



CAPÍTULO 3

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTUDO TRANSVERSAL

Angela dos Santos Silva¹
Ítalo Arão Pereira Ribeiro¹
João Gabriel Ribeiro dos Santos¹
Aline Raquel de Sousa Ibiapina¹
Sandra Cristina Pillon²
Márcia Astrês Fernandes¹

¹Universidade Federal do Piauí.

²Universidade de São Paulo.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Transtornos Mentais; Saúde Mental.

DOI

10.59290/978-65-6029-339-7.3



INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) representa um fenômeno social complexo e em plena expansão nas grandes cidades brasileiras, emergente de transformações estruturais decorrentes da globalização, da urbanização acelerada e da persistente desigualdade socioeconômica (GRAMAJO *et al.*, 2023). Diante da magnitude e da complexidade dessa realidade, o Estado brasileiro instituiu políticas públicas relevantes, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR, 2009), a garantia de acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS) sem exigência de comprovante de residência (2011) e a implantação da Estratégia Consultório na Rua (2012). Tais iniciativas buscam assegurar o direito à saúde e à cidadania a uma população historicamente marcada pela exclusão e pela vulnerabilidade social (BRASIL, 2023).

Apesar dos avanços institucionais, a escassez de dados oficiais abrangentes e atualizados constitui um obstáculo importante à compreensão da real magnitude da PSR no Brasil. Os censos demográficos tradicionais tendem a excluir indivíduos sem residência fixa, enquanto os registros administrativos são marcados por subnotificações, comprometendo a formulação de políticas públicas baseadas em evidências (BRASIL, 2023; HUMAN RIGHTS WATCH, 2022). Em 2022, o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) contabilizou 236.400 pessoas em situação de rua, número reconhecidamente subestimado, uma vez que a ausência recorrente de documentação pessoal dificulta o cadastramento e restringe o acesso a serviços públicos essenciais (NATALINO, 2023).

O perfil sociodemográfico da população em situação de rua (PSR) no Brasil revela a predominância de homens (86,8%), em sua maioria adultos jovens, com idade entre 25 e 44 anos, e com representatividade de pessoas negras (67,5%), evidenciando os efeitos persistentes das desigualdades estruturais de raça, gênero e classe (SILVA *et al.*, 2021). A vivência nas ruas resulta da confluência de múltiplos fatores interdependentes, tais como desemprego, desagregação dos vínculos familiares, uso de substâncias psicoativas, exposição à violência e sofrimento psíquico, os quais atuam simultaneamente como causas e consequências da permanência nessa condição (BARATA *et al.*, 2015). A exclusão social que atravessa a trajetória das PSR possui raízes históricas profundas, vinculadas ao período colonial e à escravidão, processos fundantes da sociedade brasileira que institucionalizaram formas de subalternização e marginalização, culminando na ruptura de direitos fundamentais, como moradia, trabalho e acesso às redes de proteção social (ABREU & FARIAS, 2015).

A população em situação de rua enfrenta vulnerabilidades sociais e sanitárias severas, que incluem elevada exposição à violência, múltiplas comorbidades clínicas e alta prevalência de transtornos mentais (HALPERN *et al.*, 2017). Entre estes, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), definidos como quadros caracterizados por sintomas como ansiedade, depressão, distúrbios do sono e manifestações somáticas que, embora não classificados como transtornos psiquiátricos graves, comprometem significativamente o funcionamento cotidiano e a qualidade de vida dos indivíduos afetados (GOLDBERG & HUXLEY, 1992; TREVISAN & CASTRO, 2021).

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo descrever os transtornos mentais mais prevalentes entre pessoas em situação de rua em uma capital da região Nordeste do Brasil, contribuindo para a ampliação do conhecimento científico sobre a saúde mental dessa população e subsidiando políticas públicas mais sensíveis às suas especificidades.



MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, de delineamento transversal, cujo objetivo foi avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre pessoas em situação de rua. A investigação integra uma pesquisa de maior abrangência intitulada “*Uso de álcool e outras drogas, transtorno mental comum e violência entre a população em situação de rua*”, desenvolvida no âmbito da Universidade Federal do Piauí (UFPI). A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2019 e março de 2020, no município de Teresina (PI), por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem do Campus Ministro Petrônio Portella, previamente capacitados para a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

A amostra do estudo foi composta por pessoas em situação de rua assistidas pelos serviços da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI) de Teresina (PI). Utilizou-se uma amostragem não probabilística, do tipo por conveniência, com estimativa inicial de 212 participantes. Entretanto, em razão da eclosão da pandemia de COVID-19 e da consequente adoção de medidas sanitárias de contenção, a coleta de dados foi interrompida, resultando em uma amostra final composta por 127 indivíduos.

Foram adotados como critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, estar em situação de rua, ser assistido pela SEMCASPI, estar presente e disponível no momento da coleta e apresentar capacidade cognitiva preservada para compreender e responder ao questionário. Foram excluídas da amostra pessoas com transtornos mentais severos que inviabilizassem a participação, bem como aquelas em estado agudo de intoxicação por substâncias psicoativas no momento da abordagem.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado, que contemplava variáveis sociodemográficas, tais como: sexo, idade, cor/raça autorreferida, estado civil, número de filhos, escolaridade, fonte de renda, situação ocupacional e condições de saúde autorreferidas. Para a avaliação da presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC), aplicou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado para uso no Brasil por Santos *et al.* (2009).

O SRQ-20 é composto por 20 questões com respostas dicotômicas (sim/não), sendo quatro referentes a sintomas somáticos e dezesseis relacionadas a sintomas psicoemocionais. Cada resposta afirmativa recebe um ponto, gerando um escore total que varia de 0 a 20. Neste estudo, adotou-se o ponto de corte ≥ 7 , considerando-se como casos prováveis de sofrimento psíquico os participantes que atingiram essa pontuação, conforme recomendações de Souza *et al.* (2017) e Pie *et al.* (2013).

Os dados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel®, com realização de dupla entrada para controle de inconsistências e minimização de erros de digitação. Em seguida, foram exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, onde foi conduzido o processamento estatístico.

As análises descritivas incluíram o cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão, valores máximos e mínimos) para variáveis contínuas. Para a análise de associações entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, sendo empregado o teste exato de Fisher nos casos em que os pressupostos do primeiro não foram atendidos. Empregou-se um nível de significância de $p < 0,05$ em todas as análises inferenciais.

O estudo seguiu rigorosamente os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram previamente informados so-



bre os objetivos, procedimentos e implicações da pesquisa, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas. A participação foi voluntária, formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), sob o Parecer nº 3.152.268, emitido em 18 de fevereiro de 2019, e contou com autorização institucional da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI) para sua realização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A **Tabela 3.1** apresenta as características sociodemográficas e de vida dos 127 participantes em situação de rua incluídos no estudo. Constatou-se uma predominância do sexo masculino (85%; $n = 108$), de indivíduos solteiros (59,1%; $n = 75$) e com filhos (54,3%; $n = 69$). Esses achados estão em consonância com evidências de estudos conduzidos em diferentes regiões do Brasil, que apontam para um perfil recorrente entre a população em situação de rua, composto majoritariamente por homens adultos, solteiros e com descendência. Tal configuração reforça a persistência de um padrão social estruturado por desigualdades de gênero, fragilidade dos vínculos familiares e afetivos e exclusão das redes institucionais de cuidado (WINKELMANN *et al.*, 2018; LAWDER *et al.*, 2019; PATRÍCIO, 2019).

A análise da cor/raça autorreferida indicou que 60,6% ($n = 77$) dos participantes se autodeclararam pardos, evidenciando o caráter racializado da exclusão social que permeia essa população. Esse achado corrobora com a literatura que reconhece o racismo estrutural como um dos principais vetores das desigualdades no Brasil, manifestando-se de forma particularmente aguda entre grupos socialmente marginalizados, como as pessoas em situação de rua (ABREU & FARIAS, 2015; SILVA *et al.*, 2021). Tal realidade reforça a necessidade de abordagens interseccionais que considerem as interações entre raça, classe e vulnerabilidade social no desenvolvimento de políticas públicas efetivas.

A média de idade dos participantes foi de 39,2 anos ($DP = 11,96$), indicando uma população em idade produtiva, porém distante das oportunidades formais de trabalho e de inserção social. Essa exclusão manifesta-se também nos níveis observados de escolaridade e renda: 41,7% ($n = 53$) possuíam ensino médio incompleto, enquanto 38,6% ($n = 49$) não dispunham de nenhuma fonte formal de renda. Consequentemente, a maioria recorria a atividades informais para sua subsistência — padrão já descrito por Villa *et al.* (2017), que identificaram ocupações como vigilância de veículos, coleta de materiais recicláveis, comércio ambulante e, em determinados casos, a prostituição, como estratégias habituais de sobrevivência cotidiana.

Ao investigar os fatores que culminaram na vivência em situação de rua, o estudo identificou como principais determinantes os conflitos familiares (39,4%; $n = 71$), o uso de álcool e/ou outras drogas (24,4%) e o desemprego (19,4%). Esses achados corroboram pesquisas que evidenciam a ruptura dos vínculos afetivos e o sofrimento material e emocional como causas e consequências da condição de rua (ALDRIDGE *et al.*, 2018; FIORATI *et al.*, 2016; HUGHES *et al.*, 2010). A desestruturação dos laços familiares intensifica sentimentos de medo, desesperança e insegurança, ampliando o risco de sofrimento psíquico. Nesse contexto, a desesperança é apontada como um fator importante para o desenvolvimento de quadros de angústia crônica, ideação suicida e baixa resiliência.

**Tabela 3.1** Caracterização sociodemográfica e condições de vida da população em situação de rua (PSR) frequentadora de albergues de Teresina, PI, Brasil (N = 127), 2020

PARTE I – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
	N (%)	Média ± DP	Mediana
Sexo			
Feminino	19(15,0)		
Masculino	108(85,0)		
Idade			
		39,25±11,96	37
Situação Conjugal			
Solteiro (a)	75(59,1)		
Casado (a)	8(6,3)		
Separado (a) /desquitado (a) /divorciado (a)	28(22,0)		
Viúvo (a)	4(3,1)		
Relacionamento estável	12(9,4)		
Cor/Raça			
Branca (o)	22(17,3)		
Preta (o)	27(21,3)		
Amarela (o)	1(,8)		
Parda (o)	77(60,6)		
Escolaridade			
Analfabeto	9(7,1)		
Ensino Fundamental (Completo/Incompleto)	21(16,5)		
Ensino médio incompleto	53(41,7)		
Ensino Superior	25(19,7)		
Renda			
Aposentadoria (salário mínimo)	11(8,7)		
Benefício governamental	37(29,1)		
Autônomo	30(23,6)		
Não tem	49(38,6)		
Nº de Filhos			
Sim	69(54,3)		
Não	58(45,7)		
PARTE II – CONDIÇÕES DE VIDA			
Naturalidade			
Capital	53(41,7)		
Interior	25(19,7)		
Outro estado	49(38,6)		
Tempo que vive em situação de rua			
		1,70±0,46	2
Motivação para morar/viver na rua			
Álcool e outras drogas	44,4(24,4)		
Desemprego	35(19,4)		
Conflitos Familiares	71(39,4)		
Violência	11(6,1)		
Doença Mental	3(1,7)		
Desastres Naturais	1(0,6)		
Outros	15(8,3)		
Viver na rua é fator predisponente para o consumo de substâncias psicoativas?			
Sim	88(69,3)		
Não	38(29,9)		
Não informou	1(,8)		
Tipos de violência autorreferidas			
Física	73(32,7)		
Sexual	12(5,4)		
Psicológica	81(36,3)		
Patrimonial	45(20,2)		
Outra	12(5,4)		

Fonte: pesquisa direta.



Outro dado relevante é que 69,3% (n = 88) dos entrevistados reconheceram a vivência em situação de rua como um fator predisponente ao consumo de substâncias psicoativas. A experiência de vida nas ruas frequentemente se caracteriza por condições adversas, como fome, violência, exposição ao frio, solidão e negligência institucional. Nesse contexto, o uso de álcool e/ou outras drogas não apenas atua como um fator precipitador do rompimento dos vínculos sociais, mas também emerge como uma estratégia de enfrentamento das adversidades cotidianas. Estudos conduzidos por Biscotto *et al.* (2016), Matoso *et al.* (2019) e Adorno (2013) indicam que o consumo de substâncias representa, para muitos indivíduos, uma tentativa de mitigar o sofrimento emocional e físico, além de mediar relações sociais e facilitar o acesso a determinados recursos.

A análise revelou que 41,7% (n = 53) dos participantes eram naturais do próprio município de Teresina (PI), indicando uma tendência à permanência local, em contraposição ao imaginário social que frequentemente associa a população em situação de rua a deslocamentos migratórios constantes. A média de tempo em situação de rua foi de 1,7 anos (DP = 0,46), sugerindo que, embora relativamente recente para parte dos entrevistados, a experiência da rua já se configurava como um elemento estruturante de suas trajetórias de vida.

As experiências de violência emergem como uma dimensão cotidiana da vida em situação de rua. Relatos de agressões físicas e psicológicas foram recorrentes entre os participantes, envolvendo tanto conflitos entre pares quanto episódios perpetrados por agentes externos, como comerciantes, moradores e forças de segurança. Esses dados evidenciam a presença de uma lógica higienista e excludente que permeia o tratamento dispensado à população em situação de rua em diversas cidades brasileiras. Conforme descrito por Rosa e Brêtas (2015), mulheres em situação de rua relataram, por meio de diários de campo, vivências sistemáticas de violência física e simbólica, muitas vezes naturalizadas ou invisibilizadas socialmente. Tais agressões não constituem meros efeitos colaterais da permanência nas ruas, mas operam como dispositivos de manutenção da exclusão social, reforçando a marginalização e a negação de direitos fundamentais.

Por fim, estratégias coletivas de proteção, como a formação de pequenos grupos ou redes de apoio entre pares, foram identificadas como importantes mecanismos de enfrentamento à violência cotidiana. Esses arranjos solidários representam formas de resistência e sobrevivência perante a ausência do Estado e a hostilidade social, funcionando como espaços de cuidado mútuo, partilha de recursos e preservação da integridade física e emocional. Tais dados reforçam a relevância dos vínculos interpessoais como dispositivos psíquicos e sociais de sustentação da vida em contextos de extrema vulnerabilidade, conforme também evidenciado por Biscotto *et al.* (2016) e Macdonald (2014).

Ainda com base nos dados da **Tabela 3.2**, observou-se que 63% (n = 80) dos participantes apresentaram sofrimento psíquico importante, com escore médio de 8,4 (DP = 4,7) na amostra total. Essa prevalência elevada reforça a hipótese de que as condições estruturais de vulnerabilidade vivenciadas pelas pessoas em situação de rua (PSR) configuram-se como determinantes críticos para o adoecimento mental.

Em estudo conduzido por Szymkowiak *et al.* (2017), envolvendo 16.912 veteranos em situação de rua nos Estados Unidos, identificou-se que a exposição contínua a contextos adversos — caracterizados por insegurança, estigmatização e ausência de suporte social — está diretamente associada ao desenvolvimento de sintomas de estresse, ansiedade e sofrimento psíquico. Os autores destacam, ainda, que, em muitos casos, o sofrimento mental antecede o rompimento com o lar, sendo a rua vivenciada como um espaço paradoxal de relativa liberdade e acolhimento, embora permeado por precariedade, riscos e violência.



Tais achados convergem com os dados do presente estudo, nos quais diversos participantes relataram que a experiência de sofrimento mental esteve implicada tanto nos fatores causais quanto na perpetuação de sua permanência nas ruas.

O estudo de Villa *et al.* (2017), que investigou 191 mulheres em situação de rua, revelou que 58% destas apresentavam indícios de sofrimento mental. As participantes relataram, de forma recorrente, sentimentos de invisibilidade social, estigmatização e desvalorização pessoal — elementos que não apenas intensificam o sofrimento psíquico, mas também operam como mecanismos de exclusão simbólica e material. Esses fatores contribuem para o enfraquecimento da autoestima e dificultam os processos de reinserção social, especialmente quando associados à lógica moralizante que atribui à população em situação de rua a responsabilidade pela sua condição, naturalizando a exclusão como “escolha individual”. Tal narrativa de culpabilização, frequentemente reproduzida por diferentes setores sociais e institucionais, desconsidera os determinantes estruturais que levam à ruptura dos vínculos familiares, à perda de moradia e ao adoecimento mental, contribuindo para a manutenção do ciclo de exclusão social.

Quando comparados aos índices da população geral, os dados do presente estudo evidenciam uma disparidade acentuada. Pesquisas realizadas em diferentes contextos, utilizando o mesmo instrumento (SRQ-20), apontam prevalências de TMC entre 20% e 25% na população geral (SOUZA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2010; LUCCHESI *et al.*, 2014). Em contraste, a prevalência observada entre as pessoas em situação de rua (63%) mais do que duplica essa estimativa, revelando um cenário de sofrimento psíquico importante e mais grave. Tal achado reforça a compreensão de que o sofrimento mental nessa população não constitui um fenômeno isolado ou pontual, mas sim um processo estruturalmente determinado por condições sociais e econômicas profundamente desiguais, que expõem esses indivíduos a estressores contínuos, violações de direitos e ausência de proteção institucional.

Embora, em alguns casos, os transtornos mentais antecedam a vivência nas ruas, é evidente que a experiência de exclusão, insegurança e desproteção social amplifica significativamente o risco de adoecimento psíquico. Laporte *et al.* (2018) ressaltam que pessoas em situação socioeconômica vulnerável, como a maioria das PSR, estão mais expostas ao sofrimento mental e, paradoxalmente, enfrentam maiores obstáculos para acessar os serviços de saúde. Esse cenário é agravado por fatores como a perda de documentos pessoais, barreiras administrativas, estigma institucional e desconhecimento de seus próprios direitos, configurando um ciclo de negligência que perpetua o sofrimento e a exclusão.

A esse respeito, Mabhala, Yohannes e Griffith (2017), em estudo realizado na Inglaterra, argumentam que tornar-se uma pessoa em situação de rua envolve um processo cumulativo de perda de resiliência. Os fatores protetivos — como uma identidade pessoal positiva, expectativas de futuro e redes de apoio familiar ou social — tendem a estar fragilizados ou ausentes nesse grupo. Em seu lugar, observa-se o desenvolvimento de comportamentos desadaptativos, como o uso abusivo de substâncias psicoativas e o envolvimento em práticas de sobrevivência à margem da legalidade, os quais não apenas contribuem para o ingresso na situação de rua, mas também comprometem vínculos e sustentam o ciclo de exclusão. Esses achados dialogam com a realidade brasileira, marcada por múltiplas privações e pela fragilidade das políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental e da cidadania da população em situação de rua.

**Tabela 3.2** Classificação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), segundo as pessoas em situação de rua frequentadoras de albergues de Teresina, PI, Brasil (N = 127), 2020

	N (%)	Média ± DP	Mediana
Sem sofrimento Mental	47(37,0)		
Com sofrimento Mental	80(63,0)		
Escore SRQ-20		8,48±4,73	8

Fonte: pesquisa direta.

A **Tabela 3.3** apresenta a distribuição dos sintomas de sofrimento mental reportados pelos participantes, organizados segundo os quatro domínios do SRQ-20: humor depressivo/ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Essa organização permite uma análise mais detalhada do perfil do sofrimento psíquico entre as pessoas em situação de rua (PSR), evidenciando os impactos subjetivos e funcionais desse sofrimento em um contexto de extrema vulnerabilidade.

No domínio do humor depressivo/ansioso, observou-se elevada prevalência de sintomas. A maioria dos participantes relatou sentir-se frequentemente triste (78,7%) e nervosa, tensa ou preocupada (70,1%). Além disso, 52,8% afirmaram assustar-se com facilidade, o que pode ser interpretado como sinal de hipervigilância, frequentemente associada a vivências traumáticas ou a situações crônicas de estresse. Em contrapartida, 51,2% negaram chorar mais do que de costume, o que pode refletir mecanismos subjetivos de contenção emocional ou mesmo a normalização do sofrimento no cotidiano das ruas. Esses resultados refletem uma condição persistente de sofrimento mental, alinhando-se ao que apontam Patrício (2019) e Szymkowiak *et al.* (2017) ao discutirem os efeitos da rua como espaço de exposição constante a fatores de risco emocionais e psíquicos.

No grupo dos sintomas somáticos, o único sintoma com frequência expressiva foi o sono prejudicado (63%). Esse dado é particularmente relevante, considerando que a privação ou perturbação do sono constitui um marcador sensível de sofrimento mental e está associada a diversos desfechos negativos, como irritabilidade, fadiga crônica, prejuízo cognitivo e aumento do risco de transtornos depressivos e ansiosos. Os demais sintomas somáticos — como dores de cabeça, má digestão e tremores — foram negados pela maioria dos participantes, sugerindo que, embora estejam expostos a múltiplas adversidades, não apresentavam sintomatologia somática intensa. Tal achado pode ser explicado por uma possível dissociação entre o sofrimento psíquico e a manifestação corporal dos sintomas ou, ainda, pela banalização das dores físicas em função da vivência em contextos marcados pela escassez e pela violência.

No que se refere ao domínio do decréscimo de energia vital, observou-se um padrão ambíguo. A maior parte dos entrevistados relatou não apresentar dificuldades para tomar decisões (57,5%), pensar com clareza (56,7%), realizar atividades com satisfação (65,7%) ou manter o desempenho no trabalho (81,1%). Por outro lado, mais da metade afirmou sentir-se cansada o tempo todo (54,3%) e cansar-se com facilidade (51,2%), sintomas que indicam uma sensação persistente de exaustão física e emocional. Esses dados sugerem que, embora a motivação para a ação e o funcionamento cognitivo básico estejam preservados em parte dos indivíduos, a fadiga crônica pode estar presente como resultado da sobrecarga física e emocional vivenciada nas ruas, conforme discutido por Fiorati *et al.* (2016) e Hughes *et al.* (2010).



Quanto ao domínio dos pensamentos depressivos, a maioria dos participantes respondeu negativamente às questões mais críticas. Especificamente, 78% não se consideravam incapazes de desempenhar um papel útil; 77% não se sentiam inúteis; 60,6% não relataram perda de interesse pelas atividades; e 71,7% negaram ter pensado em tirar a própria vida. Esses dados contrastam com o elevado índice de sintomas afetivos observados nos demais domínios e podem indicar a presença de traços de resiliência subjetiva. Ou seja, mesmo diante de altos níveis de sofrimento mental, muitos indivíduos mantêm a percepção de utilidade pessoal e preservam estratégias de enfrentamento, o que pode funcionar como fator protetivo perante o colapso emocional.

Tabela 3.3 Caracterização das respostas ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), segundo as pessoas em situação de rua frequentadoras de albergues de Teresina, PI, Brasil (N = 127), 2020

Grupos de sintomas	Sim	Não
	N(%)	N(%)
Humor depressivo/ansioso		
Q4-Assusta-se com facilidade?	67(52,8)	60(47,2)
Q6-Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	89(70,1)	38(29,9)
Q9-Tem se sentido triste ultimamente?	100(78,7)	27(21,3)
Q10-Tem chorado mais que de costume?	62(48,8)	65(51,2)
Sintomas somáticos		
Q1-Tem dores de cabeça frequentes?	57(44,9)	70(55,1)
Q2-Tem falta de apetite?	51(40,2)	76(59,8)
Q3-Dorme mal?	80(63,0)	47(37,0)
Q5-Tem tremores de mão?	55(43,3)	72(56,7)
Q7-Tem má digestão?	22(17,3)	105(82,7)
Q19-Tem sensações desagradáveis no estômago?	37(29,1)	90(70,9)
Decréscimo de energia vital		
Q8-Tem dificuldade para pensar com clareza?	55(43,3)	72(56,7)
Q11-Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	47(37,3)	79(62,7)
Q12- dificuldades para tomar decisões?	54(42,5)	73(57,5)
Q13-Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	24(18,9)	103(81,1)
Q18-Sente-se cansado(a) o tempo todo?	69(54,3)	58(45,7)
Q20-Cansa-se com facilidade?	65(51,2)	62(48,8)
Pensamentos depressivos		
Q14-É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	28(22,0)	99(78,0)
Q15-Tem perdido o interesse pelas coisas?	50(39,4)	77(60,6)
Q16-Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	29(23,0)	97(77,0)
Q17-Tem tido ideias de acabar com a vida?	36(28,3)	91(71,7)

Fonte: pesquisa direta.

Estudos anteriores, como o de Patrício (2019), apontaram que pessoas em situação de rua podem manifestar níveis reduzidos de resiliência, especialmente quando associada aos Transtornos Mentais Comuns (TMC). Contudo, o presente estudo revela um panorama mais heterogêneo, no qual coexistem sofrimento psíquico e indicadores de resistência subjetiva. Essa aparente contradição pode ser explicada pelo fortalecimento de vínculos afetivos entre pares, pela construção de redes informais de apoio e pelo acesso — ainda que intermitente — a serviços de saúde, assistência social e espaços de escuta qualificada. Mabhala *et al.* (2017) e Rook (2015) destacam que elementos como fé, otimismo, vínculos



comunitários e relações de solidariedade entre PSR contribuem para o desenvolvimento da resiliência mesmo em contextos de privação.

Além disso, o enfrentamento coletivo das adversidades — por meio da convivência com outros indivíduos em situação semelhante — pode operar como uma forma de proteção emocional. A troca de experiências, o apoio mútuo e a formação de laços afetivos funcionam como estratégias de sobrevivência e atenuam a sensação de desamparo, tornando o cotidiano mais suportável e contribuindo para a manutenção de alguma esperança, conforme apontam Brasil (2016) e Patrício (2019).

Esses achados ampliam a compreensão sobre a saúde mental das pessoas em situação de rua ao demonstrar que, embora a prevalência de sintomas emocionais negativos seja elevada, há também evidências de preservação de aspectos subjetivos importantes, como autoestima, sentido de utilidade e desejo de viver. Tais elementos são fundamentais para a construção de estratégias de cuidado mais sensíveis, capazes de reconhecer não apenas o sofrimento, mas também as potências individuais e coletivas presentes nas trajetórias de vida dessa população.

Os dados da **Tabela 3.4** revelam uma prevalência expressiva de sofrimento mental entre pessoas em situação de rua (PSR), com destaque para alguns marcadores sociodemográficos associados a maior vulnerabilidade psíquica. No total, 63% (n = 80) dos participantes apresentaram escore indicativo de Transtornos Mentais Comuns (TMC), com média de 8,48 pontos no SRQ-20 (DP = 4,73), valor consideravelmente superior à média registrada na população geral, geralmente em torno de 23%, conforme evidenciado em estudos anteriores (SOUZA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2010; MORAIS & SEGRI, 2011; LUCHESE *et al.*, 2014).

A maior proporção de TMC foi identificada entre as mulheres: das 19 entrevistadas do sexo feminino, 84,2% apresentaram sinais de sofrimento mental. Esse resultado é coerente com a literatura internacional, como o estudo conduzido por Laporte *et al.* (2018) com 840 PSR em Paris, que também identificou maior comprometimento mental entre mulheres. Essa diferença pode ser parcialmente explicada por estilos de enfrentamento distintos entre os sexos: enquanto os homens tendem a adotar estratégias voltadas à resolução direta de problemas, as mulheres frequentemente recorrem a mecanismos centrados na emoção, que incluem maior expressividade emocional e maior relato de sintomas (CARLOTTO *et al.*, 2011). Soma-se a isso a sobrecarga de papéis, a vivência de violência de gênero e as dificuldades estruturais no acesso a recursos básicos, fatores que tornam a mulher em situação de rua ainda mais suscetível ao sofrimento psíquico (PATEL & KLEINMAN, 2003; SOUZA *et al.*, 2017).

Embora a maior parte da amostra seja composta por homens, a expressiva diferença percentual entre os sexos quanto à presença de TMC sugere a necessidade de abordagens específicas para o cuidado em saúde mental de mulheres em situação de rua, considerando a complexidade dos fatores que atravessam suas trajetórias de vida.

A situação conjugal também se mostrou relevante. Observou-se menor prevalência de TMC entre indivíduos casados ou em união estável, o que pode estar relacionado ao suporte afetivo e emocional proporcionado por vínculos mais duradouros. Em contrapartida, entre os solteiros, a prevalência foi mais elevada, possivelmente em função do menor apoio social, da ausência de redes de cuidado e do isolamento afetivo — fatores que contribuem significativamente para o agravamento da saúde mental. Embora estudos anteriores indiquem a viuvez como fator de risco para o sofrimento psíquico (ROCHA *et al.*, 2010), os dados do presente estudo não exploraram a variável “tempo de perda do cônjuge”, o que pode explicar divergências em relação aos achados da literatura.



No que se refere à cor/raça, os dados apontaram maior prevalência de TMC entre pessoas pardas e pretas, que constituíram a maioria da amostra. Esses achados reiteram a interseccionalidade entre desigualdades raciais, exclusão social e sofrimento mental, em um contexto marcado pelo racismo estrutural e institucional. A literatura evidencia que pessoas negras, sobretudo quando expostas à pobreza extrema e à ausência de moradia, enfrentam múltiplas camadas de exclusão e estigmatização, o que aprofunda os danos psíquicos (SOUZA *et al.*, 2017; CARLOTTO *et al.*, 2011).

Outro achado relevante foi a associação entre sofrimento mental e baixa escolaridade. Participantes com menor nível de instrução, especialmente aqueles com ensino médio incompleto ou menor escolaridade, apresentaram maiores escores no SRQ-20. Esse resultado reforça o papel da educação como fator de proteção à saúde mental, uma vez que maior escolaridade tende a ampliar as possibilidades de escolha, fortalecer a autoestima, promover o pensamento crítico e facilitar o acesso à informação e aos serviços de saúde (MARGNO *et al.*, 2006; ROCHA *et al.*, 2010). Por outro lado, a ausência de letramento funcional limita o acesso a políticas públicas, dificulta o autocuidado e intensifica a vulnerabilidade social.

A renda — ou a ausência dela — também se configurou como um marcador importante. Pessoas sem qualquer fonte de renda apresentaram maior prevalência de TMC, evidenciando a relação direta entre insegurança material e sofrimento psíquico. A privação econômica, associada à dificuldade de acesso a direitos básicos, contribui para sentimentos de desesperança, isolamento e perda de autonomia, aspectos diretamente relacionados ao adoecimento mental (LUCCHESI *et al.*, 2014; VILLA *et al.*, 2017). Ademais, a ausência de documentos pessoais — condição frequente entre PSR — dificulta o acesso a benefícios sociais, consultas médicas e tratamentos especializados, ampliando o sofrimento e os riscos de agravamento dos quadros de saúde mental (LAPORTE *et al.*, 2018).

Um aspecto que merece atenção refere-se ao número de filhos. Os participantes que relataram ter filhos apresentaram níveis mais elevados de sofrimento psíquico, o que pode estar associado a sentimentos de culpa, frustração ou impotência diante da impossibilidade de prover o cuidado necessário. Esses sentimentos, frequentemente acompanhados do rompimento de vínculos familiares, contribuem para estados persistentes de angústia, desamparo e baixa autoestima — indicadores fortemente associados aos TMC (SOUZA *et al.*, 2017; HUGHES *et al.*, 2010).

Além disso, os dados encontrados neste estudo estão em consonância com evidências internacionais. Pesquisa realizada na Índia por Patel, Pereira e Mann (1998), com 303 adultos atendidos em serviços de atenção primária, identificou que 97% dos participantes apresentavam sintomas somáticos, dos quais 51% possuíam relação direta com transtornos mentais não diagnosticados. Esse achado ilustra o risco do subdiagnóstico dos TMC, especialmente em populações vulneráveis, reforçando a necessidade de abordagens integrais, centradas na escuta qualificada e na valorização das dimensões psicossociais do cuidado.

Em síntese, a análise dos fatores associados ao sofrimento mental entre pessoas em situação de rua evidencia um cenário de múltiplas vulnerabilidades, no qual variáveis como gênero, raça, renda, escolaridade, vínculos afetivos e responsabilidades familiares interagem para aprofundar o sofrimento psíquico. Esses achados indicam a urgência da adoção de estratégias intersetoriais e culturalmente sensíveis, voltadas à promoção da saúde mental, à superação da exclusão social e à garantia dos direitos humanos fundamentais dessa população.

Os achados da **Tabela 3.4** ainda evidenciam maior prevalência de sofrimento mental entre pessoas com menor escolaridade e renda reduzida, estando em consonância com o



estudo conduzido por PATEL, PEREIRA e MANN (1998), na Índia, que apontou a pobreza e as dificuldades socioeconômicas como fatores centrais no surgimento do estresse emocional e do sofrimento psíquico. Estudos subsequentes reforçam que a condição de baixo poder aquisitivo diminui a agência individual e intensifica a exclusão social, resultando em maior vulnerabilidade, desvalorização e incertezas quanto às condições de vida, o que contribui para a deterioração da qualidade de vida e para o desenvolvimento de transtornos mentais (SOUZA *et al.*, 2017; MARAGNO *et al.*, 2006).

Tabela 3.4 Associação entre a classificação do sofrimento mental (SRQ-20) e o perfil sociodemográfico da população em situação de rua frequentadora de albergues de Teresina, PI, Brasil (N = 127), 2020

	Classificação SRQ-20		P-valor ¹
	Sem sofrimento Mental	Com sofrimento Mental	
	N(%)	N(%)	
Sexo			0,042
Feminino	3(2,4)	16(12,6)	
Masculino	44(34,6)	64(50,4)	
Situação Conjugal			0,944
Solteiro (a)	28(22,0)	47(37,0)	
Casado (a)	3(2,4)	5(3,9)	
Separado (a) /desquitado (a) /divorciado (a)	9(7,1)	19(15,0)	
Viúvo (a)	2(1,6)	2(1,6)	
Relacionamento estável	5(3,9)	7(5,5)	
Cor/Raça			0,845
Branca (o)	7(5,5)	15(11,8)	
Preta (o)	9(7,1)	18(14,2)	
Amarela (o)	0(0,0)	1(8)	
Parda (o)	31(24,4)	46(36,2)	
Escolaridade			0,068
Analfabeto	2(1,6)	7(5,5)	
Ensino Fundamental (Completo/Incompleto)	22(17,3)	52(40,9)	
Ensino médio incompleto	21(16,5)	19(15,0)	
Ensino Superior	2(1,6)	2(1,6)	
Renda			0,414
Aposentadoria (salário mínimo)	4(3,1)	7(5,5)	
Benefício do governo	10(7,9)	27(21,3)	
Autônomo	11(8,7)	19(15,0)	
Não tem	22(17,3)	27(21,3)	
Número de Filhos			0,101
Sim	21(16,5)	48(37,8)	
Não	26(20,5)	32(25,2)	

Fonte: pesquisa direta. ¹Teste Exato de Fisher, ao nível de 5% de significância.¹

No contexto brasileiro, essa realidade é particularmente evidenciada entre trabalhadores informais, cuja incerteza quanto à renda e à estabilidade no emprego, decorrente da



ausência de vínculo formal, precariza a situação econômica e social, limitando o acesso a direitos trabalhistas e sociais. Essa precarização, associada à instabilidade financeira, configura-se como um fator que eleva os níveis de estresse e contribui para o aumento do sofrimento mental nessa população (LUCCHESI *et al.*, 2014; LUDEMIR, 2008). Ademais, a estreita relação entre escolaridade e renda observada nos dados deste estudo reforça que os determinantes sociais constituem elementos cruciais para a configuração do sofrimento psíquico, especialmente entre grupos em situação de maior vulnerabilidade social.

Em síntese, os resultados indicam que o sofrimento mental em pessoas em situação de rua está intrinsecamente relacionado a condições sociais adversas, como a precariedade econômica e a baixa escolaridade, as quais amplificam o ciclo de exclusão e comprometem a saúde mental. Destaca-se, ainda, que, apesar da elevada vulnerabilidade, a presença de traços de resiliência e de estratégias de enfrentamento sugere a importância de intervenções que valorizem o fortalecimento dos vínculos sociais e o suporte psicossocial, visando à promoção da inclusão social e à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Por fim, é importante ressaltar algumas limitações do estudo. A coleta de dados foi interrompida prematuramente em decorrência das restrições impostas pela pandemia de COVID-19, resultando em uma amostra menor do que a inicialmente prevista, o que pode limitar a representatividade dos resultados. A predominância de participantes do sexo masculino restringe as análises comparativas por gênero, deixando lacunas quanto às especificidades do sofrimento mental entre mulheres em situação de rua. Além disso, o delineamento transversal impede a realização de inferências causais, limitando-se à identificação de associações. Ademais, a utilização do SRQ-20, instrumento de triagem baseado em autorrelato, pode estar sujeita a vieses relacionados à subnotificação ou à dificuldade de compreensão, especialmente em um grupo social marcado por vulnerabilidades sociais e educacionais.

Apesar dessas limitações, o estudo apresentou dados relevantes e necessários para a compreensão da saúde mental das pessoas em situação de rua, contribuindo para o preenchimento de lacunas na literatura nacional e para o subsídio à formulação de políticas públicas mais efetivas e sensíveis às vulnerabilidades desse grupo social. Os achados ressaltam a urgência de intervenções intersetoriais que considerem, de forma integrada, tanto os determinantes sociais quanto os aspectos psicossociais, com vistas à promoção do bem-estar e da inclusão de populações historicamente invisibilizadas.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou elevada prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre pessoas em situação de rua, destacando a forte associação entre sofrimento psíquico e condições de vulnerabilidade social, como baixa escolaridade, desemprego, ruptura de vínculos familiares e uso de substâncias psicoativas. Apesar das adversidades enfrentadas, observou-se a presença significativa de resiliência, evidenciando a capacidade de enfrentamento dessa população diante de um contexto marcado pela exclusão e marginalização social. Os resultados reforçam a necessidade premente de políticas públicas integradas, que articulem ações de saúde mental, assistência social e promoção da cidadania, direcionadas às reais necessidades das pessoas em situação de rua. Espera-se, assim, que este estudo contribua para a ampliação do conhecimento científico e para a formulação de estratégias mais eficazes, humanizadas e inclusivas voltadas a essa população em situação de vulnerabilidade social.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, S. C. A. D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em Situação de Rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. *Revista Colombiana de Psicologia*, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.40659>.
2. ADORNO, R. de C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*, v. 15, n. 3, p. 543-567, 2013. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.40659>.
3. ALDRIDGE, R.W. *et al.* Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. v. 391, n. 10117, p. 241-50, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S01406736-\(17\)31869-X](https://doi.org/10.1016/S01406736-(17)31869-X).
4. BARATA, R. B. *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. supl. 1, p. 219-232, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104112902-015S01019>.
5. BISCOTTO, P. R.; JESUS, M. C. P.; SILVA, M. H.; *et al.* Understanding of the life experience of homeless women. *Revista de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 5, p. 749-755, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500001>.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Rio de Janeiro: IPEA, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf. Acesso em 13 de dez. 2025.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. Diretoria de Promoção dos Direitos da População em Situação de Rua. População em Situação de Rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em 13 de dez. 2025.
8. CARLOTTO, M. S. *et al.* Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 172-178, 2011.
9. FIORATI, R.C. *et al.* As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. *Revista Gaúcha Enfermagem*. v. 37, 2016.
10. GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Tavistock; 1992.
11. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 6, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037517>.
12. HUGHES, J. R. *et al.* Youth Homelessness: The Relationships among Mental Health, Hope, and Service Satisfaction. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 19, n. 4, p. 274-83, 2010.
13. HUMAN RIGHTS WATCH. Brasil: falta de moradia e políticas ineficazes mantêm pessoas nas ruas. 2022. Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/news/2022/10/24/brasil-falta-de-moradia-e-politicasineficazes-mantem-pessoas-nas-ruas> Acesso em 13 de dez. 2025.
14. LAPORTE, A. *et al.* Prevalence of Mental Disorders and addictions among Homeless people in the Greater Paris Area, France. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, p. 241, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15020241>.



15. LAWDER, J. A. C. *et al.* Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. *Revista Saúde Pública*, v. 53, p. 22, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S15188787.201905300-0718>.
16. LUCCHESI, R. S. K. *et al.* Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014.
17. LUDEMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis*. v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400034>.
18. MABHALA, M.; YOHANNES, A.; GRIFFITH, M. Social conditions of becoming homelessness: qualitative analysis of life stories of homeless peoples. *International Journal for Equity in Health*, v. 16, p. 150, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>.
19. MACDONALD, S. A. Managing risk: self-regulation among homeless youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*. v. 31, n. 6, p. 497-520, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10560-014-0337-5>.
20. MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J. *et al.* Prevalência de Transtornos Mentais comuns em populações atendidas pelo programa saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102311X2006000800-012>.
21. MATOSO, L. M. L. *et al.* Redução de riscos e danos: ações em saúde com pessoas em situação de rua no interior nordestino. *Revista Contexto & Saúde*. v. 19, n. 3, p. 183-188, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2019.37.183-188>.
22. MORAIS, M. L. S.; SEGRI, N. J. Prevalência de transtornos mentais comuns autorreferidos e sua relação com os serviços de saúde em municípios da Baixada Santista – SP. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, v. 13, n. 2, p. 141-146, 2011.
23. NATALINO, M. A. C. A População em situação de rua nos números do Cadastro Único. Rio de Janeiro: Ipea, mar. 2024. 57 p.: il. (Texto para Discussão, n. 2944). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2944-port..>
24. PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *World Health Organization*, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.
25. PATEL, V.; PEREIRA, J.; MANN, A. H. Somatic and psychological models of common mental disorder in primary care in India. *Psychological Medicine*, v. 28, p. 135-143, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291797005941>.
26. PIE, A. C. S. *et al.* Nível de atividade física e transtornos mentais comuns entre trabalhadores de uma instituição de ensino superior da Bahia. *Arquivo de Ciências do Esporte*, v. 1, n. 1, p. 46-53, 2013.
27. ROCHA, S. V. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400008>.
28. ROOK, M. I. Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. v. 15, n. 2, p. 671-687, 2015.
29. ROSA, A. S.; BRETAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu)*. v. 19, n. 53, p. 275-285, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0221>.



30. SANTOS, K. O. B. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-reporting questionnaire (SQR20). *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 34, n. 3, p. 544-560, 2009. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54>.
31. SILVA, T. O. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 30, n. 1, 2021 [Acesso em: 30 Junho 2025], e2020566. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100-029>.
32. SOUZA, L. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. n. 18, p. 59-66, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0193>.
33. SZYMKOWIAK, D. *et al.* Persistent super-utilization of accurate care services among subgroups of veterans experiencing homelessness. *Medical Care*. v. 55, n. 10, p. 893-900, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.97/MLR.0000000000000796>.
34. VILLA, E. A. *et al.* Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. *Revista de Enfermagem UFPE Online*. v. 11, n. 5, p. 2122-2131, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i5a23367p2122-2131-2017>.
35. WINKELMANN, M. C. C. *et al.* Percepção das pessoas em situação de rua sobre os determinantes sociais da saúde. *Revista de Enfermagem, UFSM*. v. 8, n. 1, p. 88-101, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769227259>.