

UMA POLÍTICA INTERSETORIAL?: relações entre acesso à assistência social e à saúde pela população em situação de rua em Natal e Parnamirim/RN

Giovanna Lima Gurgel¹

Mateus Cavalcante de França²

Luciana Pazini Papi³

Resumo

A intersectorialidade é um dos princípios do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o que significa que essa política deve associar-se a outras, como a política de saúde. Neste trabalho, foi avaliada a associação entre o acesso, por pessoas em situação de rua, a unidades do SUAS e a serviços de saúde no contexto dos municípios de Natal e Parnamirim, no Rio Grande do Norte. Para isso, foram utilizados dados coletados pelo Censo Estadual da População em Situação de Rua no Rio Grande do Norte. Por meio de regressões logísticas, buscou-se compreender em que medida o acesso a unidades da rede socioassistencial implica na probabilidade de uma pessoa em situação de rua acessar diferentes serviços de saúde. Em primeiro lugar, os resultados indicam que o acesso a unidades do SUAS têm um pequeno poder explicativo sobre as razões de chance de uma pessoa em situação de rua acessar uma unidade de saúde. Em segundo lugar, as regressões apontaram para um descompasso entre relações de diferentes serviços da rede socioassistencial com políticas de saúde. Esses resultados apontam fragilidades na concretização da intersectorialidade no acesso da população em situação de rua do Rio Grande do Norte a essas políticas públicas.

Palavras-chave: População em situação de rua. Intersectorialidade. Sistema Único de Saúde. Sistema Único de Assistência Social. Proteção social especial.

Abstract

Intersectoriality is one of the principles of the Unified Social Assistance System in Brazil (SUAS), which means this policy must be associated with others, such as the public health policy. This paper evaluates the association between the access, by homeless people, to SUAS centers and to public health services in the context of the cities of Natal and Parnamirim, in Rio Grande do Norte. To this end, we used data gathered in the State-Level Census of Homeless Population in Rio Grande do Norte. Through logistic regressions, we aimed at understanding in what measure the access to units of the social assistance system implicates in the probability of a homeless person accessing different health services. Firstly, the results show that the access to SUAS units has little explanatory power on the means of chance of a homeless person accessing a public health unit. Secondly, the regressions pointed to a mismatch between relationships of different social assistant units to the public

¹ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPP-UFRGS). Bacharela em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Potiguar (UnP). Pesquisadora vinculada ao Núcleo de Pesquisa em Gestão Municipal (NUPEGEM-UFRGS). E-mail: giovannagurgel321@gmail.com.

² Doutorando e mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGDir-UFRGS). Pesquisador vinculado ao Grupo de Pesquisa Direito e Sociedade (GPDS-UFRGS). E-mail: mateusfranca97@gmail.com.

³ Professora adjunta no Departamento de Ciências Administrativas e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPP-UFRGS).

health policy. These results point to weaknesses in the concretization of intersectionality in Rio Grande do Norte homeless people's access to these public policies.

Keywords: Homeless population. Intersectoriality. Unified Health System. Unified Social Assistance System. Special social protection.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem como um dos pressupostos, estabelecer a Intersetorialidade para efetivação dos direitos, tais como, a inclusão social e melhoria da qualidade de vida da população beneficiária. Entendida como a articulação e integração de setores que visam a solução de um problema público, a intersectorialidade é considerada na Norma Operacional Básica (NOB) do SUAS de 2005 como um pilar para atender a “necessidade” e não apenas o “necessitado” (BRASIL, 2005a). Conforme salienta Menicucci (2002) “a proposta de planejamento e intervenções intersectoriais envolve mudanças nas instituições sociais e suas práticas” que historicamente atuaram apartadas. Com efeito, alterar a visão sobre o funcionamento “setorializado” no âmbito público é um grande desafio, implicando em esforços institucionais, mudanças de valores e cultura organizacional. Porém como foi muito bem salientado na origem do SUAS (BRASIL, 2004), trata-se de algo necessário para se resolver os problemas concretos que incidem sobre uma população em determinado território. Nesse sentido, espera-se que o atendimento de usuários pelo SUAS articule-se com outros serviços públicos que atendam a suas necessidades, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) um exemplo a ser destacado.

No que diz respeito à população em situação de rua, caracterizada por um nível extremo de vulnerabilidade social e violação de direitos, a intersectorialidade do SUAS mostra-se mais que necessária. Dentre as questões que mais afetam a situação de rua está a vulnerabilidade em questões de saúde, dadas as inexistentes condições de sobrevivência digna desse segmento populacional. Com isso, espera-se que a rede socioassistencial de média e alta complexidade, a exemplo de instituições como o Centros de Referência Especializados para Situação de rua (Centro POP) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), e mesmo a básica, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), apresente-se como porta de entrada capaz de encaminhar demandas mais urgentes ao sistema de saúde.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como pergunta de pesquisa: em que medida o acesso às unidades da rede socioassistencial influenciam na probabilidade de uma pessoa em situação de rua ter acesso a serviços de saúde pública? Para isso, foi adotado como recorte empírico o estado do Rio Grande do Norte na contemporaneidade,

mais especificamente dados pertinentes aos municípios de Natal e Parnamirim coletados no ano de 2022. Assim, foram analisados dados coletados no âmbito do Censo Estadual da População em Situação de Rua no Rio Grande do Norte (cf. Lima *et al.*, 2023) em busca de associações entre o acesso a determinadas instituições do SUAS (CRAS, CREAS e Centro POP, especificamente) e o acesso a diferentes serviços de saúde pública por esse grupo de indivíduos.

Partiu-se da hipótese de que quanto maior a especificidade do serviço prestado, pela rede socioassistencial, à população em situação de rua (sendo: o CRAS, o menos específico; e o Centro POP o mais específico no atendimento a essa população); maior a probabilidade dos indivíduos analisados acessarem diferentes serviços de saúde pública. Os resultados alcançados, no entanto, rejeitam a hipótese inicial, revelando desafios na efetivação da intersetorialidade do SUAS no atendimento a essa população.

O próximo tópico, correspondente ao desenvolvimento do trabalho, foi dividido em três subtópicos. No primeiro deles, é feita uma discussão conceitual sobre a intersetorialidade no SUAS no atendimento à população em situação de rua. No segundo deles, é descrito em maiores detalhes o desenho metodológico adotado neste trabalho. No terceiro deles, são apresentados e discutidos os resultados. O último tópico é dedicado a considerações finais.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A intersetorialidade é um termo bastante utilizado tanto nas políticas governamentais e suas normativas orientadoras, quanto nos debates acadêmicos. Referindo-se geralmente a uma lógica de articulação de setores para superar práticas fragmentárias ou sobrepostas e otimizar os resultados de políticas públicas, a partir dos anos 1990 passa a ser um ideário buscado na ação das políticas públicas, assim como, um tema bastante discutido na academia. A partir de uma busca na plataforma Google Acadêmico, alcançou-se aproximadamente 21.400 resultados para a palavra-chave “intersetorialidade” correspondentes a trabalhos desde 1990 até julho de 2023.

Com efeito, a partir da promulgação da carta constitucional de 1988, o indicativo de ações governamentais integradas intersetorialmente passou a constituir uma diretriz para várias políticas públicas destinadas a assegurar direitos sociais. Apesar disso, o legado da fragmentação, da verticalização e setorialização que marcam o desenho das políticas

pretéritas ainda persistem no cotidiano da administração pública, sendo a intersectorialidade fragmentada, experimental, viabilizados mais por interesse dos atores que executam tais políticas e, menos, por uma decisão de governo (Bidarra, 2009; Inojosa, 2001)

De acordo com Bronzo e Veiga (2007, p. 11) a intersectorialidade dos serviços públicos compreende substancialmente “mais do que a articulação ou a comunicação dos diversos setores setoriais”, apontando também para “uma visão integrada do problema da exclusão”. Uma intersectorialidade entre saúde e assistência social, então, envolveria que os profissionais da saúde, ao identificar demandas pertinentes à assistência social, saibam encaminhá-los ao sistema assistencial mais adequado à sua realidade, ou saibam ativar um desses serviços, promovendo assim o compartilhamento de responsabilidades entre os atores sociais (Bidarra, 2009, p. 490). A importância da intersectorialidade é evidenciada em políticas públicas que atendem grupos em situação de vulnerabilidade social e de violação de direitos, como a situação de rua.

O Brasil é considerado um dos países mais desiguais do mundo quando se trata de distribuição de renda dos cidadãos (IBGE, 2020). A pobreza permeia nossa sociedade desde as origens e vai além da repartição injusta e desigual da renda. Ela produz exclusão social que se reflete no baixo acesso ao trabalho e a renda digna; no baixo acesso a serviços básicos; na má qualidade de acesso à informação; e na não participação social e política (Cohn, 2000). Todos esses elementos, produzem uma importante vulnerabilidade social invisibilizada e negligenciada pelo Estado por séculos: a situação de rua.

Com efeito, a situação de rua é uma das maiores vulnerabilidades sociais que o ser humano pode enfrentar em sua trajetória de vida. Trata-se de uma situação que traz ao indivíduo sério risco de sobrevivência, uma vez que o leva à exposição a um conjunto complexo de desamparos - que vão desde desconforto em face às intempéries da rua; insalubridade, insegurança alimentar e individual; entre outros.

No caso brasileiro, historicamente, essa não foi uma problemática social importante de ser enfrentada pelos governos, levando-os muitas vezes a “tratar” a situação pela via da repressão. No entanto, há mais de 20 anos, após a promulgação da Constituição de 1988, e sobretudo com o avanço do estado democrático de direito, se evidenciou que a atenção a esse segmento exige esforços estatais, seja para organizar um marco normativo, seja para estruturar políticas, programas e arranjos setoriais intersectoriais e interníveis de gestão para se atender aos compromissos e respostas sociais desejadas.

Assim, em 2004, a Política Nacional de Assistência Social avançou na construção de serviços no âmbito do SUAS para atender a população em situação de rua, indicando que a proteção social especial (de média e alta complexidade) deveriam atuar para atender as

peças que tiverem seus direitos violados e, ou, ameaçados e cuja convivência com a família de origem seja considerada prejudicial a sua proteção e ao seu desenvolvimento. No caso da população em situação de rua foram priorizados os serviços que possibilitassem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito.

Reforçando a inclusão dessa pauta no âmbito da Assistência Social nacional, em 2005, no contexto de atualização da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com a Lei nº 11.258 (BRASIL, 2005), alterou-se o parágrafo único do art. 23, indicando que: “Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo: II - às pessoas que vivem em situação de rua”. “No âmbito da organização dos serviços de assistência social, numa perspectiva de ação intersetorial.

No ano de 2005 após o I Encontro Nacional sobre População de Rua em Situação de Rua, essa pauta ganha maior notoriedade no governo federal, sendo que em 25 de outubro de 2006, é constituído o Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua. Desde então, da invisibilidade, a situação de rua passa a chamar atenção pela grande e complexa problemática social, exigindo ações responsivas dos governos. Em pesquisa realizada pelo MDS em 2008, estimou-se a existência de 50 mil pessoas em situação de rua no Brasil. Do perfil, 82% do sexo masculino, 67% são negros, 70% exerce algum tipo de atividade remunerada, 70% costuma dormir na rua; 74% dos entrevistados sabem ler e escrever; 70,9% exercem alguma atividade remunerada, porém o salário variava entre 20 a 80 Reais mensais. Apenas 15,7% pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência (Cunha; Rodrigues, 2009).

Com o avançar do mapeamento da situação de rua no país e seus níveis alarmantes, nota-se a fragilidade das ações institucionais e a incipiência da atenção pública a essa que é uma das mais graves situações de vulnerabilidade social. Assim em 2009, após o II Encontro Nacional sobre População de Rua em Situação de Rua, por meio do Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui-se a Política Nacional para População em Situação de Rua que avança na proposição de identificação e conceituação da situação de rua, bem como das ações e políticas institucionais, intersetoriais e, em articulação com a sociedade civil;

No que tange à definição de situação de Rua, a PNPSR definiu no Parágrafo único do artigo 1º do decreto 7.053, como: “Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular”. Caracteriza-se pela utilização de logradouros públicos

(praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e de áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória.

Assim, para dar andamento à implementação de uma política resolutive à problemática social, a Política Nacional para a População em Situação de Rua incluiu como diretrizes centrais, articulação vertical e horizontal, destacando a importância da relação intergovernamental e com a sociedade civil, como segue nos incisos do artigo 5º:

- IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- V - integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;
- VI - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;

Ademais, instituiu em seus objetivos cumprir com a articulação intersetorial, como segue abaixo no inciso X do artigo 7º.

- X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

O Art. 3º, por fim, revelou que para atender esses objetivos é necessário que os entes da Federação deverão instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população, indicando a importância da articulação para implementação da política pública. Assim, em concordância com o que é abordado por Raichelis (2000), a Intersetorialidade dos serviços públicos está diretamente ligada à promoção de uma maior abrangência dos órgãos em relação às diferentes questões sociais.

De acordo com Rodrigues (2011, p. 4), quando analisado o contexto de integração do SUAS e SUS, a intersetorialidade entre os sistemas de saúde e de assistência social surge também como forma de articulação entre entidades, enquanto promove a descentralização dos serviços públicos, conferindo uma maior autonomia de gestão, financiamento e monitoramento aos órgãos. Esse objetivo de uma política socioassistencial intersetorial, no entanto, enfrenta sensíveis desafios em sua implementação (Carmo; Guizard, 2017), sobretudo no que diz respeito ao atendimento à população em situação de rua (Machado; Vaz, 2019). A partir do acompanhamento de uma equipe de Consultório na Rua e a de um Centro POP, Veridiano, Andrade e Gomes (2017) perceberam que, entre os aspectos que

dificultam a efetivação da intersectorialidade entre as políticas, destacam-se as diferenças nas concepções dos próprios membros das equipes sobre os propósitos de sua atuação.

Assim, é importante destacar que: em relação aos princípios básicos de descentralização e intersectorialidade dos serviços de assistência, dispostos no PNAS (BRASIL, 2004, p. 91), as carências na integração dos sistemas de saúde e de assistência social podem resultar em barreiras adicionais em relação à superação do estado de extrema vulnerabilidade social. Uma pessoa em situação de rua, por exemplo, pode enfrentar obstáculos para acessar os instrumentos do Sistema Único de Saúde devido à dificuldade de deslocamento até os pontos de atendimento. Os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), neste caso, podem assumir o papel de promotores de acesso à saúde a partir de operações integradas entre SUS e SUAS. Nesta perspectiva, a ausência dessa integração representaria, portanto, uma perpetuação do estado de vulnerabilidade e violação de direitos, uma vez que tornaria mais difícil o acesso aos diversos serviços prestados pelos órgãos pertencentes à rede de saúde.

Dessa forma, partindo da premissa de que a intersectorialidade dos serviços públicos é promotora do acesso mais qualificado aos serviços públicos, justificamos o objetivo deste trabalho em analisar em que medida o acesso a serviços do SUAS está associado ao acesso a serviços de saúde pública na realidade população em situação de rua, especialmente a partir do recorte empírico dos municípios de Natal e Parnamirim, no Rio Grande do Norte. O tópico a seguir descreve a metodologia empregada nesta investigação.

2.2 DESENHO METODOLÓGICO

Este trabalho utilizou o banco de dados construído pelo projeto de pesquisa “Promoção dos direitos da população em situação de rua no Rio Grande do Norte: diagnóstico e intervenção nos caminhos de inovação no Sistema Único de Assistência Social” (Lima *et al.*, 2023), ou o Censo Estadual da População em Situação de Rua no Rio Grande do Norte. A pesquisa institucional foi realizada em uma cooperação entre a Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social (SETHAS/RN), a Fundação de Amparo e Promoção da Ciência, Tecnologia e Informação do Rio Grande do Norte (FAPERN) e o Instituto de Ensino Superior Presidente Kennedy (IFESP).

A partir desse censo, foi construído um banco de dados com informações sobre as 2.202 pessoas em situação de rua identificadas no Rio Grande do Norte a partir da aplicação de questionários entre o fim de outubro de 2021 e o fim de maio de 2022 em um total de 49 municípios, nos quais os dados coletados foram organizados a partir de datas-referência (Lima *et al.*, 2023, p. 23-25). Esses dados, assim, dizem respeito a todas as

pessoas em situação de rua identificadas em cada recorte espacial naquela data-referência. Neste trabalho, foram considerados apenas os dados referentes às pessoas em situação de rua identificadas nas cidades de Natal (1491 pessoas entre 31 de janeiro e 26 de maio de 2022) e Parnamirim (103 pessoas entre 7 e 18 de março de 2022), por serem os únicos municípios do estado com Centros POP.

Os dados foram coletados a partir da aplicação de quatro tipos de questionários: a) básico, aplicado a todas as pessoas em situação de rua com mais de 18 anos de idade que aceitaram conceder entrevista; b) de amostra, contendo as mesmas perguntas do questionário básico com acréscimos, aplicados em uma a cada dez entrevistas; c) das famílias, referentes a crianças e adolescentes em situação de rua, respondidos por um responsável com mais de 18 anos de idade; d) de observação, aplicados quando não foi possível realizar a entrevista por algum motivo (Lima *et al.*, 2023, p. 21). Neste trabalho, foram utilizados dados referentes aos questionários básicos, o que reduziu o número de casos considerados para, a princípio, 908, sendo 848 em Natal e 60 em Parnamirim.

Os questionários básicos foram organizados em dez blocos de perguntas: a) identificação; b) trajetória, deslocamento e permanência nas ruas; c) família; d) cidadania; e) assistência social; f) acesso à justiça; g) trabalho, emprego e renda; h) educação; i) saúde; j) segurança alimentar e nutricional, higiene pessoal e lazer (Lima *et al.*, 2023, p. 21). Neste trabalho, foram utilizados e transformados em variáveis alguns dados coletados a partir de perguntas do quinto bloco, sobre assistência social, e do nono bloco, sobre saúde.

Do bloco de perguntas sobre assistência social, foram consideradas como variáveis respostas à pergunta “Você foi atendido por algum desses serviços da rede socioassistencial nos últimos 6 meses?”. Essa pergunta continha um rol de possíveis respostas, e cada entrevistado poderia responder a mais de uma alternativa. Das possíveis respostas, três foram consideradas neste trabalho: a) “CRAS”, referente aos entrevistados que afirmaram terem sido atendidos em um Centro de Referência de Assistência Social nos seis meses anteriores à entrevista; b) “CREAS”, referente aos entrevistados que afirmaram terem sido atendidos em um Centro de Referência Especializado de Assistência Social nos seis meses anteriores à entrevista; c) “Centro POP, referente aos entrevistados que afirmaram terem sido atendidos em um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua nos seis meses anteriores à entrevista. Cada possível resposta foi convertida em uma variável dicotômica, com valor 1 para a resposta “sim” e 0 para a resposta “não”.

Do bloco de perguntas sobre saúde, foram consideradas como variáveis respostas a duas perguntas. A primeira era “Onde você vai quando precisa tratar um problema de saúde?”. Essa pergunta tinha uma pequena lista de alternativas, e o entrevistado poderia

responder a mais de uma delas, também havendo um campo “outros”, para quando alguma resposta do entrevistado não correspondesse a nenhuma das alternativas. Desse modo, cada alternativa foi transformada em uma variável dicotômica, com valor 1 para as alternativas assinaladas e 0 para as não assinaladas pelos entrevistados. A segunda era “Você tomou alguma dessas vacinas?”. Aqui, também havia uma lista na qual estavam as vacinas contra o tétano, a COVID-19, a influenza e a hepatite B, além de uma alternativa para o caso de o entrevistado não ter tomado nenhuma vacina. Como também era possível assinalar mais de uma alternativa, cada uma delas foi transformada em uma variável dicotômica, com valor 1 para as alternativas assinaladas e 0 para as não assinaladas.

A partir desses itens, foram feitas regressões logísticas, no *software* SPSS, tendo como variáveis independentes o acesso a um CRAS, a um CREAS ou a um Centro POP nos seis meses anteriores à entrevista. Em uma primeira etapa, foram adotadas como variáveis dependentes as respostas à pergunta sobre os serviços acessados para o tratamento de problemas de saúde. Em uma segunda etapa, foram adotadas como variáveis dependentes as respostas à pergunta sobre vacinação. Em todos os testes, partiu-se da hipótese de que quanto mais específico à população de situação de rua for um serviço da rede socioassistencial, mais o acesso a ele estará associado ao acesso a serviços de saúde. Espera-se, portanto, que o acesso a um Centro POP esteja associado a uma maior probabilidade de acesso a serviços de saúde e à vacinação do que o acesso a um CREAS, e que o acesso a um CREAS esteja associado a maiores probabilidades de acesso a serviços de saúde e à vacinação do que o acesso a um CRAS.

Como algumas entrevistas foram interrompidas e os entrevistados podiam recusar responder a determinadas questões, quando feitas as regressões, os números de casos foi inferior aos 908 previstos a princípio. Assim, as regressões que tinham como variáveis dependentes as respostas à pergunta sobre serviços acessados para o tratamento de problemas de saúde envolveram respostas de 897 entrevistados. Por sua vez, as regressões que tinham como variáveis dependentes as respostas à pergunta sobre vacinação envolveram respostas de 895 entrevistados.

No próximo tópico, os resultados obtidos são apresentados e discutidos. No que diz respeito aos resultados das regressões feitas na primeira etapa, como eram várias as possíveis respostas dos entrevistados à pergunta sobre serviços que acessam para o tratamento de problemas de saúde, serão apresentados apenas os resultados em que houve significância estatística em alguma das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir das regressões logísticas que avaliam a associação das variáveis independentes com a probabilidade de os entrevistados acessarem serviços de saúde demonstram que o conjunto de variáveis independentes adotado tem um pequeno poder explicativo, mensurado pelo R^2 de Nagelkerke. Isso significa dizer que o fato da população em situação de rua entrar em contato com uma das unidades do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) consegue explicar pouco sobre a probabilidade do acesso delas aos serviços de saúde. Esses dados evidenciam incongruências em relação aos princípios básicos dispostos no PNAS (2004) no que diz respeito à intersectorialidade dos serviços.

Tabela 1: Regressões logísticas sobre o acesso a serviços de saúde a partir do modelo adotado.

Unidades do SUAS	<i>Serviços de saúde acessados</i>		
	UBS	CnaR	CAPS
CRAS	1,759**	1,091	1,729
CREAS	1,094	2,185	1,374
Centro POP	1,308 ⁺	2,272**	2,460**
R^2 de Nagelkerke	0,025	0,04	0,044

⁺p < 0,1

^{**}p < 0,01

Ao analisar os dados alcançados a partir da aplicação da metodologia, é possível perceber que apesar de o acesso ao CRAS estar significativamente associado a uma probabilidade 75,9% maior de uma pessoa em situação de rua acessar a uma UBS para lidar com problemas de saúde; no entanto, em relação ao acesso da mesma população aos serviços de Consultório na Rua (CnaR) e CAPS, índices semelhantes não foram encontrados. Em relação à participação do CREAS enquanto órgão proporcionador de acesso ao sistema de saúde à população em situação de rua, não foram observados quaisquer resultados com significância estatística que indiquem que o acesso aos Centros de Referência Especializados em Assistência Social pode influenciar no contato com os serviços de saúde analisados. Ainda, quando observados os dados obtidos ao considerar o Centro POP como integrador dos serviços de assistência social aos serviços de saúde, os dados evidenciaram que esta instituição mostrou-se significativamente associada a maiores probabilidades no acesso da população aos serviços de CnaR (127,2%) e CAPS (146%). Ainda, com uma significância estatística marginal, os resultados indicam uma associação

entre o acesso ao Centro POP e uma probabilidade 30,8% de acesso a unidades básicas de saúde, menor do que a observada nos resultados sobre o acesso ao CRAS.

Conjuntamente, esses dados evidenciam que um maior acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde podem estar atrelados ao contato com os órgãos de atendimento específico à população, como no caso do Centro POP. É preciso destacar, no entanto, que a presença de um coeficiente de determinação (R^2 de Nagelkerke) baixo indica que os fatores relacionados ao acesso aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) contribuem de forma consideravelmente limitada para explicar o acesso aos serviços do sistema de saúde pública. Isso sugere que outros elementos e variáveis podem vir a desempenhar um maior índice explicativo na determinação do acesso aos serviços de saúde pública por parte da população analisada.

Em seguida, foram analisadas também informações a respeito do acesso a vacinações em relação ao contato da população em situação de rua com os serviços socioassistenciais analisados. Os dados encontram-se dispostos em tabela e podem ser observados a seguir:

Tabela 2: Regressões logísticas sobre vacinação a partir do modelo adotado.

Unidades do SUAS	Resposta sobre vacinação				
	Tétano	Covid-19	Influenza	Hepatite B	Não se vacinou
CRAS	1,373 ⁺	2,154 ^{**}	1,587 [*]	1,446 ⁺	0,49 ^{**}
CREAS	1,230	1,793	1,041	1,839 ⁺	0,576
Centro POP	1,472 [*]	2,753 ^{***}	1,384 [*]	1,183	0,357 ^{***}
R^2 de Nagelkerke	0,019	0,08	0,019	0,019	0,077

⁺p < 0,1

^{*}p < 0,05

^{**}p < 0,01

^{***}p < 0,001

Ao Analisar os dados obtidos a partir das regressões logísticas que consideraram o índice de vacinações em relação ao acesso ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), é possível observar que o órgão demonstrou possuir significativos impactos no que diz respeito às vacinações recebidas pela população em situação de rua, com uma

probabilidade 37,3%⁴ maior de o entrevistado ter recebido o imunizante contra o tétano, 115,5% contra o Covid-19, 58,7% contra a Influenza, 44,6% contra a hepatite B e uma probabilidade 51% menor de o entrevistado não ter recebido nenhum imunizante. Por outro lado, ao observar a influência do CREAS em relação ao acesso às vacinações, se observou significância estatística marginal apenas em relação à população que teve acesso à vacina contra a hepatite B, em uma probabilidade 83,9% maior de acesso ao imunizante entre os entrevistados que acessaram esse serviço do SUAS. Já em relação ao Centro POP enquanto promotor de integração do sistema de assistência social às vacinações, foi observada a presença de significância estatística em relação à maioria das vacinas, com exceção do acesso às vacinas para hepatite B, sendo 47,2% maior a probabilidade de os entrevistados terem sido imunizados contra o tétano, 175,3% contra o Covid-19, 38,4% contra a influenza e uma probabilidade 64,3% menor de o entrevistado não ter recebido nenhum imunizante.

Os resultados mostram inconsistências entre o nível de especificidade dos serviços da rede socioassistencial à população em situação de rua e o acesso delas a campanhas de vacinação. Em alguns casos – vacinação contra o tétano, contra o Covid-19 e acesso a imunizantes em geral –, o acesso ao Centro POP, serviço mais específico a esse segmento populacional, mostrou-se significativamente associado a maiores probabilidades de acesso a vacinas. No entanto, no caso da vacinação contra a Influenza, o acesso ao CRAS, equipamento menos específico à população em situação de rua, foi o que mostrou-se significativamente associado a maiores probabilidades de o entrevistado ter recebido o imunizante. Ainda, no que diz respeito à vacinação contra a hepatite B, foi o acesso ao CREAS que mostrou-se, ainda que com significância estatística marginal, associado à maior probabilidade de acesso ao imunizante. Esses resultados revelam contingências nas relações entre serviços da rede socioassistencial e o direcionamento de pessoas em situação de rua a campanhas de vacinação. Uma possível explicação é que, por diferentes motivos, determinados equipamentos do SUAS tenham se aproximado de diferentes políticas de imunização.

Ainda assim, é importante, por fim, frisar que como o R^2 de Nagelkerke demonstrou que o acesso às instituições pertencentes ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) possuem um baixo poder explicativo em ambas as associações analisadas, o fato de pessoas em situação de rua acessarem a instrumentos pertencentes ao SUAS parece influenciar muito pouco no acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou às vacinações

⁴ Resultado com significância estatística marginal, assim como o referente à vacinação contra a hepatite B.

recebidas pela população em questão. Portanto, as regressões logísticas indicaram, mais uma vez, que o conjunto de variáveis independentes apresenta um pequeno poder explicativo, o que revela que outras variáveis que não o acesso ao SUAS podem ser mais importantes para explicar o acesso a campanhas de vacinação. Desta forma, os resultados encontrados demonstraram fragilidades quanto ao cumprimento dos princípios de intersetorialidade e descentralização contidos no PNAS (2004), demonstrando que o acesso aos instrumentos analisados pertencentes ao SUAS pouco explicam os índices de acessos aos órgãos de saúde e às imunizações pela população em situação de rua dos municípios de Natal e Parnamirim. Estes dados reforçam, portanto, fragilidades na integração dos serviços públicos, tornando mais difícil o acesso da população aos serviços de saúde e, a longo prazo, dificultando a superação da situação de extrema vulnerabilidade e de violação de direitos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender em que medida o acesso às unidades da rede socioassistencial influenciam na probabilidade de uma pessoa em situação de rua ter acesso a serviços de saúde pública. Buscar uma resposta a essa questão justifica-se pela importância da intersetorialidade enquanto diretriz da política de assistência social no Brasil, em uma tentativa de promover a sua integração com outras políticas públicas. Esse norte mostra-se importante sobretudo no que diz respeito à relação entre a política de assistência social e de saúde, especialmente no atendimento a segmentos populacionais em situação de extrema vulnerabilidade social e violação de direitos, como a população em situação de rua.

Para responder a pergunta de pesquisa, foram utilizados dados coletados no contexto do Censo Estadual da População em Situação de Rua no Rio Grande do Norte, especialmente informações extraídas pelos questionários aplicados nos municípios de Natal e Parnamirim, o que foi feito no primeiro semestre de 2022. A partir de dados sobre acesso aos CRAS, CREAS e Centros POP desses municípios, sobre o acesso a diferentes serviços de saúde pública e sobre o acesso a campanhas de vacinação pelas pessoas em situação de rua entrevistadas, foram feitas regressões logísticas a fim de observar associações entre o acesso a equipamentos do SUAS e a serviços do SUS.

Os resultados demonstram, por um lado, contingências nas relações entre equipamentos da rede socioassistencial e o acesso a serviços de saúde pela população em situação de rua no recorte espacial e temporal estudado. Por outro lado, os coeficientes explicativos obtidos indicam que o acesso à serviços de assistência social explicam pouco

sobre o acesso de pessoas em situação de rua a serviços de saúde pública. Ambos os resultados revelam fragilidades no cumprimento da diretriz da intersetorialidade no atendimento a esse segmento populacional no contexto do SUAS, e que há desafios a serem enfrentados no que diz à promoção do acesso à saúde pela população em situação de rua a partir dos equipamentos da rede socioassistencial, em perspectivas adequadas à realidade e às particularidades desses sujeitos.

Uma das limitações dessas pesquisas diz respeito aos próprios dados analisados, correspondentes a um recorte espacial e temporal específico, e a respostas autodeclaratórias pelos entrevistados. Além disso, os dados foram tratados em uma abordagem transversal, não sendo possível um acompanhamento longitudinal da relação entre acesso à assistência social e à saúde pela população em situação de rua no contexto estudado, o que pode ser feito em futuros estudos com diferentes estratégias de coleta de dados. Por fim, novas investigações podem considerar, a partir de desenhos metodológicos qualitativos, narrativas que possam explicar de forma mais aprofundada as contingências e fragilidades nas relações entre as políticas de assistência social e saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 99, p. 483-497, jul/set 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**: PNAS. Brasília, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

BRASIL. **Sistema Único de Assistência Social - Norma Operacional Básica**: NOB/SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005a.

BRASIL. **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. Brasília: Presidência da República, 2005b.

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. Brasília: Presidência da República, 2009.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura. Interdisciplinaridade e políticas de superação da pobreza. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 92, 2007.

CARMO; Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017.

COHN, Amélia. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. *In*: MOTA, Carlos Guilherme (org.). **Viagem incompleta - a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação**. São Paulo: SENAC, 2000. p. 383-403.

CUNHA, Júlia Valéria Quiroga da; RODRIGUES, Monica (org.). **Rua - aprendendo a contar**: Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: 2020. Disponível em:
<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=29143>>. Acesso em 13 ago. 2023.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

LIMA, João Vitor Moura *et al.* **Promoção dos direitos da população em situação de rua no Rio Grande do Norte**: diagnóstico e intervenção nos caminhos de inovação no Sistema Único de Assistência Social. Natal: SETHAS, 2023.

MACHADO, Carina Maria Batista; VAZ, Carolina Sampaio. **SUS e SUAS**: o desafio da intersectorialidade no cuidado integral e na proteção social de pessoas em situação de rua. Monografia (Especialização) - Curso de Políticas Públicas em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2019.

MENICUCCI, Telma. Intersectorialidade, o desafio atual para as políticas sociais. **Pensar BH/Política social**, p. 10-13, maio/jul. 2022.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos para construção democrática. São Paulo, Cortez, 2000.

RODRIGUES, Jovina Moreira Sérvulo. A intersectorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós Constituição brasileira de 1988. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5, São Luís, 2011. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**: Estado, desenvolvimento e crise do capital. São Luís: PPGPP-UFMA, 2011. p. 1-8.

VERIDIANO, André Leonardo; ANDRADE, Letícia de; GOMES, Allan Henrique. Práticas intersectoriais na atenção às pessoas em situação de rua: uma atuação entre “saúde” e “assistência social”. **Revista Visão**: Gestão Organizacional, v. 6, n. 2, p. 155-166, 2017.