpassa o sentido de apenas ter ou não um teto para fazer de morada, pois as experiências vivenciadas neste modo de viver deixam alguns tipos de sequelas. Estudo realizado na cidade da Filadélfia (EUA) encontrou taxas elevadas de mortes por acidentes, homicídios e doenças infecciosas na população de rua e concluiu que os fatores adversos associados ao viver nas ruas persistem mesmo quando estes indivíduos obtêm moradia (HENWOOD; BYRNE; SCRIBER, 2015).

A saúde bucal não representou prioridade para saúde desta população, pois em nenhum momento foi citada como um problema de saúde pelos entrevistados, apesar de que precários cuidados com a dentição foram observados na maioria dos participantes. Apenas dois referiram preocupação com sua dentição e estética bucal. Este fato pode estar relacionado ao limitado conhecimento sobre a saúde bucal em

virtude de viverem em um ambiente onde as escolhas saudáveis não são disponíveis (BRASIL, 2012).

Quando questionados, os entrevistados referiram dificuldades de acesso ao tratamento de saúde bucal, fato que representa um impacto negativo na saúde da população de rua, além de contribuir para aumentar a baixa autoestima do grupo. Pesquisa realizada em uma cidade do estado de Minas Gerais revelou que 66% de pessoas que moraram nas ruas apresentavam problemas de saúde bucal, e que 78% dos entrevistados perceberam o impacto das condições bucais em sua qualidade de vida, sendo apontada a dimensão do desconforto psicológico com a maior prevalência (SEGATTO; ARAÚJO; RODRIGUES, 2016).

Em Toronto, no Canadá, uma pesquisa identificou um elevado nível de morbidade causada por infecções dentárias, pois estas quando não tratadas não se resolvem espontaneamente, além disso, crescem progressivamente sem o cuidado apropriado (FIGUEIREDO et al., 2015).

A vida sexual ativa foi uma afirmativa expressiva do grupo, entretanto foi verificada a baixa utilização de métodos de proteção, o que configura um risco substancial à saúde do grupo. Quando questionados sobre problemas de saúde, as IST's não foram relatadas como problema atual, entretanto alguns relataram algumas infecções sexualmente transmissíveis e ocorrência de tuberculose em companheiros na rua.

Estudo realizado em Vancouver, no Canadá, verificou que 75% dos participantes reportaram sexo sem proteção, além de múltiplos parceiros. Outra questão verificada foi que 56% dos participantes não usaram proteção quando estiveram sob efeito de drogas (CHENG et al., 2016).

A prática sexual para obtenção de drogas também foi frequentemente reportada por mulheres, além de violência de cunho sexual sofrida nas ruas. Entretanto, o sexo consensual sem proteção em troca de dinheiro ou drogas foi reportado como uma exigência de alguns parceiros. Autores reportam que esta é uma realidade presente em diferentes países, como por exemplo, no Kenya, em que apontaram para a importância em proporcionar educação em saúde sexual nas ruas no intuito de promover práticas sexuais mais seguras (EMBLETON et al., 2015).

Um estudo realizado com mulheres em situação de rua em Minas Gerais, mostrou que o uso e o tráfico de drogas, assim como a prostituição, contribuem ainda para permanência nas ruas, considerando a necessidade de manter o vício e a

obtenção de algum tipo de renda (BISCOTTO et al., 2016). A prática da prostituição, bem como o sexo sem proteção, associada ao uso de drogas aumenta a possibilidade de contaminação por IST's.

Outra pesquisa realizada em São Paulo com 1405 pessoas em situação de rua reportou que 13% dos entrevistados apresentaram diagnóstico positivo para sífilis, apesar de que mais da metade dos entrevistados (70,9%) referiu o uso de preservativo (PINTO et al., 2014). Estudo realizado em Pelotas-RS reportou que a prostituição foi considerada por algumas mulheres como uma estratégia que lhes proporcionam autonomia, poder e algumas vantagens frente aos homens para aquisição de drogas (CRUZ et al., 2014).

As associações verificadas com o padrão de consumo de drogas e a ocorrência de transtornos mentais na população de rua mostraram significância com o padrão diário de consumo em que os indivíduos apresentam-se mais vulneráveis aos episódios depressivos, risco de suicídio atual, transtornos de personalidade e dependência química.

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou reflexões pessoais sobre o compromisso em conhecer a realidade de pessoas que vivem nas ruas. Enquanto produção científica, destina-se à interlocução com a comunidade acadêmica e demais atores sociais que a pesquisadora convida para abrir as portas da rua para repensar uma proposta de saúde intersetorial. Entre os recortes do tempo, a rua sempre foi habitada e provavelmente sempre será. O que a sociedade conhece sobre esta população, em grande parte é baseado em rótulos e estigmas de caráter pejorativo, em que muitos acham inviável o envolvimento desses indivíduos em estratégias de tratamento.

Este pensamento difundido e generalizado tem suas razões históricas, entretanto, diferente do que a maioria pensa, muitos dos que estão nas ruas, não são perdidos, loucos ou drogados, e ainda, mesmo aqueles que apresentam uma ou mais destas condições, são apenas pessoas que merecem, e ainda que não admitam, desejam ser cuidadas.

Para cuidar é necessário conhecer, se apropriar e desconstruir preconceitos que apenas afastam o sentido da condição humana no reconhecimento de que as condições de vida e saúde da população de rua são de nossa responsabilidade, enquanto cidadãos, sendo ou não profissionais de saúde. Viver nas ruas por si só é um grave problema de saúde pública, além de ser uma tarefa desafiadora, não apenas para quem nelas vivem, mas também para quem se interessa em estudar a vida que se produz nestes cenários.

A convivência com essa população durante a pesquisa foi valiosa e rica de experiências que superaram expectativas e trouxe inquietações sobre possibilidades de modos de vida digna nestes espaços, com diminuição da violência que é tão marcante neste modo de vida.

Esta tese foi proposta pela preocupação com fenômenos distintos e que se interligam a fim de investigar dados sobre o padrão de consumo de drogas e a ocorrência de transtornos mentais na população de rua para subsidiar o cuidado integral a essas pessoas.

O alto padrão de consumo atual de drogas pela população de rua da cidade do Recife é uma realidade que não difere dos estudos nacionais e internacionais sobre padrão de consumo neste grupo populacional, entretanto, evidencia a necessidade de

um cuidado diferenciado, uma vez que cada uma destas pessoas, apesar de fatores predisponentes que se cruzam, possuem particularidades únicas que as relacionam com as drogas.

Já com relação à identificação de transtornos mentais, esta pesquisa se deparou com limitações importantes, pois muitas pessoas com problemas visíveis de saúde mental foram encontradas nos cenários de pesquisa, entretanto não tiveram condições de responder aos instrumentos de pesquisa e outros estiveram sob efeito de drogas. Além disso, alguns moradores de rua com problemas mentais aparentes não se mostraram disponíveis para participar da pesquisa e entre estes, muitos sequer verbalizavam ou viviam completamente isolados do convívio social.

Os transtornos mentais identificados pelos instrumentos de pesquisa apontaram para dependência química instalada nestes indivíduos e abuso de substância não alcoólica, que se combina com o transtorno de personalidade e os episódios depressivos. Assim, o risco de suicídio se mostrou elevado em mais de um terço desta população.

Outra questão preocupante está relacionada com a idade de início do uso de drogas que foi prevalente na adolescência e inclusive na infância. As condições de saúde evidenciadas pelos instrumentos de pesquisa possibilitou a identificação de diagnósticos de enfermagem à luz da teoria do autocuidado. Os problemas de saúde mais relatados pelos entrevistados foram psicológicos, mentais ou neurológicos. O comportamento propenso a riscos e o controle e manutenção ineficaz da saúde também se apresentaram de forma marcante.

Neste sentido, verificam-se lacunas no âmbito da promoção da saúde, desde a infância e adolescência, bem como nesta população adulta, que na maioria estão nas ruas há três anos ou mais. A baixa autoestima situacional é um diagnóstico de enfermagem predominante, devido à desesperança e falta de recursos dignos de sobrevivência, bem como pela fragilidade e rompimento de vínculos familiares.

Foi verificada a relação entre o aumento da frequência do consumo de drogas com os transtornos mentais, o que configura o diagnóstico duplo e nos remete a importância da redução de danos como ferramenta imprescindível neste trabalho.

Outra questão importante observada neste trabalho está relacionada ao comportamento sexual de risco dessa população, uma vez que muitas destas pessoas possuem múltiplos parceiros e não utilizam métodos de proteção. Além disso, o sexo

muitas vezes é comercializado com o objetivo de conseguir dinheiro para manter o uso da droga.

Foi observado que a população de rua tem uma visão diferenciada do seu processo saúde doença, não reconhecendo o abuso de drogas como problema de saúde e só reconhecendo-se doentes na presença de dificuldades em locomover-se. Assim, a visão de saúde sob a ótica de sobrevivência requer que estratégias para promoção da saúde da população de rua sejam repensadas, o que significa conscientizar a sociedade de que a saúde representa muito mais que a ausência de doenças, portanto trata-se em garantir o bem estar físicos sociais e afetivos, que dependem de outros direitos que se encontram abolidos nesta população.

É necessário garantir que as equipes do CnaR possuam maior quantitativo e insumos, pois verificou-se que a quantidade destes equipamentos se mostram insuficientes para atender as demandas da população de rua do Recife, visto que poucos entrevistados fizeram referência ao CnaR por nunca ter tido contato com as equipes. Um dos entraves é que a população de rua não reconhece a saúde como direito amplo, o que dificulta seu acesso e não obstante, muitos profissionais de saúde também não. Não se observou dificuldade de vinculação com esta população durante esta pesquisa, sobretudo ao compreenderem que o objetivo do estudo se relacionava com a saúde do grupo.

Destarte, entende-se que as experiências positivas de cuidado precisam ser universais e, nesta lógica, deve priorizar populações vulneráveis como a população de rua de acordo com os determinantes sanitários e sociais e, sobretudo, com a visão do cidadão em sua completude, com os diferentes aspectos individuais e coletivos que lhes conformam como seres humanos.

Diante disso, é importante reconhecer que a garantia do direito à saúde depende de outros direitos essenciais: cidadania, educação, segurança, trabalho e lazer, portanto existe a necessidade de políticas sociais integradas, para além do enfoque específico das drogas. Embora a pesquisa tenha partido da população de rua residente na cidade do Recife, espera-se que as contribuições derivadas deste trabalho sejam extensivas a outras realidades brasileiras. Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de limitações importantes. Os dados sobre saúde foram auto relatados, portanto, não se pode afirmar as condições detalhadas da saúde dos indivíduos entrevistados. A ausência de equipamentos básicos para verificação de temperatura, pressão arterial, balança e glicosímetro, entre outros, poderiam fornecer

contribuição valiosa para análise dos dados. A prevalência relatada de doença mental também está subestimada, pois se verificou que uma proporção significativa presente na população de rua, com prováveis sintomas psicóticos, não foi incluída para análise dos dados, em virtude destes não conseguirem participar da entrevista, configurando-se nos critérios de exclusão.

Portanto, considera-se que houve perda substancial de indivíduos com problemas mentais de uma forma geral, assim, este estudo não foi capaz de informar estimativas precisas referentes aos sintomas psicóticos, que não foram relatados pelos entrevistados, exceto quando estiveram sob efeito de drogas, o qual não configura síndrome psicótica pelo instrumento utilizado. Assim, uma avaliação mais rigorosa sobre a saúde da população de rua é um objetivo importante para futuras pesquisas.

Apesar dos dados extraídos desta pesquisa, é importante considerar que a realidade atual está sempre em transformação, visto que se trata de uma população migratória. Assim, pesquisas mais aprofundada com a população de rua devem ser realizadas, com vistas a investir na visibilidade do morador de rua com olhares multiprofissionais e utilizando mais subsídios como instrumentos para mensurar as demandas de saúde, por exemplo. Desta forma, o profissional de saúde deve estar preparado para investigar e atuar sobre as questões das diferentes realidades com que vai se deparar nesses cenários do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ABREU, D. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua**. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013.

ALMEIDA, S. F.; RIBEIRO Jr., D.; SOUZA, R. P. A rua como espaço e tempo de possibilidades educativas. **Inter-Ação**, Goiânia, v. 41, n. 2, p. 323-336, maio/ago. 2016.

ALMEIDA, S. S. M.; SILVA, A. C. A.; CAMANDAROBA, C. P. Resiliência e meninos em situação de rua: fatores de proteção e de risco. **Rev. Psicologia em Foco Frederico Westphalen**, v. 6 n. 7 p. 51-64, jul. 2014.

ALVES, N. L. **Boca de rua**: representações sociais sobre população de rua em um jornal comunitário. 2010. 228f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação) – Faculdade de Biblioteconomia e Documentação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2010.

ALTMAN, D. G. **Practical Statistics for Medical Research**. Great Britain: Chapman and Hall, 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **DSM-IV**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.

ANTONI, C.; MUNHÓS, A. A. R. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 4, p. 641-651, out./dez. 2016.

ANTUNES, C. M.C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Rev. Eletr. Enf.** v.18, 2016. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33141/20961>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ARMSTRONG, G. et al. Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. **BMC Psychiatry**, v. 27, n. 13, May, 2013.  
BAGGETT, T. P. et al. Mortality Among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death Over a 15-year Period. **JAMA Intern Med.** v. 173, n, 3, february, 2013.

BALLONE, G. J. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. In. PsiqWeb, Internet. Disponível em:< <http://www.psiqweb.med.br>>. Revisto em 2015.

BARBOSA, W. F.; SÁ, L. D. Redefinições da condição de morador: classificações das clientelas no mandato policial cotidiano e suas consequências nas relações entre polícia e população. *Caderno C R H*, Salvador, v. 28, n. 75, p. 639-656, set./dez. 2015.

BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, supl.1, p.219-232, 2015.

BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Revista Periferia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2., 20 p., 2011.

BERNSTEIN, R. S. Diabetes and Hypertension Prevalence in Homeless Adults in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 2, p. 46-60, Feb. 2015.

BEZERRA, I. H. P. et al. População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 18, n. 01, jan./abr. 2015.

BISCOTTO, P. R. et al. Viver em situação de rua na perspectiva de mulheres: uma abordagem compreensiva. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2016.

BOKSZCZANIN, A. et al. Post-traumatic stress disorder among homeless adults in Poland: Prevalence and predictors. **Open Journal of Psychiatry**, v. 4, p. 9-15, 2014.

BONIN, J. P.; FOURNIER, L.; BLAIS, R. Predictors of mental service utilization by people using resources for homeless people in Canada. **Psychiatr. Ser.**, Thorofare, v. 58, n. 7, p. 936-41, 2007.

BOTTI, N. C. L. et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 10-6, 2010a.

\_\_\_\_\_. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), n. 6 (Especial), p. 536-55, nov. 2010.

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 Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 23 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.705, de 19 junho de 2008**. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em 23 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 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. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 23 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei 10. 216 de 6 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 10 out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 24 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005.** Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jul. 2005a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm). Acessado em: 24 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília, 2008a. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012** ou b ou c: Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2012a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 23 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010:** estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010b. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS:** Material de Trabalho para II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília: MDS, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e Respostas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – CENTRO POP**. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/livro-texto.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 10 Out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da população de rua: um direito humano**. Brasília, 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_ rua.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2015.

CAMPOS, A. G.; SOUZA, M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n. 3, p. 344-351, 2013.

CARAVACA-MORERA, J. A.; PADILHA, M. I. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 748-759, jul./set., 2015.

\_\_\_\_\_. Entre Batalhas e Pedras: Histórias de Vida de Moradores de Rua, Usuários de Crack. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 20, n.1, enero/junio, p. 49-66, 2015.

CARNEIRO, H. Módulo I – O uso de drogas na sociedade. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Álcool e outras drogas: da Coerção a coesão**. Florianópolis, 2014. Módulo 1, p. 11-34.

CARVALHO, J.M. **Bestializados: O Rio de Janeiro e a república que não foi (os)**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CASAL Jr, Marcello. **90% dos moradores de rua do DF exercem atividades de renda informal**. Distrito Federal: R 7, 2015. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/distrito-federal/90-dos-moradores-de-rua-do-df-exercem-atividades-de-renda-informal-01062015>>. Acesso em 20 abr. 2017.

CAVALCANTI, Joseane da Rocha Dantas et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p. 628-634, 2014.

CORRADI-WEBSTER, C. M., GHERARDI-DONATO, E. C. S. Fatores associados ao consumo problemático de drogas entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 24, p. 1-10, 2016.

CHENG, Tessa et al. Substance use patterns and unprotected sex among street-involved youth in a Canadian setting: a prospective cohort study. **BMC Public Health**. v. 16, n. 4, jan. 2016.

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional Sobre Drogas**. Resolução n. 03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Brasília, 2005.

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

CUNHA, J. G. da et al. Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 95-108, jan./jun., 2017.

CRUZ, V. D. et al. Vivências de mulheres que consomem crack. **Rev Rene**, v. 15, n. 4, p. 639-49, jul./ago. 2014.

DAVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <<http://186.217.160.122/revpsico//index.php/revista/article/viewFile/46/88>> Acesso em 10 out. 2011.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS - **DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013. trad. Cláudia Dornelles; 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,2002.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 938-48, 2011.

DONOSO, M. T. V. et al. Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. **REME-Rev. Min. Enferm.** v. 17, n.4, p. 894-901, out./dez. 2013.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 135-46, jan./fev. 2005.

EMBLETON, L. et al. Eating sweets without the wrapper: perceptions of HIV and sexually transmitted infections among street youth in western Kenya. **Cult Health Sex.** v. 18, n. 3, p. 337-348, March. 2016.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.6, p.1839-1848, 2016.

ESCOHOTADO, A. **História general de las drogas**. 2. ed. Madrid: Editora Espasa Calpe ESP, 2004.

FAZEL, S; KHOSLA, V.; GEDDES, J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. **PLoS Med.** v. 2;5, n. 12, Dec. 2008.

FIGUEIREDO, R. et al. Emergency Department Use for Dental Problems among Homeless Individuals: A Population-Based Cohort Study. **J Health Care Poor Underserved**, v. 27, n.2, p. 860–868, 2016.

FONSECA, S.; JANÉ, M.R.G.; IBRAHIM, M. O vinho no Antigo Egito: uma história mediterrânea. **Revista Mundo Antigo**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 139-55, jun. 2012

GARCIA, M. Pessoas em situação de rua e direitos prestacionais. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, São Paulo, n. 19, p. 311-40, jan./jun. 2012.

GUIMARÃES, A. G. C.; MOREIRA, J. O. A religiosidade do morador de rua e o sentido de vida: o caso Marcelo. **Memorandum**, n. 20, p. 225-249, 2011. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a20/guimaraesmoreira01>>. Acesso em: 20 maio 2015.

HALPERN, S. C. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de *crack* de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, v. 6, 2017.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias( ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HENWOOD, B. F.; BYRNE, T.; SCRIBER, B. Examining mortality among formerly homeless adults enrolled in Housing First: An observational study. **BMC Public Health**, v. 15, 2015.

HONÓRIO, K. M.; ARROIOI, A.; SILVA, A. B. F. Aspectos terapêuticos de compostos da planta *Cannabis sativa*. **Química Nova**, São Paulo, v. 29 n. 2, p. 318-25, mar./apr. 2006.

HUDSON, A. L. et al. The Power of the drug, nature of support, and their impact on homeless youth. **Journal Addictive of Diseases**, Binghamton, v. 2, n. 4, p. 356-65, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA .. **Divisão territorial do Brasil e limites territoriais**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadessat/default2.php>>. Acesso em: 12 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **A janela para olhar o país**: educação, trabalho, rendimento, habitação, fecundidade, migração, nupcialidade. PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores, 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JORGE, M. S. B. et al. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, 2013.

JOYCE, D. P.; LIMBOS, M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless man: before and after access to primary health care. **Canadian Family Physician**, Willowdale – CA, v. 55, n. 11, p. 1110-1, 2009.

KUNZI, G. S.; HECKERTI, 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**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 919-42, Set./Dez. 2014.

LIMA, C. H. et al. Crack: uma abordagem psicanalítica de seu consumo entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Rev. Mal-Estar Subj** [online], v.13, n.1-2, p. 155-194, 2013.

LOBO, L. A.; BABOSA, M. C. L. Álcool e Drogas: Um problema vivido por adolescentes usuários em um Município do Sudoeste da Bahia. **Id on Line Rev. Psic.** v.10, n. 33, jan. 2017.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v.18 n.49, p. 973-982, abr./jun. 2014.

LOPES, L. E. (Org.). **Caderno de atividades**: curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com ênfase nas equipes do Consultório na Rua. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

MACHADO, M. L. A.; MAIA, G. F. **“Não teve saúde pra aguentar o tranco que é viver na rua” o morador de rua como cidadão**: um estudo inicial sobre a realidade da população em situação de rua. XII SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA. Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: < <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/13070>>. Acesso em: 15 maio 2016.

MARTINS, F. O mito da política de repressão às drogas por meio do direito penal (Panaceia para todos os males). **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 66, p. 114-37, set./dez. 2014.

MENDES, C. R. P.; HERR, J. F. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 90-97, jan. /jun. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social - SEDESE-MG. **Relatório de Pesquisa sobre as condições socioeconômicas, políticas e culturais da População em Situação de Rua em Minas Gerais**. Minas Gerais, 2011. Disponível em: < [http://www.social.mg.gov.br/images/stories/direitos\\_humanos/relatorio\\_final%20-%20versao\\_coletiva%2030\\_03\\_11%20sem%20capas.pdf](http://www.social.mg.gov.br/images/stories/direitos_humanos/relatorio_final%20-%20versao_coletiva%2030_03_11%20sem%20capas.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2017.

MIZOGUCHI, D. H.; COSTA, L. A.; MADEIRA, M. L. "Sujeitos no sumidouro: a experiência de criação e resistência do Jornal Boca de Rua". **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 38-44, jan./abr. 2007.

MONTIEL, J. M. et al. Avaliação de Transtornos da Personalidade em Moradores de Rua. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.35, n.2 abr./jun. 2015.

MORAIS, N. A. et al. Promoção de Saúde e Adolescência: Um Exemplo de Intervenção com Adolescentes em Situação de Rua. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 507-18, 2010.

MOURA Jr. J. F.; XIMENES, V. M.; SARRIERA, J. C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 18-28, 2013.

MOQUILLAZA-RISCO, M. et al. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. **Rev. Perú med. exp. salud pública**. Lima,v.32, n.4, Oct. 2015.

NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. (Orgs.). **Módulo para Capacitação de Profissionais do Projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

NOGUEIRA FILHO, O. et al. **Moradores em situação de rua em Florianópolis: histórias de vida**. 2012.

NUSSELDER, Wilma J. et al. Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001–2010. **PLOS ONE**, v. 8, Issue 10, Oct. 2013.

OJO-FATI, O. et al. Integrating smoking cessation and alcohol use treatment in homeless populations: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 66,p. 158-64, 2013. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

OKAMURA, Tsuyoshi et al. Suicidal behavior among homeless people in Japan. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 49, n. 4, p. 573-582, April 2014.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID 10**: Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PANADERO-HERRERO, S; MUÑOZ-LÓPEZ, M. Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. **Anales de Psicología**, La Rioja, v. 30, n. 1, p. 70-7, ene 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.137911>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

PEREIRA, M. A.; BARROS, J. P. P. Públicos Masculinos na Estratégia de Saúde da Família: Estudo Qualitativo em Parnaíba-PI. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n.3, p. 587-598, 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000300587&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000300587&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PINTO, V. M. et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev Bras Epidemiol.**, p. 341-354, abr./jun. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROENÇA, D. Sem domicílio sim, sem saúde não. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 12, n. 28, p. 20-5, jan./abr. 2011.

PUNTEL, S. Ensaio. **Primeira Impressão**, São Paulo, ano 16, n. 124, p. 20, jul. 2011.

RECIFE. Secretaria de Assistência Social. Instituto de Assistência Social e Cidadania. **População em situação de rua na cidade de Recife**: censo e análise qualitativa. Recife, 2005. Disponível em: < <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsocial/populacaorua.php>>. Acesso em 12 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. **Contagem de pessoas em situação de rua no Município do Recife**. Recife, 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei 16293/97 de 03 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre as regiões político-administrativas do município do Recife e dá outras providências. Disponível em:

<<https://cm-recife.jusbrasil.com.br/legislacao/266206/lei-16293-97>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução n. 022, de 31 de março de 2016.** Disponível e: <<https://cm-recife.jusbrasil.com.br/legislacao/266206/lei-16293-97>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução n. 039, de 26 de maio de 2016.** Disponível e: <<https://cm-recife.jusbrasil.com.br/legislacao/266206/lei-16293-97>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr.** v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010.

RILEY, E. D. et al. Violência recente em uma amostra comunitária de mulheres desabrigadas e incapazes de dormir com altos níveis de comorbidade psiquiátrica. **Am. J. Saúde Pública,** v. 10, n. 9, p. 1657-1663, set. 2014.

RHOADES, H.; WINETROBE, H.; RICE, E. Prescription Drug Misuse among Homeless Youth. **Drug Alcohol Depend,** v. 1, n. 138, p. 229-233, May, 2014.

RHOADES, H. et al. Predisposição, habilitação e necessidade de correlações de uso de tratamento de saúde mental entre homens desabrigados. **Community Ment Health J.,** v. 50, n. 8, p. 943-952, nov. 2014.

ROCHA, Andréa Pires. Relações de trabalho no narcotráfico: exploração, riscos e criminalização. **Argumentum,** Vitória ES, v. 7, n. 1, p. 55-68, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4755/475547144007/>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado saúde doença. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 59, n. 3, p. 331-6, 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a15v59n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a15v59n3.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2011.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A.C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SANTOS, M. D. et al. Percepção de adolescentes e jovens acerca da fisiopatologia do álcool e a influência desta sobre o consumo. **Rev Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3241-50, set., 2016.

SANTOS NETO, João Alves dos. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, v.4. p. 1269-1280, 2017.

SÃO PAULO. FIPE. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. **Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua, Caracterização Socioeconômica da População Adulta em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades desta População na Cidade de São Paulo**. Produto V - Relatório Completo do Censo da População em Situação de Rua na Cidade da São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em:

<[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%205%20-%20MAI%2015.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%205%20-%20MAI%2015.pdf)>. Acesso em: nov. 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.

SEGATTO, T. D.; ARAÚJO, L. B.; RODRIGUES, R. P. C. B. Percepção de ex-moradores de rua sobre sua qualidade de vida. **FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 26, n. 2, p. 25-34, jul./dez., 2016.

SILVA, B. K. da; BEZERRA, W. C.; RIBEIRO, M. C. Entre a casa e a rua: a percepção de adolescentes em situação de rua sobre o seu cotidiano. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 28, n. 1, p. 100-9, jan./abr. 2017. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/116404/129285>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I.S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.805-814, abr. 2014.

SILVA, L. L. et al. **A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira**. Brasília: FUNAG, 2013.

SILVA, D. G.; LEMOS, F. C.S.; GALINDO, D. Corpos em situação de rua: entre práticas de normalização e resistência. **Contemporânea**, v.6, n.2, p. 467-484, jul.–dez. 2016.

SILVA, M. L. L da. **Trabalho e população em situações de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVEIRA, L. H. da et al. **Uma análise acerca dos serviços oferecidos pela Secretaria de Assistência Social do município de São José, destinados aos moradores em situação de rua**. 2014. TCC (Graduação)- Serviço Social. Centro Socioeconômico. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/125121>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

SMALL, L. F. Use of mental health services among people with co-occurring disorders and other mental health co-morbidities: employing the behavioral model of vulnerable populations. **Ment Health Subst Use**, v. 3, n. 2, p. 81-93, 2010.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados**: um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis: Vozes, 1998.

POREMSKI, Daniel et al. Employment and income of people who experience mental illness and homelessness in a Large Canadian Sample. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 9, p. 379-385, Sep., 2015.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Rev Bioét.**, v.19, n. 3, p.799-817, 2011.

SOUZA, J. et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-217, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

STOFELS, M. G. **Os mendigos na cidade de São Paulo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

TI, L. et al. Police confrontations among street-involved youth in a Canadian setting. **Int J Drug Policy**, v. 24, n. 1, p. 46-51, Jan. 2013.

TILIO, R.; VIDOTTO, L. T.; GALEGO, P. S. Medos e expectativas de usuários de drogas em situação de rua. **Revista da SPAGESP**, v. 16, n. 2, p. 75-87, 2015.

VERAS, R. M. et al. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do centro histórico de Salvador, Bahia. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.**, Florianópolis, Santa Catarina, v.15, n.106, p. 161-178, jan./jun. 2014.

VENTRIGLIO, A. et al. Homelessness and mental health: A challenge. **International Journal of Social Psychiatry**, v.61, n. 7, p. 621-622, 2015.

WRIGHT, N.; OLDHAM, N.; JONES, L. Exploring the relationship between homeless and risk factors for heroin-related death- a qualitative study. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, v. 24, n. 3, p. 245-51, 2005.

YIM, L. Chi-Lap et al. Prevalence of Mental Illness among Homeless People in Hong Kong. **PLoS One**, v. 10, n. 10, Feb. 2015.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

**CATEGORIA 1 – Identificação:** DISTRITO \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ (anos) Sexo:  M  F

Orientação sexual: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Estado conjugal \_\_\_\_\_ Filhos: Sim  Não

Raça: \_\_\_\_\_ Número de filhos \_\_\_\_\_ Idades \_\_\_\_\_ Fonte de renda:  Sim  Não

Qual \_\_\_\_\_ Valor: Menor de 1 salário mínimo  1 a 3 salários  Maior que 3 salários

**CATEGORIA 2 – Condição de vida nas ruas:** Moradia  Situação de rua

Reside com: Família ou companheiro (a)  Amigos  Sozinho (a)

Tempo de vida nas ruas: Menos de 1 ano  1 a 3 anos  Mais de 3 anos  Vida inteira

Idade em que iniciou a vida nas ruas: \_\_\_\_\_ Higiene diária:  Sim  Não Onde \_\_\_\_\_

Principal motivação de ida às ruas:

- Mendicância
  - Trabalho informal
  - Uso de álcool e outras drogas
  - Conflitos familiares
  - Ausência de suporte familiar
  - Outros: \_\_\_\_\_
- Saúde Bucal:  Cáries  Incompleta  Dentição ausente  
 Sem alterações visíveis

Já sofreu algum tipo de violência na rua?  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

**CATEGORIA 3 – SITUAÇÃO ATUAL E HISTÓRICO DE SAÚDE**

Vida sexual ativa?  Sim  Não Métodos de proteção  Sempre  As vezes  Raramente ou nunca

Histórico de doença mental na família:  Sim  Não  Não sabe

Histórico de uso de drogas na família?  Sim  Não  Não sabe

Você tem algum problema de saúde?  Sim  Não  Não sabe Qual? \_\_\_\_\_

Já realizou ou realiza algum tipo de tratamento psiquiátrico?  Sim  Não HD: \_\_\_\_\_

Já foi internado alguma vez?  Sim  Não Motivo: \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação atualmente?  Sim  Não Qual(is)? \_\_\_\_\_

Com que frequência no ano procura atendimento em saúde?

Raramente ou nunca  1 a 3 vezes  Acima de 3 vezes  Local: \_\_\_\_\_

Período que vem sendo acompanhado pelo CR: \_\_\_\_\_

**CATEGORIA 4– PADRÃO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Utiliza ou já utilizou algum tipo de droga na vida? Sim  Não  Quais?

\_\_\_\_\_

O que motivou o início do uso de drogas?

Curiosidade  Influência/pressão de amigos  Uso habitual na família  Outros  Quais?

\_\_\_\_\_

Com que idade iniciou o uso de drogas? \_\_\_\_\_

Atualmente está fazendo uso de drogas? Sim  Não  Qual(is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Classificação do uso**

Com que frequência utilizou ou vem utilizando drogas?

Utilizou poucas vezes ou apenas uma vez na vida

Pelo menos uma vez nos últimos 12 meses

Pelo menos uma vez nos últimos 30 dias

Seis vezes ou mais nos últimos 30 dias

Utilizou drogas no mês, mas com consumo menor que uma vez por semana

Utiliza drogas semanalmente, mas não todos os dias da semana

Utilizou drogas diariamente durante o último mês

Problemas legais em decorrência do uso de drogas? Sim  Não

Já se envolveu em atos ilícitos na rua motivados pelo uso de drogas?  Sim  Não

**Ambiente e horário de consumo**

Em qualquer hora e lugar na rua  Em locais reservados  Apenas a noite  Apenas em grupos

**Histórico do uso de drogas**

DROGAS	HORÁRIO DO USO	FREQUENCIA DO USO POR SEMANA
Tabaco	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )
Álcool	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )
Maconha	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )
Cocaína	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )
Crack	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )
Calmanantes	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )
Solventes	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )
Outros	M( ) T( ) N( )	ESPORÁDICO( ) 1- 2 Vezes ( ) 3-4 VEZES( ) 5-6 VEZES( ) DIÁRIO( )

Tempo de acompanhamento do Consultório de Rua ou na Rua:

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa TRANSTORNOS MENTAIS E PADRÃO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO DE RUA, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Felicialle Pereira da Silva, Av Agamenon Magalhães, SN Derby-Recife PE–CEP 52010-040, Telefone 31815516, cialle@hotmail.com. Esta pesquisa está sob a orientação do Profº Dr Murilo Duarte da Costa Lima, Telefone 21268539, e-mail murilocostalima@hotmail.com

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

A pesquisa tem por objetivo geral analisar o padrão de consumo de substâncias psicoativas e os transtornos mentais na população de rua. O uso das informações oferecidas por você está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE. Na publicação dos achados da pesquisa em veículos acadêmico-científicos, não haverá identificação dos participantes. Em todos os momentos da pesquisa, o anonimato e a confiabilidade dos dados estarão garantidos. A sua colaboração se fará por meio de entrevistas com aplicação de instrumentos semiestruturados sobre a temática do estudo. Os dados serão coletados pela pesquisadora responsável pelo estudo com a parceria das equipes dos consultórios de rua. Os entrevistados serão abordados nos locais e horários que estas equipes atuam, valorizando o vínculo construído

pelas equipes com a população de rua. Os dados serão coletados por meio de instrumentos validados que analisam o padrão de consumo de substâncias psicoativas e os transtornos mentais. Em relação aos **riscos**, poderá causar constrangimento por tratar-se de uma entrevista e quanto aos **benefícios**, os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para o planejamento de uma assistência em saúde pautada nas necessidades da população de rua. Como benefício direto para o entrevistado, esta pesquisa poderá identificar situações clínicas que necessitam de encaminhamentos e tratamento adequados. Desta forma será discutido em reuniões com as equipes dos consultórios de rua o projeto terapêutico para cada caso individualmente.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pasta de arquivo na Pós Graduação de Neuropsiquiatria UFPE sob a responsabilidade do orientador da pesquisa no endereço acima pelo período de no mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 –**

**Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo TRANSTORNOS MENTAIS E PADRÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO DE RUA, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Impressão digital

(opcional)

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Testemunhas:

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.**

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – ARTIGO DE REVISÃO**

**INTERVENÇÕES EM SAÚDE NA POPULAÇÃO DE RUA COM DIAGNÓSTICO  
DUPLO: REVISÃO INTEGRATIVA**

*Felicialle Pereira da Silva<sup>1</sup>; Iracema Da S Frazão<sup>2</sup>; Selene Cordeiro Vasconcelos<sup>3</sup>; Vânia Pinheiro Ramos<sup>4</sup>; Murilo Duarte Costa Lima<sup>5</sup> Mariana Bandeira Formiga<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>Doutoranda do Programa de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco. Enfermeira assistencial do CAPS de Transtorno Mental.

<sup>2</sup>Professora do Programa de Pós-Graduação e Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>3</sup>Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>4</sup>Professora do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco, Recife PE, Brasil.

<sup>5</sup>Professor da Pós-Graduação de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>6</sup>Psicóloga clínica, mestre e doutoranda do Programa de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco.

**Autor correspondente:**

Felicialle Pereira da Silva

Rua Joaquim Nabuco, 529 ap. 704 Derby

Recife – Pernambuco CEP 52011-000 Brasil

Fones: 81 999524333

e-mail: [cialle@hotmail.com](mailto:cialle@hotmail.com)

**Conflito de interesse:**

Os autores declaram que não há conflitos de interesse

**Financiamento:** próprio. Os autores declaram que não houve agência fomentadora

**RESUMO**

Introdução: diagnóstico duplo (DD) consiste na presença do transtorno por uso de substância e outro transtorno psiquiátrico ocorrendo simultaneamente na mesma pessoa. O DD está presente na população de rua e demanda intervenções urgentes. Objetivo: descrever intervenções de saúde dirigidas à população de rua com diagnóstico duplo. Método: revisão integrativa da literatura, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e Periódicos CAPES, utilizando os descritores: homeless AND dual diagnosis AND treatment. Resultados: As intervenções foram classificadas em abstinência e redução de danos para o enfrentamento do diagnóstico duplo; modelo integrado de cuidado para população de rua com diagnóstico duplo; acesso aos serviços de saúde e organização da rede de atenção psicossocial; a realidade brasileira para o enfrentamento do diagnóstico duplo na população de rua. Conclusão: o diagnóstico duplo requer intervenções que integrem ambas as condições de saúde e o treinamento contínuo da equipe de saúde para o atendimento desta clientela.

Descritores: Diagnóstico Duplo; População de Rua; Tratamento, Redução de Danos.

Transtornos mentais e dependência de drogas muitas vezes encontram-se associados em uma mesma pessoa. Assim, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos casos em que a doença mental e abuso de drogas se apresentam de forma simultânea, é atribuída à definição de Diagnóstico Duplo ou comorbidade<sup>1,2</sup>. A Instituição Americana *National Alliance on Mental Illness*<sup>3</sup> relatou que 50% das pessoas que apresentam transtornos mentais possuem também problemas com drogas. Esta incidência tem aumentando, tornando esta realidade impactante, pois o tratamento para o diagnóstico duplo é mais complexo, bem como a compreensão de como um diagnóstico pode influenciar o outro<sup>4</sup>.

Os sinais de reconhecimento para o diagnóstico duplo podem variar e, além disso, muitos dos sintomas da dependência química são semelhantes aos decorrentes dos outros transtornos mentais. Independentemente da causa primária, as pessoas com diagnóstico duplo enfrentam riscos significativos para sua condição de vida e de saúde, incluindo exposição à violência, ao desemprego e ao abandono, podendo ser uma das causas determinantes da permanência nas ruas<sup>5</sup>.

Na população de rua existe uma prevalência elevada de doenças físicas e mentais, incluindo o consumo de substâncias psicoativas. O contexto da vida nas ruas envolve condições insalubres, problemas sociais e ocupacionais que quando combinadas com o diagnóstico duplo demandam urgência nas intervenções de saúde<sup>6</sup>.

O tratamento do diagnóstico duplo, independente da ordem cronológica de qual transtorno surgiu primeiro, requer uma abordagem conjunta e simultânea<sup>8</sup>. Apesar das necessidades visíveis e emergentes de cuidados de saúde, sabe-se que a população de rua tem dificuldade em acessar os serviços de saúde necessários para o seu cuidado<sup>9</sup>. Atualmente, no Brasil, as questões pertinentes ao consumo de drogas, no âmbito da saúde, buscam práticas terapêuticas inclusivas e integrais que visem reduzir ou eliminar a fragmentação da prestação de serviços em saúde mental. Portanto, se faz necessário o investimento em estudos que reflitam sobre as intervenções de saúde para esta clientela específica.

Neste cenário, esta pesquisa tem como objetivo descrever evidências científicas sobre intervenções de saúde dirigidas à população de rua com diagnóstico duplo.

## Metodologia

Para elaboração da presente revisão integrativa, foram percorridas as seguintes etapas: definição da hipótese e objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados. Para guiar a revisão, formulou-se a seguinte pergunta condutora: “Quais as evidências científicas disponíveis sobre as intervenções de saúde para população de rua com diagnóstico duplo”?

A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no portal de periódicos CAPES. Os descritores e conectivos utilizados foram: homeless AND dual diagnosis AND treatment.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados cuja metodologia adotada apresentasse estudos que retratassem procedimentos, intervenções ou diretrizes para o cuidado da população de rua com diagnóstico duplo, independentemente da língua, país ou tempo de publicação.

Para avaliação do nível de evidência dos estudos, foi utilizada a escala *Rating System for Hierarchy of Evidence for Intervention/Treatment Questions*<sup>11</sup>. Elaborou-se um fluxograma que mostra de forma detalhada o processo da busca nas bases de dados e seleção dos artigos e segue o modelo do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>12</sup>.

Para a análise e síntese dos artigos selecionados foi utilizado um quadro sinóptico que contemplou: título do artigo; autores; intervenção estudada; resultados; recomendações/conclusões. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva.

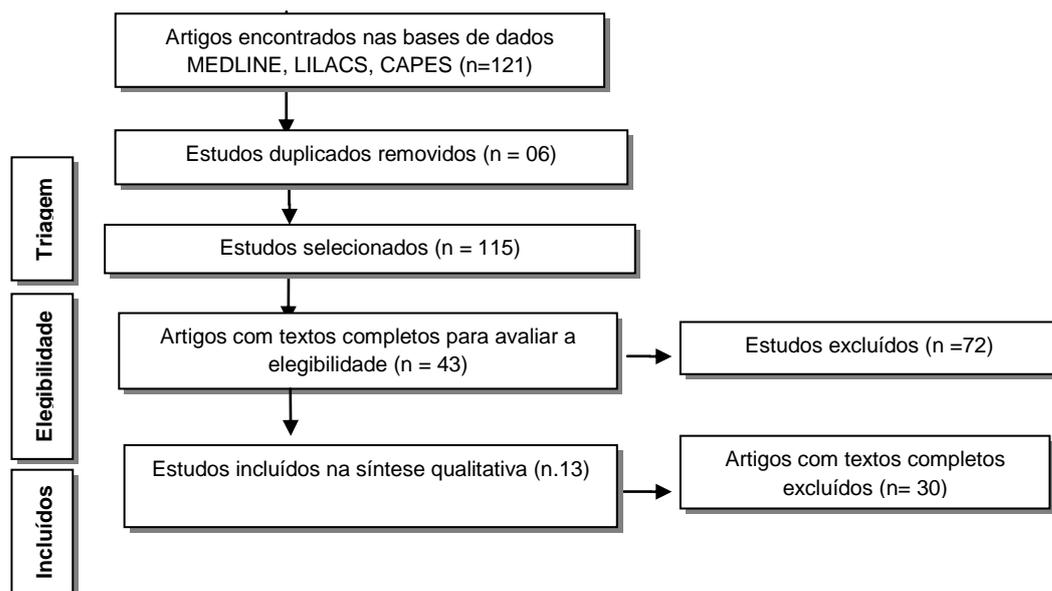


Figura1- Fluxograma e critérios de seleção dos artigos<sup>12</sup>.

## Resultados

A amostra foi composta de 13 artigos, sendo 12 publicados na língua inglesa e 01 na língua norueguesa entre os anos de 1995 a 2014. Quanto ao local de realização, 10 estudos foram realizados nos Estados Unidos da América, 01 no Canadá, 01 na França e 01 na Noruega. Os anos de publicação e frequências nas bases de dados estão descritos na Tabela 01. De acordo com a escala de avaliação do nível de evidência proposto na metodologia, 01 estudo apresentou nível de evidência III; 05 artigos tiveram nível de evidência IV e 07 estudos com nível de evidência VI.

Os artigos estão descritos na Tabela 02. A discussão foi apresentada em quatro categorias temáticas: abstinência e redução de danos para o enfrentamento do diagnóstico duplo; modelo integrado de cuidado para população de rua com diagnóstico duplo; acesso aos serviços de saúde e organização da rede de atenção psicossocial; a realidade brasileira para o enfrentamento do diagnóstico duplo na população de rua.

Tabela 1 Caracterização da amostra e frequência nas bases de dados  
Ano da publicação do artigo      MEDLINE    CAPES    LILACS

2014	1	0	0
2013	0	0	1
2012	0	0	1
2011	2	0	1
2010	0	1	0
2009	1	0	0
2008	1	0	0
2007	0	0	0
2006	1	0	0
2004	0	1	0
2003	0	2	0
2001	0	1	0
1999	0	1	0
1995	0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

Tabela 2 Descrição dos artigos selecionados

Título do artigo	Autores	Nível de Evidência	Objetivos do estudo	Metodologia	Resultados	Conclusões/Recomendações
<b>Social Relationships among persons who have Experienced Serious Mental Illness, Substance abuse and homelessness<sup>30</sup></b>	Abrams, Courtney; Henwood, Ben; Padgett, Deborah K.	VI	Analisar as relações sociais em pacientes com DD abrigadas em programas especializados para DD	Foram avaliados por estudo de casos por 12 meses 41 participantes em 4 programas especializados, utilizando-se também o método de observação e análise por categorias temáticas.	Identificou-se 4 temas: o isolamento, a família, os parceiros e a procura de pessoas positivas. As relações neste grupo são voláteis e os laços sociais podem ser nocivos.	Esforços coletivos devem ser trabalhados para redução do estigma, bem como da assistência durante o tratamento e integração social de pessoas com transtornos mentais. O progresso na recuperação da saúde mental depende do controle do abuso de substância, bem como em evitar laços sociais negativos. Os programas devem auxiliar aos indivíduos adquirir autonomia durante o acompanhamento.
<b>Factors predicting arrest for homeless persons receiving integrated residential treatment for co-occurring disorders<sup>31</sup></b>	Barrett, Blake at al.	VI	Analisar os fatores de risco que afetam as taxas de encarceramento na população de rua com diagnóstico duplo.	Foram avaliados por meio de entrevistas 96 indivíduos admitidos em um programa de tratamento para população de rua com diagnóstico duplo na Flórida durante 27 meses. Também foram pesquisados ocorrência de prisões nestes indivíduos pela justiça criminal local.	Foi observado que os indivíduos que procuram tratamento de forma voluntária têm mostrado menor probabilidade de encarceramento no futuro. Aproximadamente 40% dos delitos estiveram relacionados com indivíduos com diagnóstico duplo.	O envolvimento com a justiça criminal foi considerado um risco significativo para prisões futuras. Este estudo foi considerado como uma fundação empírica para embasar estudos posteriores, considerando o pequeno tamanho da amostra.
<b>Substance abuse treatment and psychiatric comorbidity: do benefits spill over? analysis of data from a prospective trial among cocaine-dependent homeless persons<sup>22</sup></b>	Kertesz, Stefan G. at al.	IV	Descrever a eficácia de tratamento para toxicod dependência para moradores de rua dependentes de cocaína e com transtornos mentais.	Ensaio clínico conduzido no período de 1 ano, os participantes foram recrutados de um centro de cuidados em saúde para toxicod dependência no Alabama.	O tratamento reduziu 32% da prevalência do diagnóstico duplo. Foi observado redução dos sintomas psiquiátricos. Este estudo rastreou 163 pessoas.	Futuras pesquisas nesta área devem incluir instrumentos que abordem a distinção de distúrbios independentes e secundários. O tratamento para toxicod dependência deve estar pronto para responder à comorbidades.
<b>The impact of substance use</b>	Schmidt, Lasse M;	IV	Investigar o significado	Este estudo incluiu 119	Pessoas com diagnóstico	O curso da esquizofrenia ao longo prazo é

<b>disorders on the course of schizophrenia- A 15-follow up study Dual diagnosis<sup>16</sup></b>	Hesse,M; Likke,J.		prognóstico dos efeitos do uso de substâncias psicoativas no curso da esquizofrenia.	pacientes com esquizofrenia comparados com 163 pacientes com DD que foram avaliados por 15 anos pelos registros de hospitalizações, registros de causa de mortes e em centros psiquiátricos.	duplo apresentam um número elevado de internamentos e risco de óbitos durante o tratamento, quando não o abandonam.	consideravelmente mais grave na presença de diagnóstico duplo, pois aumentam os riscos de morte e a um maior número de hospitalizações. Existe a necessidade de serviços consistentes para esse tipo de clientela.
<b>Access to Inpatient or Residential Substance Abuse Treatment Among Homeless Adults With Alcohol or Other Drug Use Disorders<sup>17</sup></b>	Wenzel, Suzane L. et al.	IV	Analisar os fatores relacionados ao acesso ao tratamento do usuário com diagnóstico duplo que moram nas ruas.	Estudo transversal retrospectivo amostra aleatória randomizada de 797 pessoas maiores de 18 morando em abrigos em Houston. Foi analisado por m em várias etapas: por entrevistas, tratamento, rastreamento para uso de drogas. Desta análise 326 indivíduos apresentaram diagnóstico duplo.	Foi evidenciado que existe desigualdade nos sistemas de saúde para o acesso desta população e que o envolvimento com outros sistemas pode facilitar o acesso da população de rua ao cuidado com sua saúde e para realização de tratamentos específicos.	Investimento em estudos com amostras mais representativas, uma vez que considera que investigações sobre o acesso da população de rua irão propiciar maior precisão das práticas e recomendações de políticas públicas voltadas para esta clientela.
<b>In-patient treatment for dual diagnosis<sup>2</sup></b>	Berget, Larsen GJ; Laegefor en, Tidssker Nor	VI	Analisar modelos de tratamento por meio de estudo de casos de paciente desabrigado em uma unidade de tratamento na Noruega.	Aplicação do modelo de tratamento integrado, com entrevista motivacional, terapia medicamentosa e de reposição, além de atividades físicas.	A motivação muitas vezes é flutuante e só se torna mais estável quando o paciente tem a desintoxicação mais estabilizada.	Os pacientes devem ser acompanhados continuamente, ainda que utilizem drogas ou que se recusem a realizar o tratamento.
<b>Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis<sup>26</sup></b>	Tsember is,Sam; Guicur, Leyla; Nakae, Maria.	IV	Analisar os efeitos longitudinais dos programas de tratamento de habitação para população de rua com diagnóstico duplo.	Os diferentes modelos de prestação de cuidados e 225 pessoas participaram deste estudo randomizado em dois grupos por meio de entrevistas semestrais.	O programa housing first propicia uma base para motivar o usuário ao seu cuidado com a saúde e a redução de danos reconhece as diferentes fases de recuperação	Os programas de tratamento quando combinado com a redução de danos afetam a abordagem residencial de forma positiva diminuindo o consumo ou os sintomas do usuário.

					dessas pessoas e é inclusiva.	
<b>Comparing Treatments for Dual Diagnosis: Twelve-Step and Self-Management and Recovery Training</b> 27	Brooks, Audrey J.; Penn, Patricia E.	III	Comparar a eficácia de dois modelos de tratamento para uso de substâncias adaptando-os para diagnóstico duplo: o programa de doze passos e autogestão.	Estudo de intervenção com o programa de 12 passos e o de gerenciamento individual para pessoas com esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtornos do humor, além do abuso de substâncias psicoativas.	Ambas abordagens tiveram efeitos positivos com DD sem diferenças significativas nos dois grupos de tratamento. Foram utilizados o teste de crescimento multivariável e a análise da curva de conceptualização da trajetória do indivíduo e seus parâmetros individuais.	Cada abordagem possui diferentes benefícios, porém deve ser levado em conta o curso cíclico do uso de substância por essa população e a necessidade de tratamento ao longo prazo. É importante conhecer o consumo e problemas relacionados nessa população, assim estudos futuros devem incluir medidas de frequência do uso de substâncias e indicadores do impacto do uso de SPA na vida do indivíduo.
<b>Adapting a Substance Abuse Court Diversion Model For Felony Offenders With Co-occurring Disorders: Initial Implementation</b> <sup>32</sup>	Broner, Nahama et al.	VI	Descrever a implementação de um modelo de monitoramento para diagnóstico duplo em sistema de tratamento alternativo ao do sistema penitenciário.	Pacientes encaminhados ao tratamento para diagnóstico duplo são monitorados com gerenciamento dos casos por meio de entrevista psicossocial e entrevista psiquiátrica.	Os indivíduos que participaram do estudo sem desviarem-se do tratamento, apresentaram mais propensão para o diagnóstico duplo, bem como maior índice de agressão e delitos.	As condições favoráveis de acesso ao tratamento por mais tempo propicia a redução do uso de substâncias psicoativas pelo usuário e melhor estabilidade do quadro psiquiátrico.
<b>Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs</b> <sup>17</sup>	Padget, Deborah K. et al.	VI	Verificar as taxas de uso de substâncias em serviços de tratamento ou tratamento primeiro para avaliar as variáveis dicotômicas nestes serviços.	Foram incluídos na pesquisa 27 indivíduos para utilização de tratamento em primeiro e 48 para habitação primeiro. O estudo foi realizado com dados longitudinais para avaliar diferenças nos dois grupos avaliados.	Os indivíduos que recebem habitação primeiro estão mais propensos a não abandonar o tratamento, bem como a menor utilização de substâncias psicoativas. As práticas utilizadas neste serviço são orientadas pela estratégia da redução de	Este estudo demonstrou que indivíduos com doença mental grave podem levar uma vida comunitária estável, mesmo após longa trajetória de vida nas ruas.

danos.

<b>Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons<sup>28</sup></b>	Milby, Jesse B. et al.	IV	Avaliar a eficácia de intervenções para falta de moradia no progresso do tratamento.	Foi realizado estudo com 110 participantes, sendo composto por dois grupos randomizados e controlados que utilizaram o tratamento sozinho e outro grupo o tratamento com habitação contingente e terapias de trabalho.	Este estudo revelou melhores resultados para o programa combinado do tratamento com as intervenções para moradia e trabalho.	Os autores levantam algumas hipóteses e sugerem pesquisas posteriores relacionadas com os seguintes questionamentos: a abstinência e a habitação fornecida seriam suficientes para os dependentes químicos moradores de rua? Poderia a extensão do tratamento apenas promover a abstinência?
<b>Impediments to recovery in treatment programs for dually diagnosed homeless adults: na ethnographic analysis</b>	Weinberg, Darin; Koegel, Paul.	VI	Descrever os fatores que dificultam a capacidade da população de rua com diagnóstico duplo em negociar seu tratamento completo.	Foi realizada uma pesquisa de cunho etnográfico que discutiu 3 tensões práticas: As exigências antiéticas; o desafio na participação do tratamento e as dificuldades e reconhecimento da população de rua sobre seus problemas.	A população de rua com DD necessita crítica sobre seu tratamento, autoavaliando as dificuldades dos novos modelos e as falhas do tratamento. O impedimento mais relatado foi conciliar tratamento com as necessidades básicas de sobrevivência.	Este estudo sugeriu a necessidade de novos modelos de tratamento para população de rua com diagnóstico duplo. Evidenciou ainda, sobre a relevância primordial de como melhor cuidar dessa população de rua com diagnóstico duplo. A população de rua nem sempre percebe a distinção entre os mundos sociais dos sem-abrigo e de tratamento. A linha entre os pacientes com diagnóstico duplo pode ser um altamente permeável. Compreender isto poderia sugerir um maior grau de tolerância para muitos dos comportamentos.
<b>Provider views of harm reduction versus abstinence within homeless services for dually diagnosed adults<sup>14</sup></b>	Henwood, Benjamin F; Padgett, Deborah K; Tiderington.	VI	Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre as políticas de redução de danos em serviços para população de rua.	Estudo qualitativo, longitudinal, envolvendo 41 pessoas, por meio de entrevistas semiestruturadas, codificadas em análise temática com codificações.	Os temas discutidos foram: acesso à habitação; uso da substância; obstáculos e problemas e autonomia. A redução de danos foi considerada mais eficaz a curto ou longo prazo	Os desafios são contínuos quando se trabalha com ambiguidades. A redução de danos é considerada uma estratégia benéfica, que não exclui a abstinência, entretanto respeita o direito de escolha do usuário.

## Discussão

### *Abstinência e redução de danos para o enfrentamento do diagnóstico duplo*

A abordagem à população de rua requer conhecimento técnico científico e uma estratégia de vinculação adequada, para que ocorra o engajamento no tratamento. A valorização do vínculo é prioritária por favorecer o acesso ao cuidado<sup>13</sup>.

Pesquisa realizada na Califórnia<sup>14</sup> destacou a redução de danos como uma estratégia valiosa, pois proporciona liberdade para se trabalhar com o cliente morador de rua, além da vantagem em obter a honestidade desses clientes sobre o uso da substância. Neste sentido, observa-se que a redução de danos é uma importante abordagem de vinculação, pois utiliza práticas que minimizam os efeitos nocivos à saúde compreendendo e valorizando o direito de escolha do usuário<sup>15</sup>.

Nas últimas três décadas, o modelo tradicional de abordagem nos Estados Unidos para os moradores de rua foi direcionada para a oferta de tratamento com abordagem contínua e temporária, com a exigência da abstinência por parte do usuário. Este modelo de prestação de cuidado consiste em programas que incluem alojamentos provisórios e habitação de suporte que incentivam a abstinência e tratamento psiquiátrico objetivando uma transição para habitação permanente. Nesta perspectiva acredita-se que seja necessário estabilizar o quadro clínico da pessoa para que esta seja inserida no programa de habitação permanente<sup>16</sup>.

Atualmente, preconiza-se como abordagem de tratamento inserir o indivíduo em programas que fornecem habitação sem exigir de imediato a sobriedade, orientado por práticas de redução de danos. Um estudo realizado na cidade de *New York* constatou que esta abordagem fornece uma maior propensão a reduzir o consumo de substâncias e a permanência no tratamento<sup>17</sup>. Sabe-se que existe a possibilidade do usuário não relatar corretamente o uso das substâncias e que estas questões impactam diretamente no tratamento, portanto a flexibilização de métodos favorece a abordagem pelo respeito ao limite de cada um. A redução de danos não exclui a abstinência e é uma estratégia sustentável e considerada eficaz a curto ou longo prazo do tratamento.<sup>14</sup>

Existem evidências que mesmo o uso de substâncias ocorrendo de forma irregular ou infrequente, pode estar associado à indução de sintomas negativos e consequências mais severas para o usuário<sup>18</sup>. Neste sentido, as intervenções de saúde não diferem para quem seja ou não morador de rua, entretanto existem evidências

relacionadas à contribuição do transtorno psiquiátrico para manutenção do indivíduo nas ruas e para o aumento do uso de substâncias psicoativas e das internações compulsórias para esta população<sup>19,20</sup>.

O estabelecimento do diagnóstico é imprescindível e requer a consideração de fatores essenciais que incluem desde a história familiar, anamnese e exame mental e a realização de exames complementares. Também se faz necessária a aplicação de instrumentos validados para rastrear padrão de consumo de substâncias psicoativas e transtornos mentais nesta população. O diagnóstico correto facilita a abordagem terapêutica e, conseqüentemente, a adesão do usuário ao tratamento.

#### *Modelo integrado de cuidado para população de rua com diagnóstico duplo*

Durante muito tempo, a abordagem para o cuidado de pessoas com diagnóstico duplo utilizava terapêuticas distintas, o que contribuía para que muitas pessoas que possuíam transtornos mentais graves, não recebessem tratamento para abuso de substâncias e vice versa. Essa necessidade é compreendida no desafio existente no cuidar em saúde da população de rua, particularmente na presença do diagnóstico duplo.<sup>21</sup> Outra questão que merece destaque é que o prognóstico acerca do tratamento dessas pessoas ainda é pouco estudado.<sup>22</sup>

Outros fatores negativos relacionados ao diagnóstico duplo dizem respeito ao número elevado de internamentos e maior risco de morte para os pacientes. Um estudo realizado na França sobre o prognóstico do abuso de substâncias psicoativas no curso da esquizofrenia revelou que a evolução da doença é consideravelmente mais grave, além do impacto nas taxas de hospitalizações e menor expectativa de vida<sup>16</sup>. Entre os fatores relacionados com a dificuldade da população de rua em negociar tratamento na rede de saúde, fica implícito o próprio desafio em se tratarem, ao mesmo tempo em que lutam por sua sobrevivência<sup>23</sup>.

Os dados de ensaio clínico para toxicodependência de cocaína em moradores de rua realizado pela Universidade do Alabama (EUA) em 2006 apresentaram resultados da redução em 32% da prevalência do diagnóstico duplo na presença do tratamento e redução dos sintomas psiquiátricos. Este estudo rastreou 163 pessoas adultas, sendo 80% destas sem tratamento. Foi avaliada a eficácia do tratamento dia com abstinência, associada à terapia de trabalho, que no curso entre 2 a 6 meses de alojamento apresentaram resultados satisfatórios em relação às terapias comportamentais isoladas. Com relação à oferta de tratamento, foi relatado que

existem poucas opções de tratamento empiricamente validadas para população de rua não psicótica, e que apenas 35% dos programas de tratamento apresentam especificidades para as comorbidades<sup>17</sup>.

Como estratégia de enfrentamento, o tratamento integrado para diagnóstico duplo é a chave para promoção, proteção e recuperação da saúde desse grupo, pois propõe a adoção de estratégias eficazes para superar os efeitos negativos do estigma, envolvendo os dois transtornos no plano farmacológico. Fala-se da incorporação de tratamento modificado na comunidade com entrevista motivacional, terapia cognitivo comportamental, gestão de contingência e grupos de auto-ajuda especializados. A motivação para o tratamento deve ser valorizada em todas as etapas, pois quando fica prejudicada aumenta o risco de recaídas<sup>2</sup>.

A habitação estável é uma variável de desfecho associada ao diagnóstico duplo para proteger esse grupo da pobreza, do isolamento e do encarceramento. A população de rua com diagnóstico duplo é considerada entre as mais vulneráveis e difíceis em aderir ao tratamento. O tratamento convencional, *treatment first*, vem sendo usado nas últimas três décadas como uma abordagem contínua e temporária, enquanto que o programa de habitação primeiro, *housing first*, oferece habitação ao usuário morador de rua, com resultados positivos para estabilidade e adesão, além da redução das recaídas<sup>17</sup>.

O programa convencional restringe a inclusão dos moradores de rua que estejam incapazes de cumprir os termos do programa. Este grupo muitas vezes refere querer viver em lugar próprio e não em habitação especializada onde teria que cumprir regras. Com base nesta premissa, um estudo realizado pela Universidade de Missouri (USA) avaliou a eficácia de três abordagens para usuários desabrigados: o tratamento assertivo na comunidade integrada, abordagem única e tratamento padrão. O tratamento assertivo na comunidade originou-se nos Estados Unidos, na década de 70 para oferecer suporte clínico e favorecer a retomada do projeto de vida do usuário de drogas.<sup>24</sup>

Foram utilizados neste estudo oito mediadores que foram considerados variáveis de serviços de utilização: contatos de programa, os contatos do telefone, contatos de abuso de substâncias, assistência com atividades de vida diária, ajuda com transporte para encontrar uma moradia permanente, ajudar com problemas emocionais e assistência com medicamentos<sup>25</sup>. A difusão de dois estudos experimentais de programas de habitação foi utilizada para reduzir a falta de moradia de 168 a 225

peças com doença mental e com abuso de substâncias. Literalmente, moradores de rua foram aleatoriamente designados para serem incluídos em programas que enfatizavam a escolha do consumidor, com autonomia sobre o uso de substâncias ou para o contínuo habitual de cuidados, também chamado de tratamento convencional.

Estes serviços de tratamento convencional são condicionados à sobriedade como uma premissa para o progresso no tratamento, entretanto podem significar barreiras de acesso.<sup>4</sup> Uma experiência realizada que eliminou as barreiras ao acesso a serviços foi mais bem sucedida do que os programas de controle na redução da pobreza. Este estudo procurou articular duas alternativas de serviços, tanto para abuso de substâncias e transtornos mentais, com uma equipe integrada interdisciplinar. Foram observadas relações significativas com maior redução de sintomas com esta abordagem.<sup>26</sup> Este tipo de tratamento é considerado mais eficaz por incluir uma combinação de terapias baseadas em modelos cognitivos integrados com a doença e a toxicodependência.<sup>18</sup>

Os cuidados eficazes devem ser mantidos durante todo o período de reabilitação do indivíduo, com estratégias inclusivas que respeitem as singularidades de cada usuário, portanto deve utilizar abordagens estruturadas que reflitam as necessidades individuais<sup>27</sup>. Um estudo com 110 moradores de rua realizado no Alabama avaliou a eficácia do tratamento dia com abstinência e terapia de trabalho versus tratamento dia apenas. Foi verificado que os melhores resultados para o tratamento seriam o programa combinado que envolvia tratamento psiquiátrico, habitação e trabalho<sup>28</sup>.

#### *Acesso aos serviços de saúde e organização da Rede de Atenção Psicossocial*

O acesso aos serviços de saúde requer abordagem intersetorial, pois deve existir o envolvimento com sistemas distintos. Os serviços geralmente falham, tanto na identificação das necessidades, como nas respostas, considerando-se que a relação causal não é claramente explícita.<sup>29</sup>

Como consequência, observam-se dois cenários: o acesso ao tratamento é tardio, ou seja, quando o quadro é agravado e exige hospitalização; e casos de óbito ou isolamento social, uma vez que as relações afetivas em moradores de rua são voláteis e os laços familiares geralmente estão rompidos ou fragmentados<sup>30</sup>.

Um estudo realizado na Califórnia nos EUA enfatizou a importância de pesquisas para compreensão do acesso ao tratamento para o morador de rua e

destacou que o diagnóstico duplo que é considerado como um importante obstáculo ao acesso para o tratamento de saúde.

#### *A realidade brasileira para o enfrentamento do diagnóstico duplo na população de rua*

O acesso necessário para este cuidado diz respeito a um conjunto de serviços que devem acolher ao morador de rua de forma integrada. No Brasil, há ações de governos estaduais e municipais, de organizações da sociedade civil e instituições acadêmicas no intuito de procurar avanços no que concerne a redução ampliada de danos, para que sejam analisadas dentro de uma perspectiva interdisciplinar.

O matriciamento é um traço marcante da rede de assistência brasileira, onde as equipes interagem horizontalmente. Atualmente esta rede é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades, residências terapêuticas, equipes de consultório na rua, Unidades de Acolhimento, Unidades de Pronto Atendimento, Unidade Básica de Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e os hospitais psiquiátricos<sup>34</sup>.

Algumas dessas experiências realizadas no Brasil se destacam pelo objetivo de promover saúde por meio dos direitos de cidadania, incluindo moradia, alimentação, trabalho e renda para uma população em situação extrema de exclusão e vulnerabilidade social. O programa de Braços Abertos lançado em janeiro de 2014 na cidade de São Paulo é uma dessas iniciativas que vem configurando uma nova relação do espaço urbano e novas interações sociais. Já o projeto Atitude criado em 2011 para acolher e proteger pessoas em situação de extrema exclusão está presente em sete municípios do estado de Pernambuco e integra o Pacto pela Vida.<sup>35</sup>

Considera-se importante o desenvolvimento de estratégias de intervenção que se aproximem da população de rua com diagnóstico duplo de forma humanizada e norteadas pela prática da redução de danos. Percebe-se que a grande dificuldade consiste na continuidade das ações por ausência de investimentos contínuos que permitam o monitoramento, capacitação das equipes e reavaliação sistemáticas.

#### **Considerações finais**

O diagnóstico duplo na população de rua ocorre com frequência, tornando-se indispensável que novas estratégias de tratamento sejam implementadas e mantidas nos centros de assistência. Pesquisas voltadas para a temática da população de rua

são imperiosas para dar visibilidade a essa clientela, dentro de uma perspectiva da análise e planejamento de estratégias eficazes.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: WHO; 1994.
2. Larsen GJ, Berget T. In-patient treatment for dual diagnoses [serial online]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2011;131(7):666-7 [cited 2016 maio 12]. Available from: [http://tidsskriftet.no/article/47795/en\\_GB](http://tidsskriftet.no/article/47795/en_GB).
3. Nacional Alliance on Mental Illness-NAMI. Dual diagnosis related conditions [online]. Arlington; 2016 [cited 2016 maio 19]. Available from: <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Related-Conditions/Dual-Diagnosis>.
4. McKee Shari A, Grant TH, Catherine A, Cormier BA. Implementing Residential Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. J Dual Diag. [serial online] 2013 [cited 2016 jul. 23]; 9(3): 249-259. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15504263.2013.807073>. Acessado em: 23/07/16.
5. Mendes CRP, Horr JF. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. Rev Psicol Saúde [serial online]. 2014 [cited 2016 mar. 12];6(1):90-97. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2014000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100012).
6. Lopes LE. Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
7. Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, Farrell S, Gogosis E, Aubry T et al. Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless

and vulnerably housed persons in three Canadian Cities. PLoS ONE [serial online]. 2013 [cited 2016 jun. 20];8(10):75133. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0075133>.

8. Hess ARB, Almeida RMM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estud Psicol* [cited 2016 maio 12]. 2012;17(1):171-178. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100021).

9. Borysow IC, Furtado JP . Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis* [serial online]. 2013 [cited 2016 jul. 23]; 23 (1): 33-50. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838260003>.

10. Galvão CM, Savada NO, Trevisan NA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [cited 2016 jul. 12]. 2004;12(3):549-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acessado em 12/07/2016.

11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare [online]. 2th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2005 [cited 2016 maio 23]. Available from: <http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf>.

12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [serial online]. 2009 [cited 2016 jun. 1];6(7):1000097. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>.

13. Macerata IM. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Polis Psique* [serial online]. 2013 [cited 2016 maio 12];3(2):207-

19. Available from:  
<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/46178/28740>.
14. Henwood BF, Padgett DK, Tiderington E. Provider views of harm reduction versus abstinence policies within homeless services for dually diagnosed adults. *J Behav Health Serv Res* [serial online]. 2014 [cited 2016 maio 22]; 41(1):80-89. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3675178/>.
15. Forteski R, Faria JG. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. *Rev. Saúde Pública* [serial online]. 2013 [cited 2016 maio 20];6(2):78-91. Available from: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/download/169/215>.
16. Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia-A 15-year follow-up study Dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res* [serial online]. 2011 [cited 2016 jun. 12];130:228–233. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592731>.
17. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs. *Community Ment Health J* [serial online]. 2011 [cited 2016 maio 17];47(2):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2916946/>.
18. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr* [serial online]. 2006 [cited 2016 abr. 23];28(2):142-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n2/29783.pdf>.
19. Ngamini-Ngui A, Fleury MJ, Moisan J, Gregoire JP, Lesaige A, Vanasse A. High Users of Emergency Departments in Quebec Among Patients With Both Schizophrenia and a Substance Use Disorder. *Psychiatric Services*. *Psychiatr Serv*

[serial online] 2014 [cited 2016 maio 23];65(1):1389-91. Available from: : <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201300474>.

20. Lauber C, Lay B, Rössler W. Homeless people at disadvantage in mental health services. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [serial online]. 2006 [cited 2016 abr. 27]; 256(3):138-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639520>.

21. Burns L, Teesson M, O'Neill K. The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction* [serial online]. 2005 [cited abr. 25];100(6):787-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918809>.

22. Kertesz SG; Madan A; Wallace D, Schumacher JE, Milby JB. Substance abuse treatment and psychiatric comorbidity: do benefits spill over? Analysis of data from a prospective trial among cocaine-dependent homeless persons. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [serial online]. 2006 [cited 2016 abr 21];1(27). Disponível em: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-1-27>.

23. Daring W, Paul K. Impediments to recovery in treatment programs for dually diagnosed homeless adults: an ethnographic analysis. *Contemp Drug Prob* [serial online]. 1995 [cited 2016 abr. 12];22(2):193-236. Available from: <http://homelesshub.ca/resource/impediments-recovery-treatment-programs-dually-diagnosed-homeless-adults-ethnographic>.

24. Young MS, Barret B, Engelhardt MA, Moore AK. Six-Month Outcomes of an Integrated Assertive Community Treatment Team Serving Adults with Complex Behavioral Health and Housing Needs. *Community Ment Health J* [serial online]; 2014 [cited 2016 jul. 17];50(4):474-9. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-013-9692-5>.

25. Rocha IA, Sá ANP, Braga ALV, Ferreira Filha MO, Dias MD. Terapia Comunitária Integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. *Rev Gaúcha Enferm* [serial online]. 2013 [cited 2016 jul. 23];34(2):155-162. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22919/27276>.

26. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *Am J Public Health* [serial online]. 2004 [cited 2016 jul. 10];94(4):651–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448313/>.
27. Brooks AJ; Penn PE. Comparing treatments for dual diagnosis: twelve steps and self management and recovery training. *Am J Drug Alcohol Abuse* [serial online]. 2003 May [cited 2016 jun. 10];29(2):359-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765211>.
28. Milby JB, Schumacher JE, McNamara C, Wallace D, Usdan S, McGil D et al. Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons. *Drug Alcohol Depend* [serial online]. 2000 [cited 2016 jun. 12];60:55-67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10821990>.
29. Santos A, Calado A, Coxo D, Trindade MM, Parente M. Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Rev Toxicodependências* [serial online]. 2011 [2016 maio 12];17(1):33-41. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-48902011000100004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902011000100004).
30. Padgett DK, Drake LE. Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: implications to recovery. *Am J Orthopsychiatr* [serial online]. 2008 [cited 2016 maio 12];78(3):333–9. Available from: <http://homelesshub.ca/sites/default/files/jtmzn1uq.pdf>.
31. Barret B, Young MS, Moore K, Ochshorn E. Factors predicting arrest for homeless persons receiveing integrated residential treatment for co- occurring disorders. *Crim Behav Ment Health* [serial online]. 2009 [cited 2016 abr. 10];9(5):291-7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252716301005>.

32. Broner N, Nguyen H, Swern A, Goldfiginger S. Adapting a substance abuse court diversion model for felony offenders with co-occurring disorders: initial implementation. *Psychiatri Q* [serial online]. 2003 Winter [cited 2016 abr. 12];74(4):361-85. Available from; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14686460>.
33. - Formiga MB, Vasconcelos SC, Galdino MKC, Murilo LDC. Presence of dual diagnosis between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil., *J Bras Psiquiatr* [serial online]. 2015 [cited 2016 abr. 10];64(4):288-95. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000400288](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000400288).
34. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial online]. 2012 [cited 2016 maio 21];17(3):653-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11.pdf>.
35. Carvalho SI. O despertar da América Latina: Políticas de Drogas no Brasil: a mudança já começou. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2015.

## APÊNDICE D – ARTIGO ORIGINAL

### NURSING DIAGNOSES OF THE HOMELESS POPULATION IN LIGHT OF SELF-CARE THEORY

#### ABSTRACT

*Background:* A growing number of people find themselves in conditions of extreme poverty, which often makes living on the streets the only option. Living conditions in this setting exert a direct impact on health and self-care. Health care for the homeless population should be planned in an interdisciplinary and intersectoral manner. In this context, nursing diagnoses constitute an essential part of the systemization of care. *Objectives:* The aims of the present study were to perform nursing diagnoses of a homeless population and propose nursing interventions based on the findings in light of the Nursing Outcomes Classification and Nursing Interventions Classification. *Design and Setting:* A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted on the streets of the city of Recife in northeastern Brazil. *Participants:* The sample consisted of 274 male and female adult homeless individuals. *Methods:* Data collection involved the administration of a semi-structured interview, the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test and the International Neuropsychiatric Interview. *Results:* The most prevalent diagnoses were related to risk-prone health behaviors (78.1%), inadequate health maintenance (67.1%), along with sleep deprivation (100%), feelings of hopelessness (100%) and low self-esteem (99%). *Conclusions:* The experience enabled the identification of the peculiarities of the population, bringing nursing practice closer to health promotion for the homeless. Adequate public policies and training for health teams are needed to address the health needs of the homeless population.

**Keywords:** Drug users, Homeless persons, Nursing diagnosis, Nursing theory, Self-care

## Introduction

The expanded concept of health has resulted from theoretical and political discussions that serve as the basis for the Brazilian public healthcare system and its doctrines (Brazil, 1990). In this system, health is considered a universal right and each individual should be seen in an integral manner. Integrality in this sense presupposes that one's lifestyle and subjective conditions exert a direct influence on one's health. Therefore, aspects of society, such as the poor distribution of wealth, unemployment and social inequality, can lead individuals to conditions of extreme poverty, which compromises their survival (Tiradentes & Fernandes, 2008).

A growing number of people live in situations of poverty, in which hunger, hopelessness, violence, unemployment and substance abuse have made living on the street the only option in large cities throughout the world (Lopes, 2014). In Brazil, a national survey on the homeless population conducted in 2008 revealed a contingent of 31,922 individuals living on the streets of the cities analyzed (Brazil, 2008). The street is where homeless individuals strive to find sustenance in a complex social subsystem associated with tremendous stigma and access to health care is practically nonexistent (Ferreira & Machado, 2007).

To enable access of these individuals to health care, the Brazilian Health Ministry created a strategy linked to the primary care policy denominated "street clinic" (Brazil, 2010; Brazil, 2012) the aim of which is to expand access to health services by offering integral care to homeless individuals, who live in conditions of vulnerability and are very often estranged from family members. Street clinics are composed of multidisciplinary teams that carry out itinerant activities directed at the needs of this population and also develop actions in partnerships with the teams of local primary care services, when necessary. Nursing should be an integral part of this form of care and should be used to identify health needs and prioritize team-oriented health care (Silva & Sena, 2008).

Nurses should develop organized actions and work processes based on the Systematization of Nursing Care, which is a methodological tool of nursing care regulated by Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Board in Brazil (Amirati, Vannucchi & Leão, 2013). Nursing is part of systematized care that involves a survey of nursing history data, the identification of diagnoses, suggestions for health actions and the evaluation of the effectiveness of such actions (NANDA, 2015; Tiradentes &

Fernandes, 2008). Nursing diagnoses are based on a taxonomic classification system involving unifying structures that enable the grouping and interpretation of data for the determination of specific forms of care. Such diagnoses assist in nursing intervention planning and contribute to the use of standardized terminology among members of the health team (Caritá et al., 2010; COFEN, 2009).

In the context of the homeless population, nursing diagnoses are based on clinical judgments regarding processes experienced by individuals living on the streets involving real and potential health problems that either directly or indirectly affect aspects of self-care. According to Dorothea E. Orem, “self-care is the performance or practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf to maintain life, health and well-being. (Hartweg, 1991; Orem, 2001). For the homeless population, therefore, self-care is an essential component of a better quality of life and, consequently, survival.

The aims of the present study were to perform nursing diagnoses of a homeless population and propose both nursing interventions and expected outcomes based on the findings in light of the Nursing Interventions Classification (NIC), which standardizes terminology for the prescription of care for patients (Tannure & Gonçalves, 2008) and Nursing Outcomes Classification (NOC), which lists the expected results for each nursing diagnosis identified (Moorhead et al., 2010).

## **Methods**

A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. This type of design enables the description of the characteristics of a particular population or phenomenon as well as the determination of associations among the variables investigated (Gil, 2010). The study was conducted on the streets of the city of Recife, which is the capital of the state of Pernambuco in northeastern Brazil. The public healthcare system in this city is divided spatially into districts encompassing the 94 neighborhoods with primary care services placed at strategic locations mapped by the municipal administration (IBGE, 2013; Recife, 2014).

The study involved the homeless population according to the criteria of the Ministry of Social Development and Hunger Alleviation (Brazil, 2008). The sample was selected in a stratified and randomized manner based on the mapping of the homeless population performed by the Secretary of Social Development and Human Rights of

Recife City Hall in 2014. This census quantified 719 adults sleeping on the streets of the city (Recife, 2014).

Considering a 5% margin of error, 95% reliability and expected prevalence of 50% (rate that gives the largest sample size), it was determined that 251 individuals would be needed for the sample. Homeless males and females aged 18 years or older with adequate physical and cognitive capacities to participate in the study were included. Each participant signed a statement of informed consent.

Six to eight individuals were interviewed per day throughout the study. All interviews were conducted on weekdays. The interviews lasted between 20 and 30 minutes. However, the establishment of trust, which is considered an essential component of this type of research, required more time, with several visits to the same locations to enable the continuity of the data collection. The researcher received training on the use of the data collection instruments and participated in meetings with the teams of the “street clinics” to gain an understanding of previously mapped areas and prepare for the field work considering the peculiarities of the setting as well as the need for protection and safety.

Data collection involved the administration of a socio-demographic questionnaire, the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Henrique et al., 2004) and the International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus 5.0.0) (Amorim, 2000). In the present study, the term “drug” was used to denote any substance that affects physical or behavioral functioning (WHO, 1994).

Nursing diagnoses of real or potential health problems were determined based on Taxonomy II of NANDA-I and constituted the bases for the development of nursing interventions and outcomes (NANDA, 2015) which is a theoretical reference for nursing processes (Tiradentes & Fernandes, 2008). Diagnoses of risk (potential problems) regard vulnerability to the development of a health problem and the identification of such risk should be included in the planning of health promotion actions. The diagnoses of real and potential problems among the homeless individuals served as the basis for the development of nursing interventions and the delineation of expected results (NANDA, 2015). The diagnoses of greater prevalence were used to determine the more evident needs of the population in question and choose the most appropriate interventions to achieve the desired results.

Data collection was performed using a holistic approach to the interviewees for the interpretation of the information obtained through both conversation and

observation. A pilot study was conducted with 25 individuals in the first month of the research in the most populous administration district of the city to determine the need for changes to the methods. All interviews were conducted on an individual basis without the presence of third parties to ensure privacy and confidentiality.

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 23) was used for the statistical analyses. Descriptive statistics involved the calculation of relative frequencies for the categorical variables as well as mean, standard deviation and median values for the numerical variables. The results were presented in tables and charts with their respective domains and analyzed based on the self-care theory put forth by Dorothea E. Orem (1991). The frequency of real diagnoses was expressed in percentage values. In contrast, percentage values were not used to express the occurrence of potential problems. This study received approval from the human research ethics committee (certificate number: CAAE 429263 15.2.00005208) and was conducted in compliance with the ethical principles stipulated in Resolution 466/12 of the Brazilian National Board of Health (Resolution, 2012).

## **Results**

Two hundred seventy-four homeless individuals participated in the present study. Table 1 displays the socio-demographic characteristics. The male sex accounted for 52.9% of the sample and the female sex accounted for 47.1%. The predominant age range was 30 to 39 years and the majority was in the productive age. More than half (60.6%) reported being single and 36.1% reported not having a religion. Just over half (51.5%) had an incomplete primary school education and 16.1% were illiterate. The majority (70.8%) reported having some source of income and 57.7% received less than the Brazilian monthly minimum wage, which was R\$880 (approximately US\$250) in 2016.

**Table 1 – Socio-demographic characteristics of sample**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Total	274	100.0
<b>• Sex</b>		
Male	145	52.9
Female	129	47.1
<b>• Age group</b>		
18 to 19 years	10	3.6
20 to 29 years	57	20.8
30 to 39 years	87	31.8
40 to 49 years	56	20.4
50 to 59 years	36	13.1
60 years or older	28	10.2
<b>• Marital status</b>		
Single	166	60.6
Married/Stable union	69	25.1
Widowed	22	8.0
Separated or divorced	4	1.5
<b>• Religion</b>		
None	99	36.1
Catholic	89	32.5
Evangelic	56	20.4
Spiritist	18	6.6
Umbanda	4	1.5
Christian	8	2.9
<b>• Schooling</b>		
Illiterate	44	16.1
Incomplete primary school	141	51.5
Complete primary school	29	10.6
Incomplete high school	27	9.9
Complete high school	27	9.9
Incomplete university	2	0.7
<b>• Income</b>		
None	80	29.2
Less than BMMW*	158	57.7
1 to 3 times BMMW	34	12.4
> 3 times BMMW	2	0.7

\*BMMW = Brazilian monthly minimum wage (R\$880 [approximately equivalent to US\$250] in 2016)

Table 2 shows that 55.8% of the interviewees lived on the streets for three or more years and 32.1% had lived on the streets since adolescence. The determinant

factors that led to living on the streets were family conflicts and a lack of family support (51.1%). Concerning violence, 65% reported having suffered at least one violent event. The vast majority (83.2%) reported performing daily bodily hygiene. Regarding drug use, 71.5% were current users and 49.6% reported daily use.

The most frequently reported health problems were psychological, mental or neurological conditions (39.6%), sexually transmitted diseases (23.4%), respiratory conditions (17.5%), systemic arterial hypertension (13.6%), skin conditions (11.7%) and diabetes mellitus (9.7%). Table 3 displays the real nursing diagnoses encountered according to Taxonomy II of NANDA-I (2015-2017). The diagnoses were grouped based on the NANDA-I domains identified to facilitate the categorization of the data.

**Table 2 – Characteristics of living conditions and health among homeless individuals**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	
<b>%</b>		
<b>Total</b>	<b>274</b>	
<b>100</b>		
<b>• Time living on streets</b>		
Less than 1 year	43	15.7
1 to 3 years	52	19.0
More than 3 years	153	55.8
Entire life	26	9.5
<b>• Age at onset of living on streets</b>		
< 10 years	31	11.3
10 to 19 years	88	32.1
20 to 29 years	63	23.0
30 to 39 years	47	17.2
40 to 49 years	16	5.8
50 to 59 years	19	6.9
60 years or older	10	3.6
<b>• Active sex life</b>		
Yes	216	78.8
No	58	21.2
<b>• Main reason for living on streets</b>		
Beggar	31	11.3
Informal work	51	18.6
Use of alcohol and other drugs	57	20.8
Family conflicts	82	29.9

Lack of family support	58	21.2
Other	68	24.8
<b>• Suffered violence on streets</b>		
Yes	178	65.0
No	96	35.0
<b>• Performs daily hygiene</b>		
Yes	228	83.2
No	46	16.8
<b>• Frequency of drug use</b>		
One or few times in life	42	15.3
Once in last 12 months	5	1.8
Once in last 30 days	3	1.1
Six or more times in last 30 days	9	3.3
Used in last month, but less than once a week	6	2.2
Used weekly, but not every day	37	13.5
Used every day in last month	136	49.6
Never took drugs	36	13.1
<b>• Health problem</b>		
Yes	154	56.2
No	101	36.9
<b>• Type of health problem</b>		
Psychological, mental or neurological	61	39.6
Sexually transmitted disease	36	23.4
Respiratory	27	17.5
Systemic arterial hypertension	21	13.6
Diabetes	15	9.7
Skin condition	18	11.7
<b>• Protected sexual activity</b>		
Always	60	21.9
Sometimes	58	21.2
Rarely/Never	108	39.4
<b>• Oral health</b>		
No visible problems	45	16.4
Caries	77	28.1
Incomplete dentition	60	21.9
Edentulous	31	11.3
Other problems	61	22.3

**Table 3 – Frequency of real nursing diagnoses in homeless population according to NANDA-I domains**

Domain	Nursing diagnosis	%
Domain 1 Health promotion	-Ineffective health management	67.1%
	-Risk-prone behavior	78.1%
	-Ineffective health maintenance	67.1%
	-Deficient self-care for bathing	16.8%
Domain 4 Activity/Rest	-Sleep deprivation	100%
Domain 6 Self-perception	-Hopelessness	100%
	-Situational low self-esteem	99%
Domain 7 Role relationships	-Interrupted family processes	51.1%
Domain 9 Coping/Stress tolerance	-Post-trauma syndrome	5.1%
	-Anxiety	43.8%
	-Defensive coping	56.2%
	-Feeling of powerlessness	24.4%
	-Ineffective denial	36.9%
Domain 10 Life principles	-Impaired religiosity	36.1%
Domain 11 Safety/Protection	-Impaired dentition	83.6%
	-Impaired skin integrity	11.7%

**Chart 1 – Nursing diagnosis of potential problems in homeless population and related factors, Recife, Brazil, April 2015 to May 2016**

**Chart 2 – Real nursing diagnoses identified in homeless population according to NANDA, NOC and NIC, Recife, Brazil, April 2015 to May 2016**

<b>Nursing diagnosis of potential problems</b>	
-Risk of acute confusion related to daily drug use	
-Risk of unstable blood sugar related to uncontrolled diabetes	
-Risk of impaired liver function related to excessive alcohol intake	
-Risk of loneliness related to abandonment by family and stigma	
-Risk of compromised human dignity related to low self-esteem and lack of opportunities	
-Risk of compromised resilience related to drug abuse	
-Risk of spiritual suffering related to distress and lack of expectations	
-Risk of under-nutrition related to economic factors	
-Risk of suicide related to situational low self-esteem	

<b>Domain</b>	<b>Nursing diagnosis</b>	<b>NOC *</b>	<b>NIC **</b>
Domain 1 Health promotion	Ineffective health management	Health-seeking behavior	-Counseling; -Investigate physical and mental health state and resources available in community; -Orientations regarding health network; -Promote efficient use of resources of network; -Support system enhancement; -Behavior modification; -Orientation about treatment of chronic diseases; -Health education; -Substance use prevention; -Health assessment; - Self-modification assistance; -Teaching: safe sex;
	Risk-prone behavior	Compliance behavior	
	Ineffective health maintenance	Risk control: drug use	

			-Mutual goal setting
Domain 4 Activity/Rest	Sleep deprivation  Deficient self-care for bathing	Sleep  Self-care: bathing	-Sleep promotion; -Coping enhancement; -Protection of physical integrity of homeless person/public policies; -Design care plan appropriate to personal situation; -Ensure privacy and place hygiene equipment within reach
Domain 6 Self-perception	Hopelessness  Situational low self-esteem	Hope  Quality of life  Self-esteem	-Socialization enhancement; -Self-esteem enhancement; -Body image enhancement ; -Coping enhancement ; -Spiritual support; -Support system enhancement; -Hope instillation; -Substance use prevention
Domain 7 Role relationships	Interrupted family processes	Maintenance of family process	-Simple guided imagery; -Support system enhancement; -Planning of strategies for recovery of family ties
Domain 9 Coping/Stress tolerance	Post-trauma syndrome  Anxiety  Defensive coping  Feeling of powerlessness  Ineffective denial	Anxiety self-control  Coping  Health beliefs: perceived ability to perform  Acceptance: health status	-Emotional support ; -Promotion of capacity for resilience; -Crisis intervention; -Anxiety reduction; - Support group; -Body image enhancement; -Violence prevention; -Substance use prevention; -Self-modification assistance; - Protection of rights of homeless person; -Provide information on situation; -Involvement in group sessions
Domain 10 Life principles	Impaired religiosity	Spiritual health	-Emotional support; -Self-perception enhancement;

		Promotion of hope	-Clarification of values; -Support system enhancement; -Support group; -Counseling
Domain 11 Safety/Protection	Impaired dentition  Impaired skin integrity	Self-care: oral hygiene  Care for lesions	-Oral health promotion; - Protection of rights of homeless person; -Risk identification; -Skin care: topical treatments; -Infection protection; -Skin surveillance; -Bathing; -Health education

\* Nursing Outcomes Classification

\*\* Nursing Interventions Classification

## Discussion

The real nursing diagnoses were described in accordance with the domains and items listed in NANDA-I, NOC and NIC. “Health seeking behavior” is related to the actions of these individuals on behalf of their own wellbeing, recovery and rehabilitation and “compliance behavior” regards giving continuity to such actions (Johnson et al., 2009).

The main diagnoses identified in the homeless population were related to the health promotion, activity/rest and self-perception domains. However, the scarcity of studies on this subject hinders the comparison of the findings and demonstrates a gap in this aspect of health care and research.

Nursing diagnoses of risks (potential problems) were identified. Such risks demonstrate the vulnerability of the population and indicate priorities that should be addressed. Living on the streets exerts a negative impact on health, as this setting poses risks that involve basic needs, family relations and lifestyles, which are concepts highlighted in Orem’s self-care theory (George, 2000). The lack of family ties and difficulties establishing relationships are factors that exert a negative influence on the search for healthcare services by this population (Adorno, 1998). Thus, self-care actions constitute essential strategies for the establishment of a care process that can minimize the risks and harm to which this population is exposed due to the situation of homelessness.

The universal requirements of self-care are associated with activities of daily living throughout all stages of the life cycle (Orem, 2001). The activity/rest domain is

related to the need for a balance between these aspects. Sleep deprivation was identified in the population analyzed and demonstrates an imbalance in this respect, as insufficient sleep increases the risk of disease and diminishes one's life expectancy (Chokroverty, 2010).

Evidence shows that living conditions and social contexts on the streets are detrimental to health (Campos & Leão, 2015). Due to the condition of vulnerability, a homeless person has a greater chance of dying due to an act of violence that does not receive adequate investigation, resulting in the record of an undetermined cause of death (Ribeiro & Barata, 2016). This issue appears as a universal requirement of self-care in terms of the prevention of bodily harm as well as the functioning and wellbeing of individuals (George, 2000) and therefore needs to be addressed in the care process for this population.

Self-care can become deficient when performing it is hindered by one's circumstances. A homeless individual needs to develop adequate self-care skills as an internal attribute of a willingness to do something for his/her own benefit, but also encounters a lack of locations and available resources to perform daily hygiene, which exerts a negative impact on the performance of self-care (Meneguessi et al., 2012).

The analysis of self-perceptions portrays a homeless population that is marked by feelings of hopelessness and situational low self-esteem. This population expresses a lack of prospects and goals in life. The stigma of being homeless and social exclusion contribute toward feelings of not being citizens with rights. Many do not have any identification cards or personal documents, which impedes the obtainment of formal employment, access to healthcare services, participation in governmental programs and the exercising of civil rights (Brasil, 2008). "Lazy bum" and "drug addict" are the jargon used to describe homeless individuals in the minds of others, which reinforces the forging of identities with negative connotations (Oliveira & Werba, 2002).

The diagnosis of interrupted family processes was associated with violence suffered in the home as well as motivated by drug use. Stress and traumatic experiences constituted situations that threatened their physical integrity without causing a current psychological threat, which raises the question as to whether these individuals developed resilience or whether violence came to be considered a banality – a commonplace event of daily life on the streets. Resilient individuals are those with the capacity to cope with adverse situations in life, which contributes to overcoming

problems and transforming one's circumstances (Grotberg, 1996). Defensive coping is one of the forms of resilience used as a means of survival on the streets.

The diagnosis of ineffective denial was identified in interviewees who did not recognize problems due to the use of drugs, which could be related to differentiated concepts regarding the health-illness process that are peculiar to each individual (Silva, 2006). The diagnosis of impaired religiosity may be related to the absence of beliefs that could lend meaning to the conditions of survival (Abdala et al., 2015). Impaired dentition was also a prevalent diagnosis in the homeless population, evidencing the lack of resources for gaining access to treatment.

In this same domain, the risk of suicide signified vulnerability to self-inflicted, life-threatening bodily harm, which constitutes a diagnosis of a potential problem identified in the population studied using the International Neuropsychiatric Interview. For mental health, the risk of suicide is a real diagnosis that requires immediate intervention and should be monitored due to the risk of imminent death. Suicide is a serious public health problem and it is important to understand the associations between living conditions and drug use in this population that perpetuate stigmas and social exclusion, thereby potentiating suicidal ideation. This subjective pain stemming from this social condition seems to be evidenced by situational low self-esteem and underscores the need for knowledge in mental health in order to work with this population (Botti et al., 2010).

Despite the unhealthy conditions witnessed on the streets, the diagnosis of impaired skin integrity was not prevalent among the individuals analyzed. Sufficient water and food intake are requirements of adequate self-care, but are not achieved in the homeless population, which denotes a risk of under-nutrition that may be related to the consumption of drugs rather than food, as reported by some of the participants.

Nursing systems theory is guided by self-care needs and the capacity of individuals to perform such care. Nursing is essentially a care-giving profession and is fundamental to the promotion, maintenance and recovery of self-care among individuals. Moreover, the nursing process systematizes actions and enables the detection of real and potential health problems, guiding interventions directed at perceived needs and contributing to the improvement in the health of individuals (Alfaro-Lefevre, 2010).

With regard to the homeless population, nursing interventions should be focused on a support system and health education to stimulate the exercise and development of self-care. Moreover, identifying the health needs of this population through the nursing

process can establish the links necessary for the implementation of nursing actions. The homeless population requires multidisciplinary, intersectoral care and needs to be seen in light of the equity and universality ensured by the principles of the Brazilian public healthcare system (Rosa, Secco & Brêtas, 2006). Intersectoral care involves the requirements of security, education, housing, work and wellbeing, which are necessary to the maintenance of the health of a population.

Multiple factors affect access to healthcare among homeless individuals. The very dynamics of the street demand priorities other than health, such as obtaining money, finding a place to sleep, eating and performing personal hygiene (Campos & Souza, 2013). The diagnosis of risk-prone behavior was prevalent in the population studied and is related to factors such as inadequate or absent health-seeking behavior, unprotected sexual activity and drug abuse. Failure to seek healthcare services is generally related to the non-recognition of health problems. The majority of times, such individuals only perceive that their bodies are ill when they are unable to get around. (Bezerra et al., 2015) Daily drug intake may be related to a mechanism of adjustment to unfulfilled needs or chemical and/or psychological dependence in this population.

The present findings underscore the need for nurses on health teams that work with the homeless population. The nursing process is essential to the care system as well as the planning of health education strategies addressing self-care in this population. The needs identified should be the target of nursing interventions and such interventions require the development of skills for nurses to be able to perform their work in this unusual setting.

The present study has limitations that should be considered. More detailed evaluations of the individuals could not be performed due to a lack of basic health assessment equipment for the determination of anthropometric measures, blood glucose, blood pressure, etc. Individuals with cognitive impairment or psychotic symptoms at the time of the interview could not participate, which may have led to an underestimation of the nursing diagnoses in these domains. Further studies are needed with a multidisciplinary team to gain a better understanding of the health problems of this population and increase the visibility of this group in the eyes of public administrators, researchers and society.

## **Conclusion**

In the present study, the main nursing diagnoses in the homeless population analyzed were related to the health promotion, activity/rest and self-perception domains. The nursing outcomes were directed at health-seeking behavior, compliance and risk control, which require nursing actions focused on health education as an important work methodology involving counseling and the establishment of mutual goals for the health professional and homeless person.

The findings demonstrate the importance of the standardization of nursing diagnoses as a way to clarify the health needs of the homeless population, highlighting the role of nurses on the multidisciplinary health team. Self-care involves the concern for the access to health by these individuals. Making services available is not sufficient. It is necessary for health professionals to embrace this issue and play their role in establishing ties, reducing harm and forming intersectoral partnerships.

This study stresses the frailty of the health of the homeless, pointing to the need to intensify health education directed at these individuals, most of whom are in the productive age. The risks to which these individuals are prone are often not recognized by them as health problems, which exerts a negative impact on self-care and directly affects both physical and mental health, narrowing the possibilities for an improvement in quality of life. To achieve health promotion for the homeless population, there is a need to reflect on the effectiveness of public policies for this group and train health professionals to assist homeless individuals while respecting their unique situations in order to ensure access to health for this population.

## References

Adorno, R. C. F. (1998). The circuits of the citizens: trajectory of childrens and adolescents in popular class. In: Lerner J (org). Cidadania, verso e reverso. São Paulo, SP: Imprensa oficial do estado.

Alfaro-Lefevre, R. (2010). *Application of the nursing process: promotion of collaborative care*. (7<sup>th</sup>). Porto Alegre, RS: Artmed.

Amirati, K. M., Vannucchi, A. M. C. & Leão, L. C. (2013). Strategies of the health area for the assistance to the population in situation of street. In: Rosa, A. S. & Brêtas, A.C.P. (Org.), *Nursing and health: looks at the street situation*. p inicial e final do capítulo. Curitiba, PR: CRV.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of brief interview for diagnosis of mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 106-115. Recovered from <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v22n3/v22n3a01.pdf>

Bezerra, I. H. P., Macêdo-Filho, I., Costa, R. J. L. M., Sousa, V. J. & Carvalho, M. V. G. de. (2015). People on the street: a view of nursing on the health/illness. *Revista Enfermagem Revista*, 18 (01), 1-14. Recovered from <http://200.229.32.55/index.php/enfermagemrevista/article/view/9365/10323>

Brazil. Law 8080, 19 de setembro de 1990. (1990). Provides for the conditions for the promotion, protection and recovery of health, the organization and operation of the corresponding services and other measures. Recovered from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

Brazil. (2010). Ministry of Health. National Coordination of Mental Health. Offices of SUS Street. Work Material for II National Office of Street Offices of SUS. Brasília.

Brazil. (2008). Ministry of Social Development and Fight against Hunger. National Survey on the Population in Situation of Street. Brasília. Recovered from [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf)

Borysow, I. C. & Furtado, J. P. (2013). Access and intersectoriality: tracking street dwellers with severe mental disorder. *Osis Revista Saúde Coletiva*, 23 (1), 33-50.

Botti, N. C. L., Castro, C. G., Silva, M. F., Silva, A. K., Oliveira, L. C., Castro, A. C. H. O. A. & Fonseca, L. L. K. (2010). Prevalence of depression among adult men in a street situation in Belo Horizonte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (1), 10-16.

Brown, B., Rutherford, P. & Crawford, P., 2015. The role of noise in clinical environments with particular reference to mental health care: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1514–1524.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. Mc. C. (2010). *Classification of Nursing Interventions (NIC)*. (5th). Porto Alegre, RS: Artmed.

Campos, A. G. & Leão, E. R. (2015). What is the pain of street mora (pain). *Revista de Enfermagem UFPE*, 9 (10), 1626-1629.

Campos, A. G. & Souza, M. P. F. (2013). Mute violence and prejudice: strategies of a health team in defense of the citizenship of the street population. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 14 (3), 344-351.

Caritá, E. C., Nini, R. A. & Melo, A. S. (2010). System of assistance to nursing diagnoses for victims of trauma in advanced prehospital care using the NANDA and NIC Taxonomies. *Journal of Health Informatics*, 2 (4), 87-94.

Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep & sleep disorders. *Indian Journal of Medical Research*, 131(2), 126-140.

Cres, M. R., Abdala, G. A., Meira, M. D. D., Teixeira, C. A., Ninahuaman, M. F. M. L. & Moraes, M. C. L. (2015). Religiosity and lifestyle of an adult population. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28 (2), 240-250. Recovered from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40843425013>

Ferreira, F. P. M. & Machado, S. (2007). *Private lives in public spaces: the homeless in Belo Horizonte*. São Paulo, SP: Cortez.

George, J. B. (2000). *Theories of Nursing: the fundamentals for professional practice*. (4<sup>th</sup>). Porto Alegre, RS: Artmed.

Gil, A. C. (2010). *How to design research projects*. São Paulo, SP: Atlas.

Grotberg, E. H. (1996). Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. Informes de Trabajo sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. (8th). La Haya: Fundacion Bernard van Leer.

Hartweg, D. L. (1991). Dorothea Orem. *Self-care deficit theory*. California: Sage.

Henrique, I. F., De Micheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A. & Formigoni, M. L. (2004). Validation of the Brazilian version of the screening test for involvement with alcohol, cigarettes and other substances (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*. 50 (2), 199-206.

Johnson, M. (2009). Links between nanda, noc and nic: nursing diagnoses, outcomes and interventions. (2<sup>th</sup>). Porto Alegre, RS: Artmed.

Lopes, L. E. (Org). (2014). Activity book: course of integral attention to the health of people in street situation with emphasis on the teams of offices in the street. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EAD/ENSP.

Lynn, R., Tara, P., Adama, B., Heather, B. & Natasha, S. (2016). An intervention to enhance psychological capital and health outcomes in homeless female youths. *Western Journal of Nursing Research*, 1-18. DOI: 10.1177/0193945916658861

Meneguessi, G. M., Teixeira, J. P. D. S., Jesus, C. A. C., Pinho, D. L. M., Kamada, I. & Reis, P. E. D. (2012). Rehabilitation in spinal cord: reflection on the applicability of the Orem's self-care theory. *Revista de Enfermagem UFPE*, 6 (12), 3006-3012.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2010). Classification of nursing outcomes (NOC). (4<sup>th</sup>). Porto Alegre, RS: Artmed.

North American Nursing Diagnosis Association. (2015). NANDA nursing diagnoses: definitions and classification 2015-2017. Porto Alegre, RS: Artmed.

Oliveira, F. J. & Feitosa, M. Z. S. (2016). Social representations and the population in a street situation: the visibility built by the media. *Revista FSA*. 13 (2), 226-243.

Oliveira, F. O. de & Werba, G. C. (2002). *Social Representations*. In: Jacques, M.G.C., Strey, M.N., Bernardes, N.M.G. (org). *Contemporary Social Psychology*. (6<sup>th</sup>). Petrópolis: Vozes. p. 104-117.

Orem, E. D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6<sup>th</sup>). St Louis: Mosby.

Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2012 (2012). Defines the guidelines and operation of Street Doctor teams. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Recovered from [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_122\\_25\\_01\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_122_25_01_2011.pdf)

Paiva, I. K. S., Lira, C. D. G., Justino, J. M. R., Miranda, M. G. O. & Saraiva, A. K. M. (2016). Homeless people's right to health: reflections on the problems and componentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2595-2606.

Pereira, S. M., Lima, A. W. S., Oliveira, E. C. T. & Santos, Z. C. (2015). Equity of access to health care for vulnerable families registered in a family health unit. *Revista APS*. 18(3), 325-334.

Recife. 2014. Municipal Health Plan 2014-2017. Recife, Recife City Hall.

Recife. Secretariat for Social Development and Human Rights. 2014. Count of people in a street situation in the city of Recife. Recife PE.

Resolução do COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. (2009). Provides on the Systematization of Nursing Assistance and the implementation of the Nursing Process in public or private environments. Federal Nursing Council. Recovered from

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). About Research involving Human Beings. Brasília, DF: Brasília. Recovered from

Ribeiro, M. C. S. A. & Barata, R. B. (2016). Health: social vulnerability, neighborhood and physical activity. *Cadernos Metrópole*, 18 (36), 401-420.

Rosa, A. S., Secco, M. G. & Brêtas, A. C. P. (2006). Care in street situation: reviewing the meaning of the health-disease process. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (3), 331-336.

Silva, L. K. & Sena, R. R. (2008). Care in street situation: reviewing the meaning of the health-disease process. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42 (1), 48-56.

Silva, M. L. L. (2006). Recent changes in the world of work and the phenomenon of street population in Brazil 1995-2005. Brasília: Universidade de Brasília.

Tannure, M. C. & Gonçalves, A. M. P. (2008). *Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Tiradentes, L. R. & Fernandes, R. A. Q. (2008). Nursing diagnoses identified in homeless women. *Online Brazilian Journal of Nursursing*, 7 (1), 1-8.

World Health Organization (WHO). (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva. Recovered from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf).

## ANEXOS

## ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO  
**RECIFE**  
SECRETARIA DE SAÚDE

## CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Felicialle Pereira da Silva** pesquisadora em neuropsiquiatria e ciências do comportamento da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Consultório de Rua da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Transtornos mentais e padrão de consumo de substâncias psicoativas na população de rua.", sendo orientada por Murilo Duarte Costa Lima.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

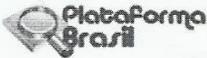
Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 09 de janeiro de 2015.

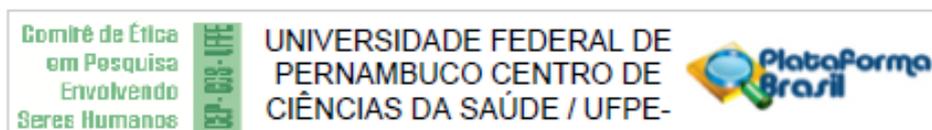
Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde  
Divisão de Educação na Saúde  
DES/SECRETES/S

## ANEXO B - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP	
<b>FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b>	
1. Projeto de Pesquisa: Transtornos mentais e padrão de consumo de substâncias psicoativas na população de rua	
2. Número de Participantes da Pesquisa: 300	
3. Área Temática:	
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde	
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>	
5. Nome: Felicialle Pereira da Silva	
6. CPF: 510.174.234-15	7. Endereço (Rua, n.º): JOAQUIM NABUCO DERBY ap 704 RECIFE PERNAMBUCO 52011000
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (81) 9952-4333
	10. Outro Telefone:
	11. Email: cialle@hotmail.com
12. Cargo:	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>	
Data: <u>01 / 03 / 2015</u>	
 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>	
13. Nome: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	14. CNPJ: 24.134.488/0001-08
15. Unidade/Órgão:	
16. Telefone: (81) 1126-8588	17. Outro Telefone:
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>	
Responsável: <u>SANDRA LOPES DE SOUZA</u>	CPF: <u>89966996400</u>
Cargo/Função: <u>VICE-COORDENADOR</u>	
Data: <u>30 / 01 / 2015</u>	
 Profª Sandra Lopes de Souza Vice-Coordenador  Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>	
Não se aplica.	

## ANEXO C - PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Transtornos mentais e padrão de consumo de substâncias psicoativas na população de rua

**Pesquisador:** Felicialle Pereira da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42926315.2.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.050.357

**Data da Relatoria:** 04/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

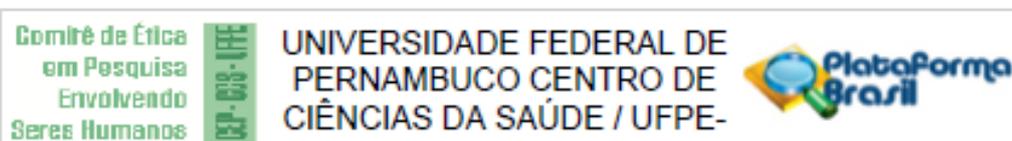
Trata-se de projeto de tese de Felicialle Pereira da Silva, sob a orientação do Prof<sup>o</sup> Dr Murilo Duarte da Costa Lima, do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Trata-se de estudo transversal com abordagem quantitativa, a ser desenvolvido com população de rua atendida pelas equipes de Consultório na Rua na cidade de Recife. Para a coleta dos dados serão utilizados os instrumentos: roteiro de entrevista, que contém dados de identificação, condições de vida e de saúde mental; questionário com informações a cerca do padrão de uso e consumo de substâncias psicoativas; o Alcohol, smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) e International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus 5.0.0). Ademais, será utilizado o registro em diário das atividades e observações de campo. Os dados serão analisados com auxílio do Epi Info versão 7.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### OBJETIVO GERAL

Analisar o padrão de consumo de substâncias psicoativas e os transtornos mentais na população de rua.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.059.357

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência do consumo de substâncias psicoativas;
- Descrever o padrão de consumo de substâncias psicoativas na população de rua;
- Verificar a prevalência de transtornos mentais na população de rua;
- Relacionar o tipo e o padrão de consumo de substâncias psicoativas com os transtornos mentais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram analisados e considerados adequados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta problemática relevante. Os objetivos se encontram definidos. O método está apropriado. Estima-se a participação de 300 indivíduos. Define os critérios de inclusão e exclusão. Os custos relacionados à pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora principal. O cronograma está adequado. O termo de consentimento livre e esclarecido se encontra em linguagem acessível, descreve os riscos e benefícios da pesquisa.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou projeto de pesquisa, currículo Lattes, carta de anuência, folha de rosto, de acordo com as orientações do Comitê de Ética.

#### Recomendações:

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face ao exposto, sugere-se a aprovação do protocolo.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

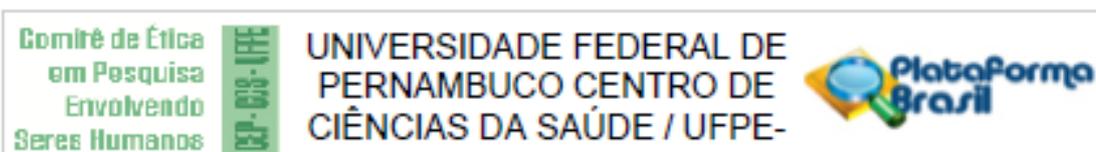
Não

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.059.357

Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 12 de Maio de 2015

---

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

## ANEXO D - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

# **M.I.N.I.**

## **Mini International Neuropsychiatric Interview**

**Brazilian version 5.0.0**

**DSM IV**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) :	_____	PROTOCOLO NÚMERO:	_____
DATA DE NASCIMENTO :	_____	HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:	_____
NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A):	_____	HORA DO FIM DA ENTREVISTA:	_____
DATA DA ENTREVISTA:	_____	DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:	_____

**MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current**

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.º EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTÍMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

## INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas "sim" ou "não".

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários quadros diagnósticos permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

*As frases escritas em "letras minúsculas"* devem ser lidas "palavra por palavra" para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

*As frases escritas em "MAIÚSCULAS"* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

*As frases escritas em "negrito"* indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

*As frases escritas entre (parêntesis)* são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra ( / ) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

*As respostas com uma seta sobreposta (→)* indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar "NÃO" no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja "SIM" ou "NÃO".

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas "e / ou").

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA  
Insem U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : [hergueta@ext.jussieu.fr](mailto:hergueta@ext.jussieu.fr)

Patrícia AMORIM  
N.A. P. S. Novo Mundo  
Avenida Manchester 2000  
Jd Novo Mundo  
74000 – Goiânia - Goiás  
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50  
fax: + 55 62 285 43 60  
e-mail : [p.amorim@persogo.com.br](mailto:p.amorim@persogo.com.br)

David SHEEHAN  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544  
fax: +1 813 974 4575  
e-mail : [dsheehan@com1.med.usf.edu](mailto:dsheehan@com1.med.usf.edu)

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	
A3	<b>Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</b>			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm$ 5% ao longo do mês, isto é, $\pm$ 3,5 Kg. para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")	NÃO      SIM  <b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</b>		
	SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:			
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [ SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g ]?	→ NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11
	A5b É COTADA SIM ?	NÃO      SIM  <b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO</b>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

**A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)**  
SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
A6a	OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO      SIM

**EPISÓDIO  
DEPRESSIVO MAIOR  
com Características  
Melancólicas  
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

## B. DISTIMIA

*Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.*

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
	B4 É COTADA SIM?	NÃO      SIM  <b><i>DISTIMIA ATUAL</i></b>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S). ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO

C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO      SIM

**RISCO DE SUICÍDIO  
ATUAL**

LEVE     

MODERADO

ELEVADO

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM”			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 :	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM”			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	<b>D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?</b>	→ NÃO	SIM	
D3	SE <b>D1b</b> OU <b>D2b</b> = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE <b>D1b</b> E <b>D2b</b> = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S). ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3  
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

→  
NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	<b>Durante a crise em que se sentiu pior :</b>			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ? SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.	NÃO	SIM	
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ? SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	NÃO	SIM	17
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>				

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

*Agorafobia  
Atual*

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "NÃO"  
e  
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"  
e  
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA "SIM"  
e  
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO	SIM
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

*FOBLA SOCIAL  
ATUAL*

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S). ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1
<p>NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.</p>				

SE H1 = "NÃO", PASSAR A H4.

H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
----	---	-----	-----	---

SE H2 = "NÃO", PASSAR A H4

H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
----	---	-----	-----	---

H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?

→  
NÃO    SIM

H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
----	--	-----	-----	---

→  
NÃO    SIM

H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
----	--	-----	-----	---

NÃO    SIM

H6 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S). ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

**I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)**

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</b>	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

#### J2 Durante os últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO	SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</i>	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL? NÃO → SIM

#### J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE ALCÓOL ATUAL</i>	

**LISTA DE SUBSTÂNCIAS**

<b>ANFETAMINA</b>	<b>ECSTASY</b>	<b>MORFINA</b>
<b>BRANCA</b>	<b>ERVA</b>	<b>ÓPIO</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>ÉTER</b>	<b>PCP</b>
<b>BASEADO</b>	<b>GASOLINA</b>	<b>PÓ</b>
<b>COCAÍNA</b>	<b>HAXIXE</b>	<b>RITALINA</b>
<b>CODEÍNA</b>	<b>HEROÍNA</b>	<b>COGUMELO</b>
<b>COLA</b>	<b>L.S.D.</b>	<b>SPEEDS</b>
<b>CRACK</b>	<b>MARIJUANA</b>	<b>TEGISEC</b>
<b>MACONHA</b>	<b>MESCALINA</b>	<b>TOLUENO</b>
<b>MERLA</b>	<b>METADONA</b>	<b>TRICLOROETILENO</b>

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado”?

→  
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):  
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE   
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):  
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?   | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?<br>Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?<br>COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?  | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?  | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?   | NÃO | SIM | 5 |

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S). ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ?                                     | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): \_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL</i>	

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO	➔ SIM
-----	----------

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?<br>COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8  |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?   | NÃO | SIM | 9  |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?  | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?   | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : \_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL</i>	

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

**DELÍRIOS BIZARROS** : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12

				21	
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13	
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14	
<b>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</b>					
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15	
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16	
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17	
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « b » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" ( <u>NÃO BIZARRO</u> ) ?	NÃO      SIM <b>SÍNDROME PSICÓTICA          ATUAL</b>			
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" ( <u>NÃO BIZARRO</u> ) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO      SIM <b>SÍNDROME PSICÓTICA          VIDA INTEIRA</b>			
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→	NÃO	SIM	
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram <b>somente</b> durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ? SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	→	NÃO	SIM	18
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO      SIM <b>TRANSTORNO DO HUMOR          com Sintomas Psicóticos          ATUAL</b>			
		NÃO      SIM <b>TRANSTORNO DO HUMOR          com Sintomas Psicóticos          VIDA INTEIRA</b>			

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm						
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg						
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	➔ NÃO SIM		1				
<b>Durante os últimos 3 meses:</b>								
M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	➔ NÃO SIM		2				
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	➔ NÃO SIM		3				
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM		4				
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM		5				
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM		6				
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	➔ NÃO SIM						
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo ( na ausência de uma gravidez) ?	➔ NÃO SIM		7				
PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ? PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<i>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</i>								

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg) Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?  * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)	NÃO	SIM	14
N8	N5 É COTADA “SIM” E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	NÃO      SIM  <b>BULIMIA NERVOSA</b> <b>ATUAL</b>		
	N7 É COTADA “SIM” ?	NÃO      SIM  <b>ANOREXIA NERVOSA</b> <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> <b>ATUAL</b>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S). ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR "NÃO" OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE					
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / "dar branco" ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ?			NÃO      SIM  <b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

**P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)**

<b>P1</b>	<b>Antes dos 15 anos:</b>				
	a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
	b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
	c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
	d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
	e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
	f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?	→ NÃO	SIM	
<b>P2</b>	<b>NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.</b>				
	<b>Depois dos 15 anos:</b>				
	a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
	b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
	c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
	d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
	e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
	f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?	NÃO      SIM  <b>TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA</b>		

## REFERÊNCIAS

- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.
- As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L. G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Carroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Híndi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

## ANEXO E - ASSIST – OMS

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Entrevistador: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

## NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brião)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

## QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA				
	1 OU 2 VEZES	3	4	5	6
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	NÃO, nunca		
	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

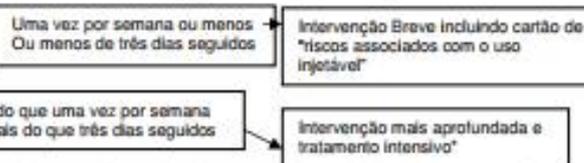
7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO, nunca		
	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

#### 8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

#### Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



#### PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anotar a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma Intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.  
Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (Inclusive).  
Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.  
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.  
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a