

Caracterização da população em situação de rua do Rio Grande do Sul na Atenção Primária à Saúde em 2022

Characterization of the homeless population in Rio Grande do Sul within Primary Health Care in 2022

Caracterización de la población sin hogar en Rio Grande do Sul dentro de la Atención Primaria de Salud en 2022

Matheus dos Anjos Catasblancas¹
Cassio Andrade Machado²

(¹) Psicólogo pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sanitarista Especialista em Gestão em Saúde pelo Grupo Hospitalar Conceição. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4750-2043>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5480208006876255>. E-mail: matanjos@hotmail.com

(²) Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Professor da Faculdade de Ciências da Saúde e Apoio Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7658-0211> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1408118763899085>. E-mail: cassioandrademachado@gmail.com

RESUMO

O presente artigo propõe-se a analisar o preenchimento de dados sociodemográficos dos usuários em situação de rua do Rio Grande do Sul cadastrados no e-SUS até dezembro de 2022. Os dados foram solicitados ao Ministério da Saúde, e estratificados conforme os dados sociodemográficos “Raça/Cor”, “Orientação Sexual” e “Identidade de Gênero”. Os dados demonstraram preenchimento “regular” do primeiro quesito, e “muito ruim” do segundo e terceiro quesito. Embora não se possa estabelecer relações de causalidade para a falta de preenchimento, são feitas reflexões sobre os atravessamentos que incidem sobre o preenchimento dos dados sociodemográficos.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; população em situação de rua; sistemas de informação em saúde; fatores sociodemográficos.

ABSTRACT

This article aims to analyze the completion of sociodemographic data of homeless users in Rio Grande do Sul registered in the e-SUS system up to December 2022. The data were requested from the Ministry of Health and stratified according to the sociodemographic data “Race/Color”, “Sexual Orientation”, and “Gender Identity”. The data showed “regular” completion of the first item, and “very poor” completion of the second and third items. Although it is not possible to establish causal relationships for the lack of completion, reflections are made on the intersections that affect the completion of sociodemographic data.

Keywords: primary health care; homeless population; health information systems; sociodemographic factors.

RESUMEN

Este artículo analiza la cumplimentación de datos sociodemográficos de personas en situación de calle en Rio Grande do Sul registradas en el sistema e-SUS hasta diciembre de 2022. Los datos se solicitaron al Ministerio de Salud y se estratificaron según los datos sociodemográficos “Raza/Color”, “Orientación Sexual” e “Identidad de Género”. Los datos mostraron una cumplimentación regular del primer ítem y una cumplimentación muy deficiente del segundo y tercer ítem. Si bien no es posible establecer

relaciones causales para la falta de cumplimentación, se reflexiona sobre las intersecciones que afectan la cumplimentación de datos sociodemográficos.

Palabras clave: atención primaria de salud; población en situación de calle; sistemas de información sanitaria; factores sociodemográficos.

INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela lei 8.080 (Lei Orgânica do SUS), possibilitada pela Constituição Federal de 1988 cujo artigo 196 preconiza que “a saúde é direito de todos e dever do estado”, o modelo de atenção em saúde voltou-se para a Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica (AB). Essa reorganização segue a tendência internacional dos modelos de saúde para o foco na APS, devido à crise dos sistemas de saúde causada pela mudança do perfil epidemiológico, com aumento de problemas crônicos que não respondem ao manejo reativo, episódico e fragmentado. Segundo Mendes *et al.* (2019, p. 29), “a moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson” e, deste período até os anos setenta, diversos movimentos possibilitaram “clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária”, culminando na conferência de Alma-Ata, que definiu a APS como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (Organização Mundial da Saúde/UNICEF, 1979, p. 1).

Na perspectiva de um sistema de saúde descentralizado, a APS deve ser a reguladora do sistema de saúde, pois é a “principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários às Redes de Atenção à Saúde (RAS)” (Brasil, 2012) e tem como diretrizes, entre outras, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade (Brasil, 2017). Além disso, a APS deve ser organizadora do cuidado, capaz de responder a 80% dos agravos de saúde da população (Campos *et al.*, 2008). No Brasil, a APS se organiza através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF), além das equipes

de atenção básica para populações específicas como as Equipes do Consultório na Rua (Brasil, 2012).

A implantação do SUS, contudo, não ocorreu nem ocorre sem obstáculos. O SUS é um campo de agentes, interesses e objetivos contraditórios e distintos, e a mudança na lógica de cuidado depende do investimento por parte dos diferentes atores do SUS numa proposta de saúde integral e ampliada: “o SUS deve ser entendido como compromisso permanente de longo prazo, assumido pelo conjunto da sociedade” (Brasil, 2006).

A Lei Orgânica do SUS também estabelece a organização hierárquica do SUS, atribuindo responsabilidades aos municípios, estados e União. Enquanto cabe aos municípios a execução de serviços públicos de saúde, de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica; cabe aos estados fornecer apoio técnico aos municípios a ações e serviços de saúde e coordenar ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária (Brasil, 1990a). As estratégias de monitoramento e avaliação proporcionam a identificação de fragilidades do processo e das ações em saúde que comprometem o avanço das propostas elaboradas para o Sistema de Saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2018) define indicadores como “medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho de um sistema de saúde”. Ela também apresenta a diferença entre o dado, o indicador, a informação e o conhecimento, sendo que “o dado é a unidade primária (input) que, ao ser trabalhada, gera um indicador; este, ao ser analisado, produz informação que, ao ser interpretada, gera conhecimento” (OPAS, 2018). Os indicadores de saúde, portanto, são utilizados como ferramentas para a produção de informação e conhecimento que propicia direcionamento nas ações de saúde, vigilância e gestão do sistema de saúde. A qualidade de um indicador de saúde deve ser medida, de acordo com Reis (2017), por sua validade - a capacidade de medir o que se pretende - e sua confiabilidade - a capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. Outros atributos de um indicador são: sensibilidade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, apud Reis, 2017). De acordo com a OPAS (2018), “o uso de indicadores em saúde pública tem

como objetivo embasar a tomada de decisão em saúde, com a missão ulterior de melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades injustas e evitáveis”.

O guia da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ressalta a importância do registro correto e regular das informações em saúde para a programação de ações visando a qualidade do cuidado (Brasil, 2018), uma vez que “a disponibilidade de indicadores demográficos e socioeconômicos é primordial para a caracterização da dinâmica populacional e das condições gerais de vida”. As avaliações no sistema de saúde são indispensáveis, uma vez que

a diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem que, por isso, uma acessibilidade suficiente de todos a serviços de qualidade seja questionada (Hart, 1997, p. 30).

Uma das fontes de dados disponíveis para ações de monitoramento e avaliação é o Sistema e-SUS AB. De acordo com o guia da PNAB, “o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e o Sistema e-SUS AB fazem parte da estratégia e-SUS AB” (Brasil, 2018). Os dados do e-SUS incluem, entre outros, sexo, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual e faixa etária.

Este estudo também se encontra alicerçado em perspectivas como de Barata (2009), que define as desigualdades sociais como “diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho”, e iniquidades como “desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça”. Tais iniquidades podem ser advindas de atravessamentos tais como gênero, raça, sexualidade, ou mesmo a aporofobia, definida por Cortina como o “ódio, repugnância ou hostilidade ante ao pobre, o sem recursos, o desamparado” (Cortina *apud* Batista; Ribeiro, 2023).

A população em situação de rua é uma “categoria social complexa e em construção, cujo lugar na cotidianidade transita entre o visível e o invisível” (Pimenta, 2019). Schuch e Gehlen (2012) ressaltam a transição terminológica de “sofredor de rua” para “morador de rua” até a “pessoa em situação de rua” como uma prática de resistência à lógica higienista de que a situação de rua é, necessariamente, um problema.

Conforme aponta Barata (2009, p. 73) gênero não é sinônimo de sexo. Enquanto sexo refere-se ao sexo biológico, gênero é, aqui, tomado “com um forte apelo relacional — já que é no âmbito das relações sociais que se constroem os gêneros” (Louro, 1997, p. 22). Uma vez que “as relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social” (Barata, 2009, p. 77), faz-se necessário levar em consideração esse atravessamento no processo de saúde da população. Sendo assim, é necessário entender que “gênero se refere a formas de se identificar e ser identificada como homem ou como mulher”, e “orientação sexual se refere à atração afetivossexual por alguém de algum/ns gênero/s” (Jesus, 2012, p. 12). Guimarães (2008, p. 65) traz o conceito de raça como “efeitos de discursos [...] sobre as origens de um grupo, que usam termos que remetem à transmissão de traços fisionômicos, qualidades morais, intelectuais, psicológicas, etc.”.

No âmbito federal, há diversas políticas visando a concretização da equidade no SUS, como a Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais (PNSILGBT), “uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS” (Brasil, 2013); a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) (Brasil, 2009a); e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2007). Em 2023, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 976, determinou a observância imediata das diretrizes contidas na PNPSR (Brasil, 2023), incluindo um mapeamento da População em Situação de Rua (PSR) no país. Na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), a Portaria SES 512/2020 instituiu a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, que tem como objetivos, entre outros, “promover a produção e disseminação de indicadores, conhecimentos científicos e tecnológicos” (Rio Grande do Sul, 2020).

O preenchimento dos quesitos “Raça Cor”, “Orientação Sexual” e “Identidade de Gênero” no cadastro do e-SUS foram usados como indicadores no processo de implantação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, instituída em 2020 pela Portaria nº 512 da SES/RS, que propõe a promoção de equidade de populações específicas como a população negra e quilombola, a população LGBT¹ e a População em Situação de Rua, entre outras, na atenção à saúde no SUS (Rio Grande do Sul, 2020).

¹ A sigla “LGBT” é utilizada a fim de facilidade de comunicação, e visto que esta foi a sigla utilizada na política de saúde vigente, embora se entenda que outros arranjos sejam possíveis.

O objetivo do presente estudo é analisar o preenchimento dos quesitos “Raça/Cor”, “Orientação Sexual” e “Identidade de Gênero”, a fim de identificar potencialidades e fragilidades nos padrões de preenchimentos dos dados assim como tecer reflexões sobre os atravessamentos que culminam na falta do preenchimento das informações, e na falta de confiabilidade destas.

MÉTODOS

Foram analisados os dados solicitados ao Ministério da Saúde (MS), por meio do portal www.gov.br/acessoinformacao, referente aos cadastros de usuários do Rio Grande do Sul em situação de rua no e-SUS, cumulativos até dezembro de 2022. Os dados foram solicitados via Lei de Acesso à Informação, e foram estratificados de acordo com Macrorregião de Saúde, Sexo (Masculino/Feminino), Faixa Etária (até 11 anos / 12 a 18 anos / 19 a 59 anos / 60 anos ou mais), Raça/Cor (Branca / Preta / Parda / Amarela / Indígena / Sem Informação), Orientação Sexual (Heterossexual / Homossexual / Bissexual / Sem Informação) e Identidade de Gênero (Homem Transsexual / Mulher Transsexual / Travesti / Outro / Em Branco). Os quesitos Orientação Sexual e Identidade de Gênero não são de preenchimento obrigatório. Os dados foram estratificados usando o aplicativo Excel do Microsoft Office.

Foi utilizado o escore criado por Romero e Cunha (2006) para avaliar o critério de incompletude, com os seguintes graus de avaliação: excelente (menor de 5%), bom (5% a 10%), regular (10% a 20%), ruim (20% a 50%) e muito ruim (50% ou mais). Embora os autores não evidenciem os princípios metodológicos envolvidos na criação do escore, ele foi utilizado para dimensionar quantitativamente os percentuais de preenchimento, uma vez que os campos de identificação são identificados apenas como “obrigatório” ou “não obrigatório”, mas o ideal é de que todas as informações possíveis sejam preenchidas.

Em relação aos campos “Orientação Sexual” e “Identidade de Gênero”, do total de cadastros, foram considerados apenas os cadastros com idade acima de doze anos, uma vez que tais campos devem ser autorreferidos. Considerando que o manual da Coleta de Dados Simplificada (CDS) não possui orientação em relação a faixa etária e orientação sexual/identidade de gênero, foram usadas como parâmetros a orientação referente à ficha de notificação de agravos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(SINAN), que orienta a identificação de orientação sexual e identidade de gênero a partir dos 10 anos (Brasil, 2016); contudo, os dados fornecidos pelo MS estavam organizados com a faixa etária classificada como “5 a 11 anos”, portanto foi utilizada também a definição de Estatuto da Criança e do Adolescente, onde considera-se criança a pessoa com até 12 anos incompletos (Brasil, 1990b).

RESULTADOS

Do total de 31.588 cadastros de usuários em situação de rua do Rio Grande do Sul no e-SUS, 28.065 eram de usuários acima de doze anos. Destes, 71,4% não possuíam informação sobre orientação sexual e 99,48% não possuíam informação sobre identidade de gênero (Figuras 1 e 2). Dos cadastros que possuíam informação sobre orientação sexual (8.023 cadastros), 99,05% eram referentes a usuários autodeclarados “Heterossexual”; e dos cadastros que possuíam informação sobre identidade de gênero (151 cadastros), 50,99% eram referentes a usuários autodeclarados “Outro”.

Tabela 1. Cadastros de População em Situação de Rua, conforme Orientação Sexual e Identidade de Gênero.

Variável	n	%
Orientação Sexual		
Heterossexual	8323	26,3%
Homossexual	59	0,2%
Bissexual	18	0,1%
Sem Informação	23188	73,4%
Total	31588	100,0%
Identidade de Gênero		
Homem transexual	48	0,2%
Mulher transexual	22	0,1%
Outro	90	0,3%
Transexual	<10	0,0%
Travesti	<10	0,0%
Sem informação	31420	99,5%
Total	31588	100,0%
Raça/Cor		
Branca	22124	70,0%

Preta	2851	9,0%
Parda	1280	4,1%
Amarela	1184	3,7%
Indígena	26	0,1%
Sem Informação	4123	13,1%
Total	31588	100,0%

Tabela 2. Cadastros de População em Situação de Rua, conforme Raça/Cor

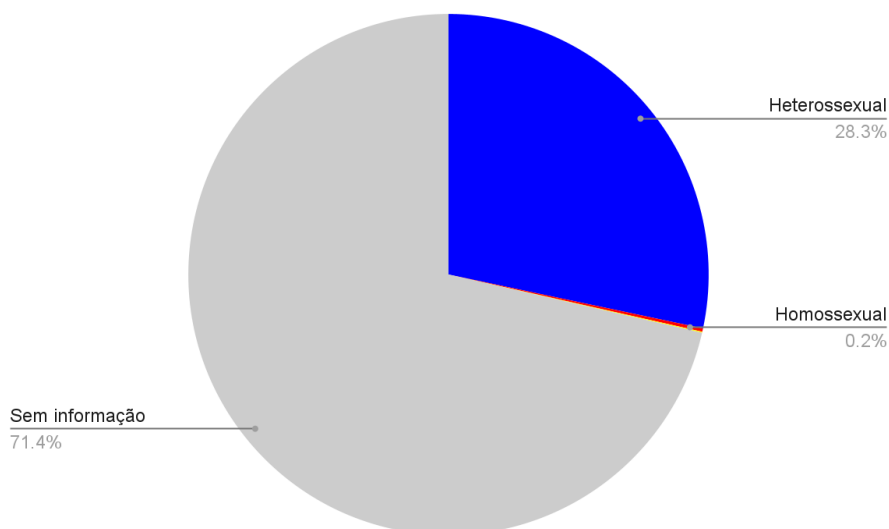
Faixa Etária	Total	Sem Informação - Orientação Sexual	Sem Informação - Identidade de Gênero
< 1 ano	203	Desconsiderado	Desconsiderado
1 a 4 anos	1142	Desconsiderado	Desconsiderado
5 a 11 anos	2178	Desconsiderado	Desconsiderado
12 a 15 anos	1198	982 (82%)	1191 (99%)
16 a 18 anos	1021	783 (77%)	1017 (100%)
19 a 24 anos	2352	1673 (71%)	2341 (100%)
25 a 29 anos	2148	1558 (73%)	2129 (99%)
30 a 39 anos	4915	3615 (74%)	4881 (99%)
40 a 49 anos	4885	3554 (73%)	4860 (99%)
50 a 59 anos	4451	3101 (70%)	4428 (99%)
60 a 65 anos	2530	1716 (68%)	2521 (100%)
66 a 85 anos	4130	2746 (66%)	4115 (100%)
Maior que 85 anos	435	314 (72%)	431 (99%)
Total	28065	20042 (71%)	27914 (99%)

Não houve cadastro sem informação sobre sexo. Não houve diferença significativa entre sexo, tanto no Estado quanto nas Macrorregiões, com 17.236 cadastros do sexo masculino, representando 54,6% dos cadastros, e 13.354 do sexo feminino, representando 45,4% do total de cadastros.

A maioria dos cadastros (86,95%) possuíam informação referente a Raça/Cor, sendo o maior percentual assinalado “Branca”, com 22.124 cadastros (70,04% do total de cadastros, e 80,55% dos cadastros com informação sobre Raça/Cor); seguido de

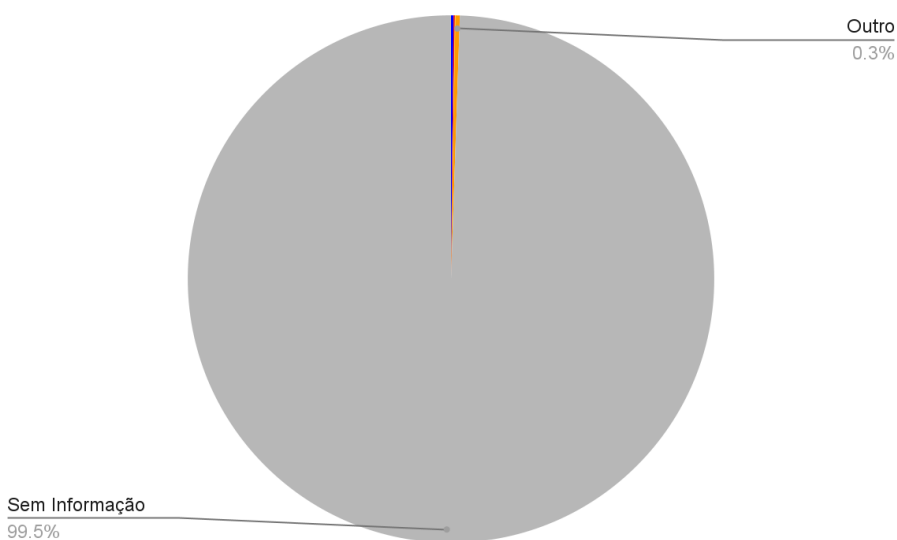
“Preta”, com 9,03%/10,38%; “Parda”, com 4,05%/4,66%; “Amarela”, com 3,75%/4,31%; e o menor, assinalado “Indígena”, com 26 cadastros (0,08%/0,09% dos cadastros) (Figura 3).

Figura 1. Cadastros de População em Situação de Rua conforme Orientação Sexual.



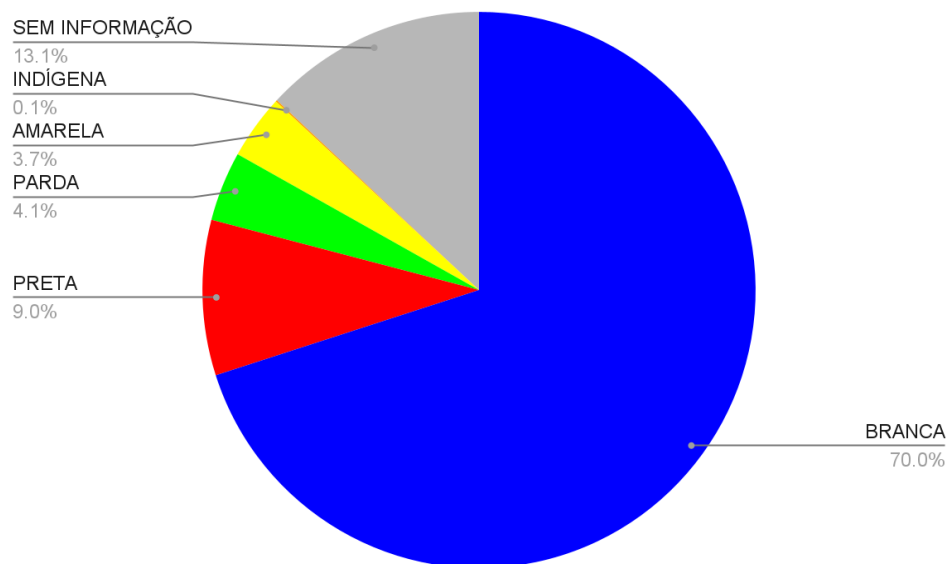
Fonte: e-SUS/SISAB/MS (2023).

Figura 2. Cadastros de População em Situação de Rua conforme Identidade de Gênero.



Fonte: e-SUS/SISAB/MS (2023).

Figura 3. Cadastros de População em Situação de Rua por Raça/Cor



Fonte: e-SUS/SISAB/MS (2023).

Em relação à faixa etária, a maior parte dos cadastros era de pessoas de 19 a 59 anos, com 18.751 cadastros representando 59,36% do total; seguido dos cadastros de 60 anos ou mais, com 7.095 (22,46%); dos cadastros de até 12 anos incompletos, com 3.523 (11,15%); e dos cadastros de 12 a 18 anos, com 2.219 (7.02%).

Dos cadastros com menos de 12 anos, 389 apresentavam informação sobre orientação sexual ou identidade de gênero, representando 11,04% dos cadastros com menos de 12 anos e 4,58% dos cadastros com informação sobre um dos quesitos.

A maior parte dos cadastros assinalados como “Situação de Rua” encontrava-se na Macrorregião Centro-Oeste (16.551 cadastros/52,4%) e na Macrorregião Metropolitana (10.131 cadastros/32,07%).

DISCUSSÃO

É possível perceber, a partir dos dados apresentados, diversas fragilidades no que diz respeito à coleta de dados sociodemográficos e sua alimentação aos sistemas de saúde. Assim como se faz necessário manter em mente que uma completude total dos dados não refletiria necessariamente o quantitativo fidedigno da PSR, por diversas razões, como a dificuldade de acesso da PSR ao SUS, uma vez que ela possui barreiras

de acesso devidas à discriminação explícita e/ou institucional. Ainda assim, mesmo nos cadastros que contém informação sobre orientação sexual e identidade de gênero, é possível perceber incongruências entre eles e a população LGBT projetada.

Embora não haja um mapeamento da PSR, foi realizado, em 2022, o Relatório Técnico sobre a PSR no Rio Grande do Sul de acordo com o Cadastro Único, que aponta a existência de 7.346 pessoas em situação de rua no RS. Além disso, de acordo o relatório, “em todo o RS, 88% [da PSR] eram homens”². Isso difere dos dados apresentados, com uma diferença de 430% no total de cadastros; e uma razão entre homens e mulheres bem mais próxima (54,6% homens). De fato, Pinheiro *et al* (2002) aponta que “de modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens”. Os dados apresentados reforçam que há uma parcela significativa de pessoas do sexo masculino em situação de rua que não estão acessando os serviços de saúde.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), cerca de 2% da população teria orientação sexual homossexual ou bissexual. Nos cadastros do e-SUS com idade acima de 12 anos com informação sobre orientação sexual, apenas 47,36% dessa população é representada, com apenas 0,95% do total 28.065 cadastros identificados como homossexual ou bissexual, sendo importante ressaltar que isso se refere a apenas 766 cadastros.

Em contrapartida, de acordo com a pesquisa de Spizzirri *et al.* (2021), cerca de 2% da população se identifica como não-cisgênera (transexual, travesti ou não-binária). Nos dados analisados, 49% dos cadastros acima de 10 anos com informação sobre identidade de gênero são identificados como pessoas não-cisgêneras. Essa discrepância pode ser explicada pelo baixo número de cadastros com informações sobre identidade de gênero, sendo apenas 151 dos 28.065 cadastros acima de dez anos, com 74 (0,3% do total de cadastros maiores de 10 anos) identificados como pessoas não-cisgêneras. Ao mesmo tempo, é notável, especificamente, a ausência de dados referentes à população transexual e travesti em situação de rua, contando com apenas 74 cadastros no Rio Grande do Sul, 30 destes na Região 1 - Capital e Vale do Gravataí.

O preenchimento dos dados sobre raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero é atravessada por diversos aspectos que devem ser considerados. Um deles é a

² Considerando que não há, no Cadastro Único, campo para “Identidade de Gênero”, presume-se que este dado refira-se a pessoas do sexo masculino.

LGBTfobia e racismo que atravessam as relações dos usuários com o serviço de saúde, barrando as pessoas em situação de vulnerabilidade de acessarem o serviço ou, quando acessam, criando a crença (por vezes até mesmo correta) de que, ao assumirem sua raça/cor, sexualidade ou identidade de gênero no ambiente da saúde, serão discriminadas no atendimento ou até mesmo não ouvidas. No relatório de 2022 do Lesbocenso, por exemplo, quase 25% das mulheres entrevistadas relataram que “se sentiram discriminadas/violentadas por serem lésbicas/sapatão em um atendimento ginecológico” (Liga Brasileira de Lésbicas/Associação Lésbica Feminina, 2022). Do mesmo modo, Silveira (2021) também aponta o desconforto por parte de usuários negros na coleta do quesito raça/cor, bem como o processo de branqueamento da população, apontando “uma discordância entre a autodeclaração do(a) usuário(a) e a percepção do profissional”. Além disso, a própria PSR pode optar por não fornecer seus dados como nome completo, CPF ou RG.

Outro aspecto é da cisheteronormatividade, compreendida como “um conjunto de normas que pressupõe pessoas sempre cisgêneras e heterossexuais enquanto desfecho natural da constituição da subjetividade humana” (Rosa, 2020, *apud* Sá; Szyllit, 2021), onde os profissionais de saúde presumem a cisgeneridade e/ou heterossexualidade por implicitamente as considerarem o “padrão” ou o “normal”. Isso é tornado ainda mais evidente em relação à identidade de gênero quando reparamos que, no campo Identidade de Gênero, as opções possíveis são apenas referentes a identidades não-cisgêneras - Transexual e Travesti - evidenciando a presença de um entendimento falacioso de que apenas pessoas trans têm identidade de gênero. De fato, as opressões estruturais muitas vezes são entendidas como campo - e responsabilidade - apenas daqueles que sofrem sob elas, isentando os sujeitos em posições de privilégios de terem que se ocupar, responsabilizar ou refletir sobre elas.

Ao mesmo tempo, os dados também sugerem a precarização do trabalho dos profissionais da APS. Somado às diversas questões do trabalho no SUS, como o “trabalho desregulado e desprotegido[,] inexistência de um processo institucionalizado de educação permanente para os trabalhadores do SUS [e a] formação inadequada dos profissionais de saúde para desempenho nos serviços públicos” (Brasil, 2006), em 2019 surge o programa Previne Brasil, que altera o custeio da Atenção Básica para incluir,

entre outro, o pagamento por desempenho (Brasil, 2019), efetivando uma lógica produtivista e focada na assistência em detrimento de outros aspectos da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados evidenciam as fragilidades ainda presentes tanto no que diz respeito ao preenchimento dos dados sociodemográficos quanto ao olhar atento às intersecções de vulnerabilidades que atravessam o acesso e o cuidado em saúde, uma vez que os cadastros apresentaram preenchimento regular em relação a raça/cor e muito ruim em relação a orientação sexual e identidade de gênero. A população de rua é uma população já submetida a diversas violações de direitos; a falta de dados sobre ela reforça sua invisibilização e suas barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Conforme apontam Menezes e Grassi,

a histórica marginalização da população em situação de rua pelo poder público e pela sociedade em geral estabeleceu uma cultura de não produção de dados que estimassem o tamanho dessa população e suas características (Menezes; Grassi, 2022, p. 7).

Faz-se necessário, portanto, maior investimento em um mapeamento da PSR no Rio grande do Sul e planejamento de ações voltadas a essa população, bem como em educação permanente, capacitação e sensibilização dos profissionais, no intuito de fortalecer o cuidado especialmente com aqueles que historicamente são marginalizados e enfrentam barreiras de acesso à saúde.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 14 jun. 2024

BRASIL. *Lei nº 8069/1990, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Presidência da República, 2009a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. *Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011*. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: integração atenção básica e vigilância em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 976*. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15376182540&ext=.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2024.

CAMPOS, G. de S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: HUCITEC, 2008.

BATISTA, J. P. S.; RIBEIRO, J. Resenha do CORTINA, A. Aporofobia, a aversão ao pobre: um desafio para a democracia. *Revista Linguagem em Foco*, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 265-273, 2023. DOI: 10.46230/2674-8266-15-10070. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/linguagememfoco/article/view/10070/8924>. Acesso em: 14 jun. 2024.

GUIMARÃES, A.S.A. Cor e raça: raça, cor e outros conceitos analíticos. In: PINHO, A.O.; SANSONE, L. (Org.) *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2nd. rev. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 63-82.

JESUS, J. G. DE. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. Brasília, DF: Fundação Biblioteca Nacional, 2012.

HART, Z. M de A. (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

LIGA BRASILEIRA DE LÉSBICAS. ASSOCIAÇÃO LÉSBICA FEMINISTA. *I LesboCenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil*. Brasília, DF: Liga Brasileira de Lésbicas e Associação Lésbica Feminista de Brasília, 2022.

LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MENEZES, D. B.; GRASSI, A. C. *População em situação de rua no Rio Grande do Sul de acordo com o Cadastro Único*. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2022. Relatório Técnico.

MENDES, E. V. *et al.* *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos*. Washington, DC: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2008.

PIMENTA, M. DE M. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 19, n. 1, p. 82–104, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30905>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/ZJ8DJ6tQTmZNCwBkBcrDRJH/?lang=pt>. Acesso em: 30 de junho de 2025.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39rwjxMH7z7kKRqv9kQGr4L/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2024.

REIS, R. S. (Org.) *Epidemiologia: conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde*. São Luís: EDUFMA, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Portaria nº 512, de 29 de julho de 2020*. Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2024.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 673-681, mar. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HXqrdksBsMrr4R9Ydnnmqcf/>. Acesso em: 14 jun. 2024.

SÁ, N. N.; SZYLIT, R. Cisheteronormatividade e luto na experiência familiar da pessoa não-cisgênero. *Pathos*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 45-72. 2021. Disponível em: <https://revistapathos.com.br/wp-content/uploads/2024/04/cisheteronormatividade.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2024.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A situação de rua para além de determinismos: explorações conceituais. In: ALINE, E. D.; OBST, J.; SILVA, M. B. (orgs.). *A rua em movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012. p. 11-26.

SILVEIRA, R. et al. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na atenção básica (SUS) no sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. e200414, 2021.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Rd86QFbhvDXkTHvGZR7zjpQ/?lang=pt>. Acesso em:
14 jun. 2024.

SPIZZIRRI, G., *et al.* Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific reports*, Reino Unido, v. 11, n.1, p. 2240, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>. Disponível em:
<https://www.nature.com/articles/s41598-021-81411-4>. Acesso em: 14 jun. 2024.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva
Recebido em 10 de abril de 2025.
Aceito em 09 de fevereiro de 2026.
Publicado em 12 de maio de 2026.

Como referenciar este artigo (ABNT):

CATASBLANCAS, M. A.; MACHADO, C. A. Caracterização da população em situação de rua do Rio Grande do Sul na Atenção Primária à Saúde em 2022. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2026. DOI: