



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO**



LUCAS VINICIUS DOS SANTOS SANTIAGO

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DA
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE,
MINAS GERAIS, BRASIL**

**OURO PRETO - MG
2026**

Lucas Vinícius dos Santos Santiago

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DA
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE,
MINAS GERAIS, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Nutrição
da Universidade Federal de Ouro
Preto como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de
Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Anelise
Andrade de Souza.

Coorientadora: Profa. Dra. Camila
Menezes Sabino.

OURO PRETO - MG

2026



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE NUTRICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRICAÇÃO CLÍNICA E SOCIAL



FOLHA DE APROVAÇÃO

Lucas Vinícius dos Santos Santiago

“Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar da população em situação de rua do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Nutricionista

Aprovada em 20 de fevereiro de 2026

Membros da banca

Dra. Anelise Andrade de Souza - Orientadora (Universidade Federal de Ouro Preto)
Dra. Camila Menezes Sabino de Castro - Coorientadora (Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais)
Dra. Sônia Maria de Figueiredo (Universidade Federal de Ouro Preto)
M.a. Millena Nayanne Hipólito (Universidade Federal de Ouro Preto)

Anelise Andrade de Souza, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 20/08/2026



Documento assinado eletronicamente por **Anelise Andrade de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 23/02/2026, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1062888** e o código CRC **D066BF67**.

À minha mãe, que transformou seu suor em minhas oportunidades. Graças ao seu esforço incansável, pude sonhar longe de casa e trilhar o caminho para o meu futuro. Este trabalho é, acima de tudo, dela.

AGRADECIMENTOS

Resistência é a capacidade de permanecer e seguir adiante mesmo quando o caminho se torna mais árduo do que o previsto. Sair de casa, deixar Abaeté e viver em Ouro Preto em busca de um futuro implicou enfrentar a distância da família e os desafios emocionais que atravessaram a formação universitária. Durante a elaboração deste trabalho, fui diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 1, o que intensificou significativamente as demandas físicas e emocionais do percurso acadêmico. Diante desse desafio inesperado, o apoio recebido foi fundamental para que fosse possível continuar, razão pela qual dedico esta seção a agradecer a todos que, de diferentes formas, tornaram esse caminho mais leve e possível de ser trilhado.

Agradeço a Deus, que me sustentou ao longo desses longos anos de graduação. Quando as forças faltaram, foi sua mão que me conduziu; quando o caminho se tornou árido, foi Ele quem se fez chão firme sob meus passos. Recolheu minhas lágrimas, escutou minhas preces e permaneceu comigo nos dias de cansaço, dúvida e dor. Caminhou ao meu lado quando ninguém mais via, sofreu comigo e, ainda assim, me concedeu a graça de continuar. Tudo o que sou e tudo o que alcancei nasce dessa presença que nunca me abandonou.

Agradeço à minha mãe, Juliana, que trabalhou incansavelmente para que eu pudesse permanecer em Ouro Preto. Seu esforço foi base, sustento e amor, manifestos nas longas ligações diárias, no sofrimento compartilhado em momentos difíceis e nas inúmeras vezes em que ouviu meus medos, angústias e o desejo de desistir e voltar para casa, sem jamais soltar minha mão. Seus ensinamentos e seu modo de ser me prepararam para enfrentar desafios, lidar com as adversidades e formar quem sou hoje, tornando possível não apenas esta trajetória acadêmica, mas também a construção da minha própria força e caráter.

Aos meus irmãos, Jullie e Victor, agradeço pelo apoio incondicional e por cuidarem da nossa mãe durante minha ausência. Ser o irmão mais velho sempre foi um incentivo para seguir adiante, assumir responsabilidades e persistir, mesmo diante das dificuldades, reforçando em mim o compromisso de ser referência e apoio dentro da família.

Agradeço à minha rede de apoio Abraão, Alan, Antônio, Cláudia, Cessi, Enardo, João e Rosalva, por serem parte essencial desta trajetória e por caminharem comigo ao longo desse percurso. A presença constante, o cuidado, a escuta e o apoio oferecidos por cada um foram fundamentais para que eu pudesse

atravessar os momentos de fragilidade, sustentar minhas escolhas e ir mais longe, tornando essa caminhada mais humana, possível e cheia de sentido.

À minha turma de graduação da UFOP, agradeço pela unidade construída ao longo do percurso, pelo companheirismo cotidiano e pelas trocas que ultrapassaram o espaço da sala de aula. Em meio às pressões acadêmicas e às dificuldades pessoais, a convivência, o apoio mútuo e a partilha de experiências tornaram o processo menos solitário. Em especial, agradeço a Ana Rosa, Brenda, Camila Mendes, Maria Inês, Maria Hubner, Thaís, Eugênia e Yasmin, cuja presença, escuta e afeto contribuíram de forma significativa para que essa caminhada fosse leve, humana e possível.

À UFOP, agradeço pela oportunidade de formação crítica e pela vivência que moldou não apenas um profissional, mas também um sujeito mais consciente de seu papel social. Destaco, especialmente, a PRACE e os Programas de Iniciação Científica, que foram fundamentais para viabilizar minha permanência na universidade, garantindo condições materiais e institucionais para que este percurso pudesse ser sustentado e concluído.

À minha orientadora, Anelise, expresso meu agradecimento pela condução ética, profissional e profundamente humana, pela paciência, sensibilidade e capacidade de compreender meus processos, respeitando meus tempos, limites e atravessamentos ao longo da construção deste trabalho. À minha coorientadora, Camila, agradeço pela parceria fundamental, pela disponibilidade constante e pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos professores da ENUT, agradeço pelo ensino de qualidade, pela dedicação à formação acadêmica e pelo compromisso com a educação pública, crítica e socialmente referenciada. Em especial, agradeço àqueles com quem tive a oportunidade de trilhar caminhos de aprendizagem e crescimento: Sônia, Simone, Claudia, Flávia, Melina, Fernanda, Maria Tereza, Camila, Silvana, Adriana, Marília, Maria Cristina, Raquel, Natália, Mayla, Joana, Daiane e Paula. Este trabalho é fruto direto do esforço coletivo, da seriedade e da excelência do ensino oferecido por cada um de vocês.

Aos funcionários, técnicos e monitores do ENUT, agradeço pelo apoio cotidiano, pela disponibilidade e pela contribuição essencial ao funcionamento da instituição, muitas vezes silenciosa, mas indispensável para a vida acadêmica.

Ao SUS, às equipes médicas e aos profissionais da farmácia, agradeço pelo cuidado, acolhimento e assistência, fundamentais para que eu pudesse reorganizar minha vida diante do diagnóstico, preservar minha saúde e seguir com este percurso acadêmico de forma digna e possível.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu concluísse esta etapa, deixo meu sincero agradecimento, reconhecendo que este percurso não foi construído individualmente, mas com a participação de muitas mãos.

Por fim, agradeço a mim mesmo, por ter resistido. Por permanecer quando o caminho se tornou árduo, por seguir adiante mesmo quando a distância, o cansaço, as exigências acadêmicas e os atravessamentos da vida impuseram limites. A resistência que inaugurou estes agradecimentos não foi apenas um conceito, mas uma prática cotidiana, construída passo a passo, com cuidado, adaptação e persistência. Transformar desafios em continuidade e luta em permanência foi o exercício que tornou possível chegar até aqui.

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E a esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir!”

– PAULO FREIRE

“Nós esperamos do verbo esperar. Mesmo em meio aos processos de retrocessos [...] nossa esperança é continuar a LUTAR.”

– JOSÉ VANILSON TORRES DA SILVA,
Coordenação do Movimento Nacional de
População de Rua (MNPR)

RESUMO

A população em situação de rua apresenta condições de vida marcadas por vulnerabilidades sociais que repercutem diretamente na saúde e na alimentação. Este estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de pessoas em situação de rua no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com dados secundários de 269 indivíduos adultos e idosos, de ambos os sexos. O estado nutricional foi avaliado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir das medidas de peso e estatura, enquanto o consumo alimentar foi analisado por meio do Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h). Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel e, posteriormente, submetidos à análise estatística descritiva e inferencial no software R. Os resultados indicaram predominância de indivíduos do sexo masculino, com baixa escolaridade e inserção majoritária no trabalho informal. Embora a maioria dos participantes tenha apresentado classificação eutrófica segundo o IMC, observou-se elevada inadequação do consumo energético, com predomínio de ingestão inferior às necessidades estimadas. Esses achados evidenciam que a avaliação antropométrica isolada pode não refletir adequadamente a situação alimentar dessa população. Conclui-se que pessoas em situação de rua vivenciam insegurança alimentar persistente, reforçando a necessidade de políticas públicas intersetoriais voltadas à promoção da saúde e à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Palavras-chave: população em situação de rua; estado nutricional; consumo alimentar; insegurança alimentar.

ABSTRACT

The homeless population lives in conditions marked by social vulnerabilities that directly affect their health and nutrition. This study aimed to assess the nutritional status and food consumption of homeless people in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. This is a cross-sectional, descriptive study conducted with secondary data from 269 adults and elderly individuals of both sexes. Nutritional status was assessed using the Body Mass Index (BMI), calculated from weight and height measurements, while food consumption was analyzed using the 24-hour Food Recall (24hFR). The data were tabulated in Microsoft Excel and subsequently submitted to descriptive and inferential statistical analysis in R software. The results indicated a predominance of male individuals with low educational levels and mostly engaged in informal work. Although most participants were classified as eutrophic according to BMI, there was a high level of inadequate energy consumption, with a predominance of intake below estimated requirements. These findings show that anthropometric assessment alone may not adequately reflect the nutritional status of this population. It is concluded that people experiencing homelessness face persistent food insecurity, highlighting the need for intersectoral public policies aimed at health promotion and the guarantee of the Human Right to Adequate Food.

Keywords: homeless population; nutritional status; dietary intake; food insecurity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do Estado Nutricional de adultos e idosos segundo o Índice de Massa Corporal (IMC).....	32
Tabela 2 - Classificação do estilo de vida e respectivos níveis de atividade física....	33
Tabela 3 - Caracterização da amostra de pessoas em situação de rua do município de Belo Horizonte, MG.....	36
Tabela 4 - Odds Ratio (OR), intervalos de confiança e valores de p do modelo de regressão logística multinomial para classe de IMC.....	43
Tabela 5 – Teste da razão de verossimilhança do modelo de regressão logística multinomial para classificação de IMC.....	44
Tabela 6 - Matriz de confusão do modelo de regressão logística multinomial para classe de IMC.....	44
Tabela 7 - Coeficientes do modelo de regressão linear múltipla para consumo energético (kcal) entre pessoas em situação de rua de Belo Horizonte, MG.....	45
Tabela 8 - Coeficientes do modelo de regressão logística para a classe do percentual da Taxa Metabólica Basal (%TMB).....	46
Tabela 9 - Razão de chances (Odds Ratio) e intervalos de confiança do modelo de regressão logística para a classe %TMB.....	47
Tabela 10 - Análise de variância (ANOVA) do modelo de regressão logística para a classe %TMB.....	47
Tabela 11 - Coeficientes do modelo de regressão linear para consumo de proteínas...	48
Tabela 12 - Distribuição do Gasto Energético Total (GET) por faixas.....	49
Tabela 13 - Distribuição do GET por faixas segundo sexo biológico.....	49
Tabela 14 - Distribuição do GET por faixas segundo classe etária.....	50
Tabela 15 - Distribuição do GET por faixas segundo classe de IMC.....	50
Tabela 16 - Distribuição de GET por faixas segunda classe de TMB.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Equações para estimativa do Gasto Energético Basal segundo sexo e faixa etária.....	33
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANOVA – Análise de Variância

BPC – Benefício de Prestação Continuada

BMI – Body Mass Index

CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais

CIAMP-Rua – Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DRIs – Dietary Reference Intakes

eCR – Equipes de Consultório na Rua

FAO – Food and Agriculture Organization

GET – Gasto Energético Total

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IOM – Institute of Medicine

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MG – Minas Gerais

MNPR – Movimento Nacional da População em Situação de Rua

OBPopRua – Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua

OR – Odds Ratio

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PBF – Programa Bolsa Família

PSR – População em Situação de Rua

R – Software estatístico R

R24h – Recordatório Alimentar de 24 horas

SEAS – Serviço Especializado em Abordagem Social

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TMB – Taxa Metabólica Basal

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNU – United Nations University

VET – Valor Energético Total

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 O CONCEITO DE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR).....	17
2.2 HISTÓRICO DA PSR.....	19
2.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DISTRIBUIÇÃO DA PSR NO CENÁRIO NACIONAL.....	22
2.4 VULNERABILIDADE SOCIAL, EXCLUSÃO E INVISIBILIDADE URBANA...	23
2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PSR.....	25
2.6 CONSUMO ALIMENTAR.....	28
2.7 ESTADO NUTRICIONAL.....	29
3 OBJETIVOS.....	30
3.1 OBJETIVO GERAL.....	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4 MÉTODOS.....	31
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	31
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.4 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS.....	32
4.5 CÁLCULO E AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS E ENERGÉTICAS.....	32
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
5 RESULTADOS.....	36
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	36
5.2 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL PARA IMC.....	43
5.3 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR PARA CONSUMO ENERGÉTICO DIÁRIO.....	45
5.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A INGESTÃO ENERGÉTICA	46
5.5 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR PARA CONSUMO DE PROTEÍNAS..	48
5.6 ANÁLISE DESCRITIVA DO GASTO ENERGÉTICO TOTAL (GET).....	49
5.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE GET E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E NUTRICIONAIS.....	49
6 DISCUSSÃO.....	52
7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	66
8 REFERÊNCIAS.....	68

1 INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) tem se consolidado, ao longo das últimas décadas, como um dos grupos sociais que mais expressam os efeitos da desigualdade estrutural no Brasil. Trata-se de uma população heterogênea, composta por indivíduos que, por diferentes motivos, rompem ou têm rompidos seus vínculos familiares, comunitários e institucionais, passando a viver predominantemente em espaços públicos ou em unidades de acolhimento de caráter temporário. Embora o fenômeno não seja recente, sua ampliação tem se tornado mais evidente devido ao crescimento acelerado de pessoas vivendo nas ruas, especialmente a partir dos impactos econômicos, sociais e sanitários observados nos últimos anos. Esse aumento expressa não apenas o agravamento da pobreza, mas também o aprofundamento da exclusão, evidenciando limites na proteção social e nas políticas públicas destinadas a garantir direitos fundamentais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2023; IPEA, 2025).

Nesse contexto, a alimentação desponta como uma das dimensões mais críticas da vida nas ruas. A ausência de renda estável, a irregularidade na oferta de refeições, a dependência de ações filantrópicas e a dificuldade de acessar equipamentos públicos de segurança alimentar tornam o ato de se alimentar um desafio cotidiano. A instabilidade no consumo alimentar compromete a qualidade nutricional e reduz as possibilidades de escolhas adequadas, favorecendo padrões alimentares marcados pela baixa variedade, pelo consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e pela ausência de refeições regulares. Essa combinação contribui para deficiências nutricionais, perda de massa magra, aumento do risco de infecções, piora do estado geral de saúde e favorecimento de condições crônicas (MOTA *et al.*, 2024; BARROS; ASSIS, 2024; CERDA *et al.*, 2024).

Outro aspecto essencial para compreender as vulnerabilidades da PSR envolve o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Embora não seja uma característica intrínseca ao grupo, o consumo prejudicial costuma ser intensificado por contextos de sofrimento psíquico, violências estruturais, rupturas afetivas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental. Nessa população, o uso de substâncias pode exercer funções diversas, desde a tentativa de lidar com o frio, a fome, a insônia e a insegurança, até o manejo subjetivo de experiências traumáticas. Ao mesmo tempo, o consumo de álcool está diretamente relacionado ao agravamento de condições clínicas, à maior exposição a violências e a um risco

aumentado de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O cenário torna-se ainda mais preocupante quando se considera que esse grupo enfrenta barreiras significativas no acesso ao cuidado contínuo e ao tratamento adequado diante de suas demandas de saúde (SILVA *et al.*, 2021; GUIMARÃES *et al.*, 2023; GOMES *et al.*, 2022; COUTO *et al.*, 2023; GONTIJO *et al.*, 2024).

As DCNT, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas configuram um importante problema de saúde pública. Em pessoas que vivem nas ruas, essas doenças apresentam maior complexidade e progressão acelerada devido à combinação da alimentação inadequada, uso prejudicial de substâncias, exposição ambiental, estresse crônico, baixa adesão a tratamentos e dificuldade de acompanhamento clínico regular. Além disso, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) — como falta de moradia, discriminação institucional, desemprego e fragilidade dos vínculos sociais — potencializam a vulnerabilidade desse grupo, criando um ciclo de adoecimento e desassistência que tende a se perpetuar. (VALLE *et al.*, 2020; GOMES *et al.*, 2022; LIMA *et al.*, 2024; BARROS; ASSIS, 2024).

Nesse sentido, as políticas públicas de assistência social, saúde, habitação e segurança alimentar desempenham papel estruturante na tentativa de mitigação dessas desigualdades. Equipamentos como Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), Restaurantes Populares, Serviços de Acolhimento Institucional, Consultórios na Rua e outros dispositivos intersetoriais foram criados para promover acesso a direitos e reduzir danos associados à vida nas ruas. Entretanto, apesar dos avanços normativos e institucionais, a efetividade dessas políticas é frequentemente comprometida pela insuficiência de investimentos, pela sobrecarga dos serviços, pela fragmentação das ações intersetoriais e pelas dificuldades de permanência dessa população nos programas ofertados (BARBOSA, 2018; DUARTE, BRISOLA E RODRIGUES, 2021; MARTINS *et al.*, 2023; BRASIL/MDHC, 2023; MENDES, 2025).

Além dos dispositivos tradicionais, benefícios socioassistenciais e medidas emergenciais — como os auxílios implementados durante cenários de crise social ou sanitária — também representam importantes estratégias de proteção. Contudo, a PSR enfrenta obstáculos significativos para acesso a benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Programa Bolsa Família (PBF), e demais ações que exigem a apresentação de documentação, endereço fixo ou comprovações que

muitas vezes não condizem com a realidade dessa população. Mesmo iniciativas recentes e debates legislativos voltados à garantia de direitos encontram limites quando confrontados com a complexidade da vida nas ruas (PINTO, 2019; NATALINO, 2024; GOVERNO FEDERAL, 2023).

Analisar as condições alimentares, o estado nutricional e a prevalência de DCNT na população em situação de rua é fundamental para desvelar a desigualdade estrutural que molda esse fenômeno. Ao integrar dimensões como saúde, vulnerabilidade social e uso de substâncias, torna-se possível evidenciar como esses fatores se interconectam e limitam as possibilidades de cuidado desse grupo. Portanto, aprofundar a investigação sobre essa tríade — alimentação, saúde e acesso a direitos — é um passo indispensável não apenas para reconhecer a gravidade do cenário atual, mas para fundamentar intervenções e políticas públicas de segurança alimentar e proteção social mais efetivas (TORRES, 2025; MOTA *et al.*, 2024; COUTO *et al.*, 2023).

Assim, este estudo se propôs a analisar o estado nutricional e o consumo alimentar da PSR do município de Belo Horizonte, investigando sua associação com variáveis socioeconômicas e demográficas, de forma a contribuir para o debate acadêmico e para a produção de conhecimento e subsidiar ações mais eficazes e humanizadas (SOUSA *et al.*, 2022; GOMES *et al.*, 2022; TORRES, 2025).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CONCEITO DE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR)

Caixas de papelão amontoadas, roupas gastas estendidas ao vento, barracas improvisadas sob pontes e esquinas são elementos comumente presentes nas grandes cidades brasileiras. Esse cenário, por sua vez, evidencia a realidade da PSR que, para além dessa alarmante dimensão visual que se tornou componente da paisagem, esconde uma realidade marcada por extrema vulnerabilidade. Essa situação é caracterizada pela privação de renda, pelas barreiras no acesso a serviços de saúde e, sobretudo, pela insegurança alimentar e nutricional. Dessa forma, compreender essa questão social exige ultrapassar a percepção imediata e a simples observação (VARANDA; ADORNO, 2004; BRASIL, 2012; MENDES, RONZANI E PAIVA, 2019; SOARES, 2021).

Diante dessa realidade, as formas utilizadas para designar esse grupo populacional sofreram constantes transformações ao longo do tempo, refletindo mudanças relacionadas à percepção social sobre essa condição. No passado, os termos “mendigos”, “pedintes” ou “indigentes” foram amplamente utilizados, reduzindo esses indivíduos somente ao ato de pedir esmola e desprezando suas histórias de vida e as demais formas de subsistência. Posteriormente, “morador de rua” tornou-se popular, mas ainda era considerado inadequado, pois a rua não pode ser considerada uma moradia por não garantir privacidade, segurança e higiene. Dessa forma, foi necessário um conceito preciso e respeitoso que descrevesse o verdadeiro sentido dessa condição (BURSZTYN, 2000; ESCOREL, 1999; BRASIL, 2009).

Nesse sentido, o desenvolvimento de novas terminologias foi a iniciativa para a garantia de direitos e combate ao estigma social. Essa preocupação vai além de um mero capricho linguístico: a criação de uma expressão adequada para descrever a condição de pessoas na rua está na capacidade de transformar a percepção e facilitar sua reintegração na sociedade. Por exemplo, quando se substitui a característica permanente (“morador de rua”) por uma condição transitória (“em situação de rua”), se reconhecer que, amparada por políticas públicas eficazes, essa condição pode ser revertida e essas pessoas podem ter os seus direitos fundamentais – antes negligenciados – como acesso à saúde, moradia, renda e alimentação, garantidos (BRASIL, 2009; FILHO; CARVALHO, 2023).

No contexto global, diferentes países buscaram terminologias específicas. Nos Estados Unidos, por exemplo, foi adotado “homeless population” que significa “população sem teto”, enquanto na Europa a expressão “sem abrigo” é frequentemente utilizada e aceita. Desse modo, é notável que a escolha desses termos tenha sido adotada considerando o contexto cultural, mas ambos se afastam de expressões pejorativas, dando ênfase à carência de moradia como uma situação suscetível à mudança (FEANTSA, 2017; NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS, 2024).

No Brasil, a PSR, conforme o Decreto nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, é conceituada como um grupo populacional heterogêneo em extrema vulnerabilidade social, caracterizado pela pobreza extrema, fragilização ou interrupção de vínculos familiares, inexistência de moradia convencional e uso de logradouros públicos ou unidades de acolhimento como moradia temporária ou permanente. Analisando esse conceito, é possível entender primeiramente que a PSR é um grupo de grande diversidade, isto é, apresenta indivíduos de diferentes idades, gêneros, orientações sexuais, etnias e escolaridade. Não há um estereótipo, explicitando que fatores relacionados à desigualdade, violências, problemas de saúde, perda de emprego, migração e ruptura com os vínculos familiares afetam pessoas muito diferentes entre si, convergindo para a condição de vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

Embora exista uma grande diversidade, a extrema pobreza é um elemento comum na PSR. Esse estado vai além da ausência de recursos financeiros, envolvendo privações múltiplas que fragilizam o acesso a serviços básicos de saúde, alimentação adequada, redes de proteção, trabalho e políticas habitacionais. Outra temática que é mencionada no conceito apresentado é o enfraquecimento de vínculos sociais que pode ocorrer devido a conflitos domésticos, violência, estigmatização, luto, dependência química, transtornos mentais, entre outros. Na ausência de vínculos sólidos, o indivíduo fica ainda mais exposto à vulnerabilidade e torna-se difícil interromper o ciclo (BRASIL, 2009; ESMERALDO; XIMENES, 2021; NATALINO, 2024).

A inexistência de moradia é a condição mais visível e inclui a ausência completa de domicílio, moradias precárias, ocupações temporárias, abrigos improvisados e estadias em instituições. Sem o acesso fixo a uma casa, a rua passa a ser imposta como o espaço de circulação, sobrevivência e descanso. O termo

“situação” é um dos elementos mais importantes da definição apresentada, pois reforça não se tratar de uma identidade fixa, ou seja, a pessoa não é definida como “de rua”, mas está em uma situação de rua, abrindo a possibilidade de superação e reconstrução da vida (BRASIL, 2009; BURSZTYN, 2000; FILHO; CARVALHO, 2023).

Portanto, a situação de rua deve ser entendida como um fenômeno complexo que exige um conceito capaz de expressar elementos como heterogeneidade, vulnerabilidade econômica, fragilidade de vínculos, uso involuntário do espaço público e caráter circunstancial. Essa compreensão oferece uma base sólida para políticas socioassistenciais focadas não apenas na mitigação dos danos imediatos, mas na promoção da reinserção social e da dignidade humana (VARANDA; ADORNO, 2004; BRASIL, 2009; NATALINO, 2023).

2.2 HISTÓRICO DA PSR

A compreensão da PSR no Brasil exige um olhar histórico que considere processos sociais estruturais acumulados ao longo dos séculos. Embora o conceito moderno de “população em situação de rua” seja recente, existiam, muito antes da formação do Brasil, grupos socialmente excluídos que viviam sem moradia estável e dependiam da caridade ou do abandono institucional. Na Europa medieval e no início da modernidade, entre os séculos XIII e XVI, há registros de pessoas com transtornos mentais, deficiências físicas, idosos sem suporte familiar e pobres vivendo nas ruas, muitas vezes classificadas como “mendigos” ou “incapazes” e sujeitas a recolhimentos compulsórios em casas de correção e hospitais gerais (FOUCAULT, 2010). Em Portugal, práticas semelhantes também eram frequentes antes da colonização da América, quando indivíduos considerados “desvalidos”, “aleijados” ou portadores de doenças crônicas eram abandonados à própria sorte nas cidades ou recolhidos coercitivamente por autoridades religiosas e civis (MATTOSO, 1997). Nos primeiros séculos da colonização brasileira, esses padrões se repetiram: há registros de indígenas expulsos de suas aldeias, pessoas doentes, inválidos de guerra e indivíduos com transtornos mentais vivendo sem abrigo fixo em vilas coloniais, sobrevivendo nas margens das igrejas, portos e mercados (CHALHOUB, 1996). Esses antecedentes mostram que a exclusão da pobreza, da doença e da deficiência é anterior à escravidão e formou a base de estigmas e negligências que atravessariam toda a formação social brasileira.

A partir do período escravocrata, essa lógica se aprofundou. Entre os séculos XVI e XIX, o Brasil recebeu aproximadamente 4,86 milhões de africanos escravizados, constituindo o maior fluxo mundial de pessoas traficadas para o trabalho forçado (UNESCO, 2022). Com a abolição da escravidão, em 1888, não houve políticas de reparação, redistribuição de terras ou inclusão social. A população negra recém-liberta permaneceu sem acesso à terra, trabalho, moradia e educação, perpetuando desigualdades estruturais que ainda hoje se expressam no fato de pessoas negras serem maioria entre a PSR (GOMES, 2023).

No início do século XX, políticas urbanas reforçaram ainda mais a exclusão. As reformas higienistas e modernizadoras, como o “Bota-Abaixo” no Rio de Janeiro, demoliram cortiços e expulsaram famílias pobres e negras das áreas centrais sem oferecer alternativas habitacionais (BENCHIMOL, 1992). Essa prática consolidou um padrão histórico de expulsões e deslocamentos forçados, responsável pelo surgimento de favelas e pelo aprofundamento da segregação urbana no país. Ao longo do século XX, a combinação de crises econômicas, desigualdade estrutural, ausência de políticas de moradia e precarização das relações de trabalho intensificou a vulnerabilidade social. Durante a ditadura militar (1964–1985), a centralização política e a baixa prioridade para políticas sociais agravaram ainda mais a pobreza urbana, deixando marcas significativas no fenômeno.

A redemocratização permitiu maior visibilidade ao tema, especialmente a partir da década de 1980, quando pastorais e movimentos sociais passaram a atuar diretamente com pessoas em situação de rua em cidades como São Paulo e Belo Horizonte, contribuindo, posteriormente, para a criação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), formalizado em 2005 (RODRIGUES, 2016). Um episódio decisivo para a discussão pública foi o Massacre da Praça da Sé, ocorrido em 2004, no qual ataques resultaram em sete pessoas mortas e quinze feridas em São Paulo, revelando a violência extrema a que essa população está exposta (BRASIL, 2025). Em memória às vítimas, instituiu-se o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua.

Entre 2007 e 2008, o governo federal realizou, em parceria com a UNESCO, o primeiro grande levantamento nacional, identificando 31.922 pessoas vivendo nas ruas em 71 municípios (MDS/UNESCO, 2008). Esses dados permitiram avanços na formulação de políticas públicas e contribuíram para o Decreto nº

7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, reconhecendo esse grupo como sujeito de direitos e estabelecendo diretrizes para sua proteção (BRASIL, 2009). Apesar disso, a implementação dessa política ainda enfrenta dificuldades estruturais e desigualdades regionais.

Nas décadas recentes, o aumento da PSR tornou-se ainda mais expressivo. Entre 2012 e 2022, o número estimado saltou de cerca de 90 mil para 281 mil pessoas, refletindo desemprego, empobrecimento, alta dos aluguéis e fragilidades das políticas de moradia (IPEA, 2022). A pandemia de COVID-19 agrava esse cenário: estudos da Fiocruz identificaram aumento de mulheres e pessoas com maior escolaridade vivendo nas ruas devido à perda de emprego e à incapacidade de manter despesas básicas (FIOCRUZ, 2021; MARTINS *et al.*, 2023). Em 2023, o CadÚnico registrou cerca de 227 mil pessoas em situação de rua, enquanto denúncias de violência contra esse grupo cresceram 24% entre 2023 e 2024, evidenciando não apenas precariedade material, mas também insegurança e violações de direitos (BRASIL, 2024).

Esse fenômeno, no entanto, não é exclusivo do Brasil. Em 2024, os Estados Unidos registraram 771.480 pessoas sem moradia em apenas uma noite de janeiro, o maior número já registrado no país (HUD, 2024). Esse comparativo reforça que crises habitacionais, desigualdade econômica e fragilidade de políticas públicas são determinantes globais do aumento da PSR.

Portanto, a PSR no Brasil deve ser compreendida como resultado de um processo histórico contínuo de exclusão que antecede a escravidão e atravessa séculos. A trajetória marcada pelo abandono de pessoas com doenças, deficiências e transtornos mentais na Europa e no período colonial, somada à violência da escravidão, à ausência de políticas pós-abolição, às reformas urbanas excludentes e às crises socioeconômicas contemporâneas, evidencia que esse grupo permanece exposto ao racismo estrutural, à falta de políticas habitacionais eficazes, à precarização do trabalho, à violência e ao estigma social. Entender essa evolução histórica é fundamental para a construção de políticas públicas capazes de garantir proteção, dignidade e direitos a essa população.

2.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DISTRIBUIÇÃO DA PSR NO CENÁRIO NACIONAL

O perfil sociodemográfico da PSR no Brasil revela um quadro de crescente vulnerabilidade social. Os dados de dezembro de 2025 do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua demonstram que 365.822 pessoas vivem nessa condição no país, número superior ao registrado em setembro de 2025, quando eram contabilizadas 358.553 pessoas (OBPopRua/UFMG, 2026). Esse crescimento de 2,03 % em apenas três meses evidencia um agravamento contínuo da exclusão social e reforça a urgência de políticas públicas estruturadas, intersetoriais e eficazes.

No que se refere à demografia e à distribuição geográfica, observam-se desigualdades profundas. A população é majoritariamente masculina (84%), enquanto mulheres representam 16% e pessoas (OBPopRua/UFMG, 2024). A composição racial evidencia que 69,3% se declaram pretos ou pardos, refletindo o impacto do racismo estrutural como mecanismo central de exclusão. Em termos etários, 45,1% possuem entre 40 e 59 anos, 42,7% têm entre 18 e 39 anos, 2,8% são crianças e adolescentes e 9,4% têm 60 anos ou mais (OBPopRua/UFMG, 2024). A distribuição geográfica segue a lógica econômica do país, com maior concentração no Sudeste (61%), seguido pelo Nordeste (15%), Sul (12%), Norte (6%) e Centro-Oeste (6%), destacando-se o estado de São Paulo, que concentra 41,3 % de toda a PSR brasileira (OBPopRua/UFMG, 2026).

Os indicadores referentes à educação e ao trabalho revelam múltiplas camadas de exclusão. No campo educacional, 11,1% das pessoas em situação de rua são analfabetas, 13,5 % são alfabetizadas com Ensino Fundamental completo e 41,3 % não concluíram essa etapa escolar (OBPopRua/UFMG, 2024). Cerca de 20,1% concluíram o Ensino Médio e somente 2% possuem ensino superior completo. Tais limitações educacionais se refletem diretamente nas possibilidades de inserção laboral: 44,6% sobrevivem da catação de materiais recicláveis, 20,5% realizam “bicos” informais, 17,9% recorrem à mendicância e apenas 5,8% possuem emprego formal com carteira assinada (OBPopRua/UFMG, 2024).

As condições de saúde e de vida dessa população reforçam a presença de vulnerabilidades múltiplas e simultâneas. Cerca de 36,9% relataram possuir alguma doença ou condição de saúde, sendo as mais frequentes a Hipertensão Arterial

(10,8%), os problemas respiratórios (5,7%), a depressão (6,1%) e o Diabetes Mellitus (2,8%) (OBPopRua/UFMG, 2024). O uso de substâncias psicoativas é reportado por 38,2% das pessoas em situação de rua, com prevalência de álcool e crack (OBPopRua/UFMG, 2024). Além disso, o tempo de permanência nas ruas é significativo: 30,8% estão nessa condição há mais de cinco anos, 20,7% entre dois e cinco anos, 17,8% entre um e dois anos e 21,8% há menos de um ano, evidenciando que a situação de rua não é predominantemente transitória (OBPopRua/UFMG, 2024).

As formas de moradia e a vivência cotidiana nas ruas também expressam elementos centrais de vulnerabilidade. Dos indivíduos contabilizados, 62,3% utilizam abrigos públicos ou instituições de acolhimento, enquanto 28,1% dormem diretamente em logradouros públicos e 9,6% utilizam outras formas de moradia precária (OBPopRua/UFMG, 2024). Aproximadamente 40% relatam ter sofrido violência física e 35% afirmam encontrar dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde (OBPopRua/UFMG, 2024). Além disso, 1,2% da PSR é composta por pessoas indígenas, evidenciando uma camada adicional de vulnerabilidade étnica frequentemente invisibilizada (OBPopRua/UFMG, 2024).

Em síntese, o perfil da PSR no Brasil demonstra a ruptura de diversos sistemas de proteção social. A predominância de homens negros, em idade produtiva, com baixa escolaridade e submetidos a formas precárias de inserção econômica revela a complexidade estrutural do problema. O crescimento contínuo da PSR reforça a necessidade urgente de políticas públicas integradas que articulem moradia, saúde mental, segurança alimentar e condições dignas de trabalho (OBPopRua/UFMG, 2024). Considerar as interseccionalidades que atravessam essa população é essencial para a formulação de respostas abrangentes, capazes de interromper o ciclo de vulnerabilidades que sustenta a reprodução da situação de rua no país.

2.4 VULNERABILIDADE SOCIAL, EXCLUSÃO E INVISIBILIDADE URBANA

A vulnerabilidade social pode ser entendida como a situação em que pessoas ou grupos enfrentam muitas dificuldades para acessar direitos básicos, como moradia, alimentação, saúde, educação e emprego. Não se trata apenas de falta de dinheiro, mas também da ausência de oportunidades, da quebra dos vínculos familiares e comunitários e da falta de políticas públicas capazes de garantir

dignidade e participação social (PEREIRA; GONÇALVES, 2021). No Brasil de hoje, essas desigualdades ficam ainda mais fortes porque o modelo econômico atual tende a responsabilizar o indivíduo pelos seus problemas, ignorando os fatores estruturais que produzem a pobreza (BAUMAN, 2005).

Nesse cenário, a PSR é um dos grupos mais afetados. Essas pessoas são frequentemente vistas pela sociedade como responsáveis pela sua própria condição, como se a situação de rua fosse resultado de “escolhas erradas”. Essa visão é alimentada pelo que alguns autores chamam de “política do descarte”, uma lógica que considera algumas vidas menos valiosas ou menos dignas de proteção, especialmente aquelas que não se encaixam no modelo de produtividade e consumo da sociedade atual (BAUMAN, 2005; SANTOS; FERREIRA, 2022). Assim, a pessoa em situação de rua não é vista como cidadã, mas como alguém “fora do lugar”, que não deve ocupar os espaços públicos.

Essa invisibilidade é um dos aspectos mais graves da exclusão social. Muitas vezes, não se reconhece às pessoas em situação de rua como sujeitos de direito, ao vê-las vivendo em calçadas, praças e marquises. Elas se tornam “parte da paisagem urbana”, como se fossem objetos, e não seres humanos com histórias, necessidades e desejos (BURSZTYN; ARAÚJO, 2020). Esse processo de tornar as pessoas invisíveis ajuda a justificar a ausência do Estado e a falta de políticas específicas.

A teoria da necropolítica, proposta por Achille Mbembe (2018), ajuda a compreender essa realidade. Segundo o autor, alguns grupos sociais são colocados em posições onde o Estado decide, de forma direta ou indireta, que sua vida vale menos, quem pode viver e quem deve morrer. No caso da PSR, isso aparece quando há falta de ações públicas que garantam condições mínimas de sobrevivência. A ausência de moradia, saúde e alimentação adequada não é apenas resultado de descaso: é um mecanismo que mostra que essas vidas estão sendo abandonadas, tratadas como “descartáveis” dentro da lógica econômica e urbana.

A falta de alimentação adequada é uma das expressões mais evidentes dessa exclusão. De acordo com a Rede PENSSAN (2023), mais de 33 milhões de brasileiros vivem em insegurança alimentar grave, e a PSR está entre os grupos mais prejudicados. Essas pessoas dependem, em grande parte, de doações ou

ações voluntárias, que são irregulares e não garantem uma dieta equilibrada, o que aprofunda a desigualdade e afeta diretamente a sua saúde.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) e programas da Atenção Básica tentam diminuir as desigualdades, mas, na prática, ainda há pouca estrutura, pouca equipe especializada e grande dificuldade de acesso. No sistema de saúde, a exclusão também se manifesta. Apesar de o SUS ser universal, muitas pessoas em situação de rua enfrentam barreiras de acesso aos serviços, como preconceito, imposição de obrigatoriedade de documentação para realização do atendimento, filas extensas e ausência de serviços como preconceito, imposição de obrigatoriedade de documentação para realização do atendimento, filas extensas e ausência de serviços como: preconceito institucional, exigência indevida de documentação, dificuldade de vinculação às equipes, longos tempos de espera e ausência de ações continuadas e territorializadas, o que compromete a efetivação do princípio da equidade e limita o cuidado integral dessa população (BRASIL, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2023; PIUZANA; RAMOS, 2023).

Dessa forma, a vulnerabilidade social das pessoas em situação de rua é resultado de um conjunto de fatores históricos e estruturais, que envolvem desigualdade econômica, estigmas, políticas insuficientes e falta de proteção social. Essa combinação faz com que essas pessoas vivam em um ciclo constante de exclusão, invisibilidade e violação de direitos, especialmente no que diz respeito ao acesso à alimentação e à saúde (MBEMBE, 2018; BAUMAN, 2005; PENSSAN, 2023).

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PSR

A discussão sobre direitos para a PSR começa a ganhar força no Brasil a partir das últimas décadas do século XX, quando grupos civis e coletivos, formados pelas próprias pessoas que vivem nas ruas, passaram a denunciar violações e exigir que o Estado reconheça o fenômeno da PSR. Esse movimento culmina, nos anos 2000, na formação de articulações nacionais como o MNPR que transformou a pauta em tema de debate público. Segundo Martins (2023), essas mobilizações construíram as condições políticas necessárias para que o Estado assumisse responsabilidades específicas diante da problemática da rua.

Um marco essencial no processo de institucionalização das políticas sociais foi a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005. O SUAS

reorganizou a assistência social no país, estabelecendo padrões, serviços continuados e uma lógica de proteção social estruturada em níveis. Como destaca Miranda (2013), a criação do SUAS permitiu que populações historicamente negligenciadas, como a PSR, fossem gradualmente incorporadas aos serviços públicos de proteção. Essa mudança tornou possível o desenvolvimento de instrumentos específicos voltados ao atendimento em territórios de rua.

A consolidação normativa dessa estrutura ocorreu em 2009, com a aprovação da Resolução CNAS nº 109/2009, que instituiu a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Este documento padronizou a organização dos serviços e estabeleceu orientações precisas para o atendimento de grupos vulneráveis, destacando o papel do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS). Definido como uma estratégia de busca ativa e atuação sistemática em espaços públicos, o SEAS visa a proteção de pessoas em risco social por meio da vinculação, escuta qualificada e encaminhamento à rede de proteção (CNAS, 2009). Entre 2009 e 2014, guias do Ministério do Desenvolvimento Social complementaram essa regulamentação, reforçando que a abordagem deve ser planejada e humanizada, servindo como porta de entrada para o acolhimento, regularização documental e acesso a benefícios (MDS, 2011).

Paralelamente, o governo federal publicou o Decreto nº 7.053/2009, instituindo a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Trata-se do primeiro instrumento legal brasileiro dedicado exclusivamente a esse grupo, definindo princípios e criando mecanismos de coordenação intersetorial para assegurar direitos civis, políticos, econômicos e sociais (Brasil, 2009). Ao criar o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP-Rua), o decreto reforçou que o atendimento à PSR deve integrar assistência, saúde, moradia e segurança alimentar, consolidando a atuação de centros especializados, como os Centros POP.

Entre 2010 e 2011, os municípios brasileiros ampliaram a implantação dos Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centro POP). Esses equipamentos surgem para garantir um espaço de convivência e proteção onde a PSR pode tomar banho, alimentar-se, guardar pertences, participar de atendimentos e receber orientação profissional e social. A regulamentação nacional determina que o Centro POP deve oferecer apoio para restauração da autonomia, convívio e acesso a direitos (MDS, 2011). Com isso, os

Centros POP tornam-se o principal equipamento público de referência para esse público.

No campo da saúde, as primeiras experiências de Consultórios de Rua são incorporadas ao SUS e formalizadas pela Portaria nº 122/2011, que cria as equipes de Consultório na Rua (eCR). A portaria define que as equipes devem desenvolver ações de atenção básica voltadas às pessoas em situação de rua, considerando seus modos de vida e seus territórios (BRASIL, 2011). Outras normativas aprofundam essa estrutura, como a Portaria nº 2.488/2011, que reforça a atuação itinerante das equipes, e a Portaria nº 3.088/2011, que inclui a PSR na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esses instrumentos consolidam o entendimento de que o cuidado deve ocorrer também na rua, e não apenas dentro das unidades de saúde.

Outro eixo fundamental das políticas sociais é o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico). A partir de orientações publicadas entre 2011 e 2013, torna-se possível registrar pessoas em situação de rua sem endereço fixo, utilizando praças, baixos de viadutos ou equipamentos como referência. O Ministério do Desenvolvimento Social afirma que o CadÚnico permite cadastro de pessoas que vivem nas ruas usando endereços de referência e pontos reconhecidos no território (MDS, 2013). Isso possibilitou o acesso a benefícios como o PBF, BPC-Idoso, Tarifa Social de Energia e programas habitacionais.

Durante a pandemia de Covid-19, o Auxílio Emergencial (Lei nº 13.982/2020) representou um marco de proteção para grupos em extrema pobreza, incluindo a PSR. O benefício foi concedido mediante cadastro simplificado, permitindo que pessoas sem documentos completos pudessem acessar o recurso. Embora o acesso não tenha sido pleno, os estudos apontam que, quando recebido, o auxílio representou um mecanismo essencial para garantir alimentação e itens básicos no período de maior vulnerabilidade (CNDH, 2021).

No caso de pessoas idosas que vivem nas ruas, o BPC é a principal ferramenta de proteção social. Previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o benefício não exige residência fixa, permitindo que a ausência de moradia estável não impede a concessão do benefício (BRASIL, 1993). O BPC é uma das poucas garantias de renda permanente para idosos em situação de alta vulnerabilidade.

No âmbito da segurança alimentar, equipamentos como os Restaurantes Populares, as Cozinhas Comunitárias e os Bancos de Alimentos integram o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e foram criados para atender pessoas em extrema pobreza. De acordo com o MDS (2014), os Restaurantes Populares têm a função de oferecer refeições saudáveis a baixo custo, priorizando grupos em situação de insegurança alimentar grave, como a PSR. Esses programas são essenciais diante do aumento da fome e do desemprego nos últimos anos.

Em termos de políticas contemporâneas, iniciativas legislativas recentes buscam ampliar a proteção da PSR. A deputada Erika Hilton apresentou propostas que visam impedir remoções forçadas e garantir abordagens humanizadas. Entre seus projetos, destaca-se o Projeto de Lei que estabelece que o poder público não pode retirar ou destruir compulsoriamente objetos, documentos ou abrigos improvisados utilizados como meios de sobrevivência (HILTON, 2023). Essas iniciativas respondem às práticas de higienização urbana recorrentes em grandes cidades.

Por fim, diretrizes como a Resolução nº 40/2020 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos consolidam o enfoque de direitos humanos para a PSR, determinando que o Estado deve assegurar proteção integral diante das múltiplas vulnerabilidades que caracterizam a situação de rua (CNDH, 2020). Entre 2020 e 2025, portais e documentos oficiais mantêm atualizadas as ações de proteção social, saúde e segurança alimentar voltadas para a PSR, confirmando a continuidade de políticas como os Centros POP, SEAS, eCR e Restaurantes Populares (BRASIL, 2025). Apesar disso, análises como a de Martins et al 2023 apontam que persistem desafios de integração intersetorial e financiamento adequado, o que exige fortalecimento contínuo das políticas públicas.

2.6 CONSUMO ALIMENTAR

O consumo alimentar da PSR de rua é profundamente marcado pela insegurança alimentar grave e pela precariedade das condições de vida. A alimentação é, predominantemente, ditada pela disponibilidade imediata e pela acessibilidade, não por escolhas nutricionais ou culturais. As fontes principais de alimentos são as instituições de caridade (sopões, albergues, instituições religiosas), a coleta de alimentos descartados no lixo e, em menor escala, a compra com

recursos eventuais de alimentos baratos e ultraprocessados, uma realidade amplamente documentada pela última Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Essa dinâmica configura um padrão de consumo descontínuo, monótono e qualitativamente deficiente (BRASIL, 2023; PENAFORTE *et al.*, 2023; BEZERRA *et al.*, 2022).

De forma geral, observa-se que o padrão alimentar dessa população tende a ser irregular e nutricionalmente inadequado. A dieta é frequentemente baseada em pães, massas, alimentos industrializados de longa duração e refeições únicas fornecidas por doações, que, apesar de essenciais para a sobrevivência, nem sempre garantem equilíbrio nutricional, variedade e higiene adequada. O acesso a frutas, verduras, legumes e proteínas de boa qualidade é esporádico e insuficiente. A falta de local para armazenar alimentos e para cozinhar, a dificuldade de manter utensílios e a instabilidade da rotina tornam impossível o planejamento de refeições. Além dos aspectos nutricionais, a alimentação na rua perde sua dimensão sociocultural, tornando-se um ato de mera subsistência, frequentemente acompanhado de estigma e violações de dignidade. Soma-se a esse cenário o elevado consumo de álcool e outras drogas, que interferem negativamente no consumo alimentar ao suprimir o apetite, substituir refeições ou induzir escolhas alimentares pouco saudáveis, agravando o risco de inadequações nutricionais (MARINHO *et al.*, 2023; PENAFORTE *et al.*, 2023; BEZERRA *et al.*, 2022).

2.7 ESTADO NUTRICIONAL

O estado nutricional da PSR reflete uma sinergia perversa entre consumo alimentar inadequado, condições ambientais adversas e problemas de saúde não tratados. Observa-se a coexistência da dupla carga da má nutrição, caracterizada tanto por déficits nutricionais — como desnutrição calórico-proteica, baixo peso e deficiências de micronutrientes — quanto por sobrepeso e obesidade, frequentemente associados ao consumo de alimentos energéticos e pobres em nutrientes (SOUSA *et al.*, 2022; IPEA, 2023).

As deficiências de vitaminas e minerais, como vitaminas A, C, D, complexo B, ferro e zinco, são prevalentes e contribuem para fadiga, redução da imunidade, prejuízo na cicatrização e agravamento de doenças preexistentes. O baixo peso está relacionado à fome, a doenças infecciosas e ao uso abusivo de substâncias, enquanto o excesso de peso associa-se a dietas baseadas em carboidratos refinados e alimentos

ultraprocessados, ao consumo alimentar irregular e ao sedentarismo imposto pelo contexto de vida. O estresse crônico, a privação do sono e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde agravam esse cenário, tornando a avaliação e a intervenção nutricional desafios complexos, que demandam uma abordagem intersetorial e orientada pela garantia de direitos (OPAS, 2021; SOUSA et al., 2022).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o estado nutricional e o consumo alimentar da população em situação de rua de Belo Horizonte, investigando sua associação com variáveis socioeconômicas e demográficas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico da PSR do município de Belo Horizonte.
- Descrever o estado nutricional dos participantes por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando critérios específicos para adultos e idosos.
- Estimar o consumo alimentar (macronutrientes e micronutrientes) e o balanço energético, comparando o Valor Energético Total (VET) ingerido com o Gasto Energético Total (GET) calculado.
- Descrever o acesso desse grupo aos serviços de saúde e assistência social do município de Belo Horizonte.
- Discutir os principais obstáculos para a garantia da segurança alimentar e do cuidado integral à saúde dessa população no cenário local.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa transversal, de natureza descritiva, configurando-se como um recorte temporal da realidade de indivíduos em situação de rua no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por 269 pessoas em situação de rua, com faixa etária de 19 a 74 anos e de ambos os sexos. Os dados analisados derivaram de um banco de dados secundário, oriundo de um estudo desenvolvido no âmbito da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG), cujas informações foram coletadas por discentes e pesquisadores vinculados à área da saúde, por meio de trabalho de campo previamente realizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O referido banco de dados foi posteriormente disponibilizado para a realização da presente pesquisa. Quanto aos critérios de inclusão, definidos para a seleção dos participantes, foram adotados: ter idade superior a 18 anos, encontrar-se em situação de rua, consentir com a realização da entrevista e compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em contrapartida, foram excluídos os indivíduos que, mesmo em situação de rua, não apresentavam condições de responder às perguntas devido a alterações no estado de consciência.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 69875323.9.0000.5134. Dessa forma, os participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos, os procedimentos e as implicações do estudo, sendo garantida a participação de forma voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em consonância com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4.4 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS

A coleta de dados foi realizada previamente por discentes da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, por meio da abordagem direta dos participantes na Pastoral de Rua do município de Belo Horizonte, mediante a realização de entrevistas individuais, utilizando-se um questionário previamente elaborado. Nesse sentido, o instrumento de pesquisa adotado contemplou variáveis sociodemográficas, antropométricas, clínicas e alimentares, tais como: idade, sexo biológico, orientação sexual ou identidade de gênero, cor da pele ou etnia, escolaridade, trabalho ou atividade remunerada, recebimento de benefícios sociais ou aposentadoria, serviços e programas sociais utilizados, tempo e condições de permanência nas ruas, uso de substâncias psicoativas, presença de doenças ou problemas de saúde e acesso a medicamentos, suporte ou tratamento de saúde. Além disso, foram coletadas medidas antropométricas, incluindo peso e estatura, e aplicado o Recordatório Alimentar de 24 horas a todos os participantes.

4.5 CÁLCULO E AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS E ENERGÉTICAS

Após a etapa de coleta dos dados, foram realizados os procedimentos necessários para o cálculo e a avaliação das variáveis antropométricas e energéticas. Inicialmente, a partir das medidas de peso e estatura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC). Em seguida, os valores obtidos foram classificados conforme os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde para adultos e pela Organização Pan-Americana da Saúde para idosos, apresentados na tabela 1, permitindo a categorização dos participantes em baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou obesidade (THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994; OMS, 2000; OPAS, 2002; SISVAN, 2011).

Tabela 1 - Classificação do Estado Nutricional de adultos e idosos segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)

Estado Nutricional	Adultos	Idosos
Baixo Peso	$< 18,5 \text{ kg/m}^2$	$< 22 \text{ kg/m}^2$
Adequado ou Eutrófico	$\geq 18,5 \text{ kg/m}^2 \text{ e } < 25 \text{ kg/m}^2$	$\geq 22 \text{ kg/m}^2 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$
Sobrepeso	$\geq 25 \text{ kg/m}^2 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$	$\geq 27 \text{ kg/m}^2 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$

Obesidade $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

Fonte: OMS, 1995; THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994; OPAS, 2002.

Posteriormente, com base nas informações referentes ao sexo biológico, idade e peso dos participantes, foi estimado o Taxa Metabólica Basal (TMB). Para esse cálculo, utilizaram-se as equações propostas pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, Organização Mundial da Saúde e Universidade das Nações Unidas (FAO/WHO/UNU, 1985), apresentadas no quadro 1 e amplamente empregadas em estudos populacionais para a estimativa das necessidades energéticas. Essas equações permitem a determinação do gasto energético basal a partir de variáveis antropométricas e demográficas, constituindo uma base consistente para a estimativa do consumo energético diário.

Quadro 1 - Equações para estimativa do Gasto Energético Basal segundo sexo e faixa etária

Sexo	Idade	Equação de Gasto Energético Basal
Masculino	≥ 18 anos e <30 anos	$(15,057 \times P) + 692,2$
	≥ 30 anos e <60 anos	$(11,472 \times P) + 873,1$
	≥ 60 anos	$(11,711 \times P) + 587,7$
Feminino	≥ 18 anos e <30 anos	$(14,818 \times P) + 486,6$
	≥ 30 anos e <60 anos	$(8,126 \times P) + 845,6$
	≥ 60 anos	$(9,082 \times P) + 658,5$

Fonte: Adaptado de FAO/WHO/UNU (1985).

A estimativa do Gasto Energético Total foi realizada a partir da taxa metabólica basal obtida pelas equações da FAO/WHO/UNU (1985). Em seguida, os valores encontrados foram multiplicados por um fator de atividade física, conforme apresentado na tabela 2 abaixo, definido de acordo com o nível de atividade habitual de cada participante. Dessa maneira, foi possível estimar o GET considerando as particularidades do padrão de locomoção e esforço físico característicos das pessoas em situação de rua.

Tabela 2 - Classificação do estilo de vida e respectivos níveis de atividade física

Classificação do Estilo de Vida	Nível de Atividade Física
Sedentário ou com atividade leve	1,40 – 1,69
Ativo ou moderadamente ativo	1,70 – 1,99

Vigoroso ou muito ativo

2,00 – 2,40

Fonte: FAO/WHO/UNU (1985).

Quanto à análise do consumo alimentar, esta foi realizada a partir dos dados obtidos pelo Recordatório Alimentar de 24 Horas (R24h). Essas informações foram inseridas no software WebDiet, que possibilitou o cálculo do Valor Energético Total (VET) da dieta, bem como a estimativa da ingestão de macronutrientes e micronutrientes.

Além disso, a partir do cálculo do Gasto Energético Total (GET) e do Valor Energético Total (VET), foi determinado o déficit ou superávit energético dos participantes, conforme a fórmula apresentada a seguir:

$$\text{Déficit ou Superávit Energético} = \text{VET (kcal)} - \text{GET (kcal)}$$

Dessa forma, foi possível avaliar o balanço energético individual, permitindo identificar se a ingestão energética encontrava-se abaixo, acima ou em equilíbrio em relação às necessidades energéticas estimadas.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Em um primeiro momento, os dados coletados foram submetidos a conferência, tabulação e codificação no software Microsoft Excel, com a finalidade de assegurar a fidedignidade, a organização e a uniformização das variáveis analisadas. Posteriormente a essa etapa, as análises estatísticas foram conduzidas no *software* R, o qual possibilitou a aplicação adequada dos procedimentos analíticos do estudo.

No que diz respeito à descrição da amostra, realizou-se a análise estatística descritiva. Dessa forma, as variáveis contínuas foram apresentadas por meio de mediana e intervalo interquartil (Q1-Q3), ao mesmo tempo em que as variáveis categóricas foram descritas em frequências absoluta (n) e relativa (%), permitindo a caracterização do perfil dos participantes.

No âmbito das variáveis investigadas, foram definidos como desfechos o estado nutricional, obtido pela classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), bem como o consumo energético, estimado a partir da ingestão calórica diária. Em paralelo, as demais variáveis incluídas na investigação foram consideradas independentes, sendo utilizadas como fatores explicativos nos modelos estatísticos.

Sob a perspectiva da análise inferencial, os métodos estatísticos foram selecionados conforme a natureza dos desfechos avaliados. Assim, as variáveis categóricas, representadas pelas classificações do IMC e da TMB, foram examinadas por meio de modelos de Regressão Logística Multinomial. De modo distinto, as variáveis contínuas, referentes à ingestão calórica e à ingestão proteica, foram analisadas mediante modelos de Regressão Linear Múltipla. Como critério analítico, adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) em todas as análises estatísticas efetuadas.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Tabela 3 apresenta o perfil socioeconômico, demográfico, de saúde e consumo alimentar da PSR participante do estudo.

Tabela 3 - Caracterização da amostra de pessoas em situação de rua do município de Belo Horizonte, MG

Variáveis	Frequência n (%) ou Mediana (Q1 – Q3) ¹
Sexo Biológico	
Masculino	227 (84%)
Feminino	42 (16%)
Orientação Sexual	
Heterossexual	240 (89%)
Bissexual	13 (4,8%)
Mulher Homossexual	5 (1,9%)
Homem Homossexual	4 (1,5%)
Assexual	1 (0,4%)
Não se identifica	1 (0,4%)
Identidade de Gênero	
Cisgênero	265 (98,5%)
Trans	3 (1,1%)
Não se identifica	1 (0,4%)
Faixa Etária	
Idade (anos)	42 (33 – 50)
19 a 39 anos	116 (43%)
40 - 59 anos	124 (46%)
Mais que 59 anos	29 (11%)
Cor de pele ou raça (autodeclarada)	
Parda	163 (61,0%)
Preta	72 (27,0%)
Branca	31 (12,0%)
Indígena	3 (1,1%)
Escolaridade	
Ensino Fundamental Completo	146 (54,0%)

Variáveis	Frequência n (%) ou Mediana (Q1 – Q3) ¹
Ensino Médio ou Técnico Completo	95 (35,0%)
Ensino Superior Completo	14 (5,2%)
Não sabe ler nem escrever	14 (5,2%)
Estilo de Vida	
Trabalho ou Atividade Remunerada	109 (41,0%)
Uso de álcool	149 (55,0%)
Tabagismo	134 (50,0%)
Uso de outras drogas	118 (44,0%)
Serviços e Benefícios Sociais	
Uso de Restaurante Popular	254 (94%)
Uso de Centro Pop	251 (93%)
Acesso a Benefício Social	194 (72%)
Bolsa Família	182 (67,7%)
Acesso a Abrigos	152 (57%)
CRAS/CREAS	137 (51%)
Aposentadoria	27 (10%)
Benefício de Prestação Continuada	16 (5,9%)
SCO	3 (1,1%)
Situação de saúde	
Acesso a Serviço de Saúde	122 (45%)
Em tratamento médico atual	103 (38%)
Doenças ou Problemas de Saúde	207 (77%)
Antropometria	
Peso (kg)	67 (60 – 75)
Masculino (kg)	67,4 (61,7 – 74,8)
Feminino (kg)	62,5 (51,5 – 76,5)
Estatura (cm)	171 (165 – 177)
Masculino (cm)	172 (168 – 178)
Feminino (cm)	157,5 (153 – 163,5)
IMC (kg/m ²)	22,8 (20,5 – 25,7)
Masculino (kg/m ²)	22,5 (20,4 – 29,3)
Feminino (kg/m ²)	25,3 (20,6 – 29,3)
Baixo Peso	21 (7,8%)

Variáveis	Frequência n (%) ou Mediana (Q1 – Q3) ¹
Eutrofia	166 (62,0%)
Sobrepeso	55 (20%)
Obesidade	27 (10%)
Parâmetros Metabólicos	
Taxa Metabólica Basal - TMB (kcal)	1.551 (1.432 – 1.670)
Masculino (kcal)	1.577,2 (1.483,5 – 1.691,9)
Feminino (kcal)	1.331,2 (1.246,5 – 1.463,9)
Gasto Energético Total - GET (kcal)	3.005 (2.785 – 3.175)
Masculino (kcal)	3039 (2891,8 – 3193,7)
Feminino (kcal)	2503,9 (2324,8 – 2714,2)
Fonte de obtenção alimentar	
Restaurante Popular	153 (57%)
Doações	118 (44%)
Abrigo, Albergue e Centro Pop	124 (46%)
Compra	52 (19%)
Pastoral	22 (8,2%)
Família	10 (3,7%)
Outros meios de obtenção	10 (3,7%)
Outras Instituições	8 (3%)
Consumo Alimentar	
Consumo em kcal/dia	1.135 (761 – 1.564)
Consumo insuficiente (< TMB)	191 (74,0%)
Carboidratos (g)	153 (100 – 216)
Proteínas (g)	56 (32 – 74)
Lipídios Totais (g)	30 (18 – 47)
AG, Mono(g)	10 (5 – 15)
AG, Poli(g)	5,3 (2,9 – 8,2)
AG, Saturada(g)	10 (5 – 15)
AG, Trans(g)	1 (0 – 1)
Colesterol(mg)	126 (63 – 194)
Fibras(g)	15 (9 – 22)

Variáveis	Frequência n (%) ou Mediana (Q1 – Q3) ¹
Cálcio (mg)	215 (135 – 374)
Magnésio(mg)	156 (101 – 219)
Fósforo (mg)	634 (373 – 853)
Ferro (mg)	9.4 (5.9 – 12.7)
Potássio (mg)	1.554 (966 – 2.077)
Cobre(mg)	0,7 (0,5 – 1)
Zinco(mg)	6,7 (3,5 –10,6)
Selênio(mcg)	34 (19 – 54)
Vitamina A RE (mcg)	185 (58 – 358)
Vitamina A RAE (mcg)	88 (14 – 165)
Vitamina C (mg)	20 (4 – 56)
Vitamina D (mcg)	0,3 (0,1 – 0,7)
Vitamina E(mg)	5 (3,1 – 6,9)
Tiamina (mg)	0,9 (0,5 – 1,3)
Riboflavina (mg)	0,8 (0,4 – 1,2)
Piridoxina (mg)	0,5 (0,2 – 0,8)
Niacina(mg)	11(6 – 18)
Vitamina B12 (mcg)	1,2 (0,5 – 3,7)
Folato - B9 (mcg)	216 (118 – 354)

Fonte: Elaborada pelo autor (2025).

Notas: ¹ Dados expressos em frequência n (%) para variáveis categóricas e Mediana (Q1 – Q3) para variáveis contínuas. Q1: primeiro quartil (25%); Q3: terceiro quartil (75%). IMC: Índice de Massa Corporal; ARE: Equivalentes de Retinol.

A amostra deste estudo foi composta por 269 pessoas em situação de rua do município de BH. No que tange ao perfil demográfico, observou-se uma predominância do sexo biológico masculino, representando 84% (n=227) dos participantes, enquanto o sexo feminino correspondeu a 16% (n=42). Quanto à identidade de gênero, a vasta maioria declarou-se cisgênero (98,5%; n=265), com

1,1% (n=3) de indivíduos trans e 0,4% (n=1) que não se identificam com as categorias listadas. Em relação à orientação sexual, 89% (n=240) identificaram-se como heterossexuais, seguidos por bissexuais (4,8%; n=13), mulheres homossexuais (1,9%; n=5), homens homossexuais (1,5%; n=4), assexuais (0,4%; n=1) e não identificados (0,4%; n=1).

A análise da faixa etária revelou uma amostra majoritariamente adulta, com mediana de idade de 42 anos (Intervalo Interquartilico: 33 – 50). A distribuição etária mostrou maior concentração entre 40 e 59 anos (46%; n=124) e 19 a 39 anos (43%; n=116), enquanto indivíduos com mais de 59 anos representaram 11% (n=29). No que se refere à cor de pele ou raça autodeclarada, houve prevalência de pessoas pardas (61%; n=163) e pretas (27%; n=72), seguidas por brancas (12%; n=31) e indígenas (1,1%; n=3). Quanto à escolaridade, a maioria possuía o Ensino Fundamental completo (54%; n=146) ou Médio/Técnico completo (35%; n=95); uma parcela de 5,2% (n=14) declarou possuir Ensino Superior, enquanto a mesma proporção (5,2%; n=14) relatou não saber ler nem escrever.

Sobre a ocupação e trabalho remunerado, os dados revelaram um cenário de alta informalidade e vulnerabilidade. Ao todo, 109 indivíduos (41,0%) declararam exercer algum tipo de trabalho ou atividade remunerada. Entre as atividades citadas, as mais frequentes foram a coleta de materiais recicláveis (16%), construção civil (8,5%), trabalho voluntário (8%) e artesanato (7,5%). Outras ocupações mencionadas incluíram a função de flanelinha (6%), mendicância (5%), faxina (5%) e carregamento de caminhão (4%). Atividades como prostituição, jardinagem, pintura e vendas ambulantes apareceram com frequências menores.

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, observou-se uma elevada prevalência de consumo na amostra estudada. O uso de álcool foi relatado por 55,0% (n=149) dos participantes, seguido pelo tabagismo, que atingiu 50,0% (n=134). O uso de outras drogas foi expressivo, englobando 44,0% (n=118) dos indivíduos. Dentre estas, destacaram-se o crack (24,9%; n=67), a maconha (22,7%; n=61) e a cocaína (18,6%; n=50). Menos frequentemente, foram citados o uso de LSD (n=4), colas e inalantes (n=3), "loló" (n=2), ecstasy (n=1), clonazepam sem prescrição (n=1) e drogas injetáveis (n=1). Notadamente, o uso múltiplo de substâncias foi uma característica comum entre os participantes do estudo, enquanto 18,6% (n=50) relataram não fazer uso de nenhuma substância psicoativa.

No que concerne ao acesso a serviços e benefícios sociais, os resultados demonstraram uma alta taxa de utilização da rede socioassistencial. A ampla maioria dos indivíduos faz uso do Restaurante Popular (94%; n=254) e dos Centros Pop (93%; n=251). O acesso a abrigos foi relatado por 57% (n=152) dos participantes, enquanto o acompanhamento pelo CRAS ou CREAS foi mencionado por 51% (n=137). No âmbito da saúde mental, cerca de 30% dos indivíduos utilizam serviços especializados como o CERSAM/CAPS, enquanto o acesso ao Serviço de Convivência foi restrito a 1,1% (n=3).

Quanto aos benefícios sociais, foi observado que 72% (n=194) das pessoas entrevistadas possuem acesso a algum auxílio financeiro, sendo o Bolsa Família o mais prevalente, alcançando aproximadamente 68% dos indivíduos. Em contrapartida, cerca de 31% declararam não receber nenhum tipo de benefício. Outras fontes de renda reportadas incluíram a aposentadoria (10%), o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) (6%) e auxílios relacionados à moradia (4%). Com menor expressividade, foram citados o Auxílio Saúde (3%), o Auxílio Emergencial (2%) e o Seguro-desemprego (1,5%). Registros inferiores a 1% incluíram o auxílio-gás, benefícios previdenciários (INSS e auxílio por acidente) e programas municipais como o "Estamos Juntos" e "Rede Cidadã". A sobreposição desses percentuais evidencia que parte da população acessa múltiplas políticas sociais de forma simultânea, embora uma parcela significativa ainda permaneça sem suporte financeiro direto.

No que diz respeito à situação de saúde, os dados revelaram que 45% (n=122) dos participantes possuem acesso regular a serviços de saúde, e 38% (n=103) encontram-se em tratamento médico atual. Apesar de um terço da amostra (33%) não referir doenças, observa-se uma prevalência significativa de transtornos mentais e condições relacionadas ao uso de substâncias (30%), seguidos por doenças crônicas não transmissíveis (22%) e deficiências ou limitações funcionais (15%). Ademais, foram identificadas patologias infecciosas (10%), respiratórias (9%), musculoesqueléticas (8%) e dermatológicas (4%), evidenciando um quadro clínico complexo e multifatorial entre os entrevistados.

Quanto à segurança alimentar, a obtenção de alimentos ocorre por meio de diversas fontes, com destaque para o Restaurante Popular, utilizado por 57% (n=153) dos indivíduos. Somam-se a este o suporte oferecido por abrigos, albergues e Centros Pop (46%), além de doações diretas (44%). Em menor escala,

os participantes recorrem à compra própria (19%), ao apoio de pastorais (8,2%), ao suporte familiar (3,7%) e a outras instituições (3%). Esse cenário reforça a dependência crônica da rede de assistência pública e de caridade para a garantia das necessidades nutricionais básicas da amostra.

Além dos aspectos alimentares, a análise das medidas corporais, segundo sexo biológico, revelou que entre os homens o peso mediano foi de 67,4 kg, com os resultados concentrados na faixa de 61,7 a 74,8 kg, enquanto entre as mulheres o peso mediano foi de 62,5 kg, predominantemente entre 51,5 e 76,5 kg. Considerando o conjunto da amostra, observou-se peso mediano de 67 kg, com os valores majoritariamente distribuídos entre 60 e 75 kg.

Por sua vez, os homens apresentaram mediana de 172 cm, variando predominantemente entre 168 e 178 cm, enquanto entre as mulheres a estatura mediana foi de 157,5 cm, com resultados concentrados entre 153 e 163,5 cm. No total da amostra, a estatura mediana foi de 171 cm, majoritariamente entre 165 e 177 cm.

A partir desses dados, o Índice de Massa Corporal (IMC) mediano registrado foi de 22,8 kg/m², com maior concentração entre 20,5 e 25,7 kg/m². Na estratificação por sexo, observou-se que os homens apresentaram IMC mediano de 22,5 kg/m², majoritariamente entre 20,4 e 29,3 kg/m², enquanto entre as mulheres o IMC mediano foi de 25,3 kg/m², com maior concentração entre 20,6 e 29,3 kg/m². Esses índices mostram que a maioria da amostra (62%) encontra-se em estado de eutrofia, apresentando peso adequado para a estatura. No entanto, o cenário nutricional não é uniforme: enquanto 7,8% dos indivíduos apresentam baixo peso, cerca de 30% estão com excesso de peso, divididos entre sobrepeso (20%) e obesidade (10%).

No que diz respeito ao balanço energético, a Taxa Metabólica Basal (TMB) mediana da amostra foi de 1.551 kcal, com resultados concentrados entre 1.432 e 1.670 kcal. Na análise segundo o sexo, observou-se que os homens apresentaram TMB mediana de 1.577,2 kcal, com intervalo interquartil entre 1.483,5 e 1.691,9 kcal, enquanto entre as mulheres a mediana foi de 1.331,2 kcal, predominando entre 1.246,5 e 1.463,9 kcal. Já o Gasto Energético Total (GET) da amostra apresentou mediana de 3.005 kcal, com valores predominantemente distribuídos entre 2.785 e 3.175 kcal, quando estratificado, o GET mediano dos homens foi de 3.039 kcal, com predomínio entre 2.891,8 e 3.193,7 kcal, enquanto entre as

mulheres observou-se mediana de 2.503,9 kcal, distribuindo majoritariamente entre 2.324,8 e 2.714,2 kcal. Em contrapartida, o consumo alimentar revelou um cenário preocupante: o Valor Energético Total (VET) da dieta teve mediana de apenas 1.135 kcal/dia (IQR: 761 – 1.564). Essa discrepância evidencia um grave déficit calórico, visto que 74% dos indivíduos (n=191) apresentam um consumo insuficiente, ingerindo uma quantidade de energia inferior até mesmo à necessária para manter as funções vitais básicas (TMB).

5.2 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL PARA IMC

A Tabela 4 apresenta os fatores associados ao estado nutricional da PSR participante do estudo, estimados por meio de modelo de regressão logística multinomial, considerando o baixo peso como categoria de referência.

Tabela 4 - Odds Ratio (OR), intervalos de confiança e valores de p do modelo de regressão logística multinomial para classe de IMC.

Variável	Eutrofia		Sobrepeso	
	Odds Ratio(OR)	Valor de p	Odds Ratio(Or)	Valor de p
Idade (anos)	0,98	0,505	1,06	0,028*
Sexo masculino	7,16	0,001*	1,52	0,464
Cor da pele parda	3,45	0,047*	2,05	0,277
Cor da pele preta	4,75	0,053	4,22	0,082
Atividade remunerada	0,91	0,849	0,54	0,246
Escolaridade – não sabe ler/escrever	0,27	0,19	0,44	0,389
Escolaridade – ensino médio/técnico	0,32	0,041*	0,61	0,402
Escolaridade – ensino superior	0,9	0,931	0,86	0,901

Fonte: Elaborada pelo autor (2025).

Nota: Categoria de referência = baixo peso

* Valores que indicam associação estatisticamente significativa.

A variável idade apresentou associação estatisticamente significativa apenas na categoria sobrepeso, indicando que a cada aumento de um ano de idade, a chance da pessoa estar em sobrepeso (quando comparadas a pessoas com baixo peso) aumenta em 6% (OR = 1,06; p = 0,028).

Em relação ao sexo biológico, para indivíduos do sexo masculino foi identificada uma associação com a categoria de IMC, ou seja, indivíduos do sexo masculino apresentaram aproximadamente sete vezes menos chances de apresentarem baixo peso quando comparados a indivíduos do sexo feminino (OR = 7,16; $p = 0,001$). Da mesma forma, indivíduos de cor da pele parda apresentaram 3,45 vezes menos chances de apresentarem baixo peso quando comparados a indivíduos de cor da pele branca (OR = 3,45; $p = 0,047$). Tendência de seguir a mesma direção, em amostras com maior número de participantes, é observada na análise da cor da pele preta (OR = 4,75; $p = 0,053$).

Por sua vez, a escolaridade em nível médio ou técnico apresentou associação com a categoria IMC (OR = 0,32; $p = 0,041$), sugerindo que indivíduos com nível médio ou técnico de escolaridade apresentaram 68% menos chances de estarem eutróficos quando comparados a ensino fundamental incompleto. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa no modelo ajustado.

A Tabela 5 apresenta os resultados da significância global do modelo, avaliada por meio do teste da razão de verossimilhança.

Tabela 5 – Teste da razão de verossimilhança do modelo de regressão logística multinomial para classificação de IMC

Estatística do teste	Valor de p
70,03	< 0,001

Fonte:Elaborado pelo autor (2025).

O resultado indica que o modelo apresentou ajuste estatisticamente significativo, demonstrando que o conjunto de variáveis explicativas contribui para a explicação das diferenças entre as classes de IMC.

A Tabela 6 apresenta o desempenho preditivo do modelo, avaliado por meio da matriz de confusão.

Tabela 6 - Matriz de confusão do modelo de regressão logística multinomial para classe de IMC

Real \ Predito	Baixo peso	Normal	Sobrepeso
Baixo peso	0	13	8
Normal	1	145	20
Sobrepeso	1	46	35

Fonte:Elaborado pelo autor (2025).

O modelo apresentou acurácia global de 67%, sendo classificado como bom, de acordo com os critérios previamente estabelecidos, indicando capacidade satisfatória de classificação das categorias de IMC na população estudada.

De forma geral, os resultados indicam que fatores sociodemográficos, especialmente sexo, idade e cor da pele, estão associados ao estado nutricional de pessoas em situação de rua, reforçando a complexidade dos determinantes envolvidos na condição nutricional dessa população.

5.3 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR PARA CONSUMO ENERGÉTICO DIÁRIO

A Tabela 7 apresenta a análise do consumo energético diário, expresso em quilocalorias (kcal), realizada por meio de modelo de regressão linear múltipla, tendo como variáveis explicativas às características sociodemográficas da população estudada.

Tabela 7 - Coeficientes do modelo de regressão linear múltipla para consumo energético (kcal) entre pessoas em situação de rua de Belo Horizonte, MG

Variável	Estimativa (β)	Valor de p
Intercepto	1020,13	< 0,001
Idade (anos)	-1,55	0,672
Sexo biológico: Masculino	322,46	0,006*
Cor da pele: indígena	-259,03	0,535
Cor da pele: parda	-89,11	0,510
Cor da pele: preta	-140,22	0,343
Escolaridade: ensino médio ou técnico	3,14	0,973
Escolaridade: ensino superior	-4,12	0,983
Escolaridade: não sabe ler nem escrever	73,3	0,708
Atividade remunerada: sim	76,19	0,373

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Nota: * Valores indicam associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Conforme apresentado na Tabela 7, observou-se que somente o sexo biológico masculino apresentou associação estatisticamente significativa com maior consumo energético diário ($\beta = 322,46$ kcal; $p = 0,006$). Esse resultado indica que homens em situação de rua consomem, em média, aproximadamente 322 kcal a

mais por dia do que mulheres, independentemente das demais variáveis incluídas no modelo.

As variáveis idade, cor da pele, escolaridade e realização de atividade remunerada não apresentaram associação estatisticamente significativa com o consumo energético diário, sugerindo que, nesta amostra, tais fatores não influenciaram de forma independente a ingestão calórica. O intercepto do modelo foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$), indicando o valor médio estimado do consumo energético na ausência das variáveis explicativas.

5.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A INGESTÃO ENERGÉTICA

A Tabela 8 apresenta os resultados do modelo de regressão logística binária ajustado para avaliar os fatores associados à classe do percentual da Taxa Metabólica Basal (%TMB), adotando-se a classificação basal como categoria de referência. O modelo incluiu as variáveis idade, sexo biológico, cor da pele, escolaridade e atividade remunerada.

Tabela 8 - Coeficientes do modelo de regressão logística para a classe do percentual da Taxa Metabólica Basal (%TMB)

Variável	Estimativa (β)	Valor de p
Intercepto	1,11	0,185
Idade (anos)	-0,0025	0,845
Sexo biológico: Masculino	0,1229	0,760
Cor da pele: indígena	-0,2342	0,860
Cor da pele: parda	-0,2162	0,637
Cor da pele: preta	0,6188	0,245
Escolaridade: ensino médio ou técnico	-0,0126	0,970
Escolaridade: ensino superior	-0,1521	0,810
Escolaridade: não sabe ler nem escrever	-0,2969	0,630
Atividade remunerada	-0,0482	0,871

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Nota: Categoria de referência = %TMB basal.

Os resultados indicaram que nenhuma das variáveis explicativas apresentou associação estatisticamente significativa com a classificação da %TMB ($p > 0,05$).

A Tabela 9 apresenta as razões de chances (odds ratio) e os respectivos intervalos de confiança de 95% do modelo de regressão logística binária para a classificação do percentual da Taxa Metabólica Basal (%TMB).

Tabela 9 - Razão de chances (Odds Ratio) e intervalos de confiança do modelo de regressão logística para a classe %TMB

Variável	Odds Ratio	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	Valor de p
Intercepto	3,03	0,60	16,18	0,185
Idade (anos)	1,00	0,97	1,02	0,845
Sexo Masculino	1,13	0,50	2,44	0,760
Indígena	0,79	0,06	19,25	0,860
Pardo	0,81	0,31	1,92	0,637
Preta	1,86	0,64	5,26	0,245
Ensino médio ou técnico	0,99	0,51	1,93	0,970
Ensino superior	0,86	0,26	3,34	0,810
Não sabe ler nem escrever	0,74	0,23	2,67	0,630
Atividade remunerada	0,95	0,53	1,72	0,871

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Nota: OR > 1 indica aumento da chance de %TMB insuficiente; OR < 1 indica redução da chance.

De modo geral, os intervalos de confiança incluíram o valor 1, indicando ausência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis explicativas e a classificação da %TMB, sugerindo que os fatores sociodemográficos analisados não explicaram a variabilidade da inadequação metabólica observada na população estudada.

A Tabela 10 apresenta os resultados da análise de variância (ANOVA) do modelo, utilizada para avaliar a contribuição individual das variáveis explicativas.

Tabela 10 - Análise de variância (ANOVA) do modelo de regressão logística para a classe %TMB

Variável	Deviance	Valor de p
Idade (anos)	0,109	0,741
Sexo biológico	0,221	0,638
Cor da pele	5,906	0,116
Escolaridade	0,266	0,966
Atividade remunerada	0,026	0,871

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Os resultados da ANOVA indicaram que nenhuma das variáveis avaliadas apresentou contribuição estatisticamente significativa para o modelo ($p > 0,05$), corroborando os achados observados nas análises dos coeficientes e das razões de chances.

De forma geral, o modelo de regressão logística ajustado para a classe do percentual da Taxa Metabólica Basal (%TMB) não identificou associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas analisadas e a classificação metabólica. Esses achados sugerem que a elevada prevalência de %TMB insuficiente observada na população em situação de rua pode estar relacionada a fatores não contemplados no modelo, como condições clínicas, padrão alimentar, uso de substâncias ou contexto de vulnerabilidade social extrema.

5.5 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR PARA CONSUMO DE PROTEÍNAS

A Tabela 11 apresenta os coeficientes do modelo de regressão linear múltipla ajustado para o consumo de proteínas.

Tabela 11 - Coeficientes do modelo de regressão linear para consumo de proteínas

Variável	Estimativa (β)	p-valor
Intercepto	45,10	<0,001
Idade (anos)	-0,09	0,606
Sexo biológico (Masculino)	17,34	0,001
Cor da pele – Indígena	-15,05	0,441
Cor da pele – Parda	-1,54	0,808
Cor da pele – Preta	-3,40	0,622
Escolaridade – Ensino Médio/Técnico	-2,07	0,633
Escolaridade – Ensino Superior	-2,50	0,780
Escolaridade – Não sabe ler/escrever	9,56	0,297
Atividade remunerada (Sim)	0,85	0,832

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Nota: Modelo ajustado por idade, sexo biológico, cor da pele, escolaridade e atividade remunerada.

O intercepto do modelo foi estatisticamente significativo ($\beta = 45,10$; $p < 0,001$), representando o consumo médio estimado de proteínas para o indivíduo nas categorias de referência. Entre as variáveis explicativas, apenas o sexo biológico masculino apresentou associação estatisticamente significativa, com aumento médio

de 17,34 g no consumo diário em relação ao sexo feminino ($p = 0,001$). As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

5.6 ANÁLISE DESCRITIVA DO GASTO ENERGÉTICO TOTAL (GET)

A Tabela 12 apresenta a distribuição do Gasto Energético Total (GET) dos participantes por faixas de valores.

Tabela 12 - Distribuição do Gasto Energético Total (GET) por faixas

GET (kcal)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Até 2500	29	10,8
2501 a 3000	105	39,0
3001 a 3500	118	43,9
3501 a 4000	16	5,9
Acima de 5000	1	0,4
Total	269	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Observou-se maior concentração dos indivíduos nas faixas de 3001 a 3500 kcal e de 2501 a 3000 kcal, enquanto uma pequena proporção apresentou GET acima de 5000 kcal. Os valores de GET variaram de 2052,94 kcal a 5286,85 kcal na amostra estudada.

5.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE GET E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E NUTRICIONAIS

A Tabela 13 apresenta a distribuição do Gasto Energético Total (GET) por faixas, segundo o sexo biológico.

Tabela 13 - Distribuição do GET por faixas segundo sexo biológico

Sexo biológico	GET (kcal)	Frequência	%
Masculino	3001–3500	114	42,4
Masculino	2501–3000	89	33,1
Masculino	Até 2500	8	3,0
Masculino	3501–4000	15	5,6
Masculino	>5000	1	0,4
Feminino	Até 2500	21	7,8
Feminino	2501–3000	16	5,9

Feminino	3001–3500	4	1,5
Feminino	3501–4000	1	0,4
Total		269	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Observou-se maior concentração de indivíduos do sexo masculino nas faixas de 3001 a 3500 kcal e de 2501 a 3000 kcal, enquanto o sexo feminino apresentou maior frequência relativa nas faixas inferiores de GET.

A Tabela 14, apresentada abaixo, apresenta a distribuição do GET por faixas segundo grupos etários.

Tabela 14 - Distribuição do GET por faixas segundo classe etária

Faixa etária (anos)	GET (kcal)	Frequência	%
19–39	3001–3500	63	23,4
19–39	2501–3000	40	14,9
19–39	Até 2500	7	2,6
19–39	3501–4000	6	2,2
40–59	3001–3500	52	19,3
40–59	2501–3000	49	18,2
40–59	Até 2500	13	4,8
40–59	3501–4000	9	3,3
>59	2501–3000	16	5,9
>59	Até 2500	9	3,3
>59	3001–3500	3	1,1
>59	3501–4000	1	0,4
Total		269	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Verificou-se que, entre os indivíduos de 19 a 39 anos e de 40 a 59 anos, houve maior concentração nas faixas de 3001 a 3500 kcal e de 2501 a 3000 kcal, enquanto os participantes com idade superior a 59 anos apresentaram maior frequência nas faixas intermediárias e inferiores de GET.

A Tabela 15, apresentada abaixo, sinaliza a distribuição do Gasto Energético Total (GET) por faixas, segundo a classe de IMC.

Tabela 15 - Distribuição do GET por faixas segundo classe de IMC

Classe IMC	GET (kcal)	Frequência	%
------------	------------	------------	---

Normal	3001–3500	80	29,7
Normal	2501–3000	68	25,3
Normal	Até 2500	17	6,3
Sobrepeso	3001–3500	24	8,9
Sobrepeso	2501–3000	18	6,7
Sobrepeso	Até 2500	4	1,5
Obesidade G1	3001–3500	9	3,3
Obesidade G2	3001–3500	2	0,7
Obesidade G3	>5000	1	0,4
Total		269	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Identificou-se maior concentração de indivíduos com IMC normal nas faixas de 3001 a 3500 kcal e de 2501 a 3000 kcal, ao passo que os indivíduos com sobrepeso e obesidade apresentaram padrão semelhante, porém em menores proporções.

A Tabela 16 apresenta a distribuição do Gasto Energético Total (GET) segundo a classe de Taxa Metabólica Basal (TMB).

Tabela 16 - Distribuição de GET por faixas segunda classe de TMB

Classe TMB	GET (kcal)	Frequência	%
Insuficiente	3001–3500	87	32,3
Insuficiente	2501–3000	71	26,4
Insuficiente	Até 2500	18	6,7
Basal	2501–3000	32	11,9
Basal	3001–3500	25	9,3
Basal	Até 2500	8	3,0
Total		269	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Constatou-se que indivíduos classificados com TMB insuficiente concentraram-se principalmente nas faixas de 3001 a 3500 kcal e de 2501 a 3000 kcal, enquanto aqueles com TMB basal também apresentaram maiores frequências nas faixas intermediárias de GET.

6 DISCUSSÃO

De forma geral, os resultados revelaram uma amostra composta por homens, adultos e pessoas autodeclaradas pardas ou pretas, que sobrevivem sob uma alta dependência dos serviços e benefícios da assistência social para alimentos e renda e também importantes fragilidades relacionadas ao estilo de vida e à saúde. Além disso, destacou-se a elevada inadequação do consumo energético, com expressiva proporção de indivíduos apresentando ingestão calórica inferior à necessidade metabólica basal, apesar da maioria apresentar IMC na faixa de eutrofia. Em conjunto, esses achados permitiram caracterizar o cenário investigado e aprofundar a compreensão do estado nutricional, do padrão alimentar e seus determinantes sociodemográficos da PSR no município de Belo Horizonte.

Quanto à composição por sexo da amostra, observou-se a predominância de pessoas do sexo masculino, fenômeno amplamente descrito na literatura como masculinização da PSR, o qual se alinha aos achados do IV Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (BRASIL, 2023), bem como aos dados produzidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2023) e pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com População em Situação de Rua (OBPopRua/UFGM, 2026). De acordo com Abreu *et al.* (2024), essa predominância masculina está relacionada à construção social da masculinidade hegemônica, que valoriza atributos como força, autonomia e negação da vulnerabilidade, contribuindo para o enfraquecimento dos vínculos familiares e para a dificuldade de acesso e adesão aos serviços de assistência social e de saúde. Nesse contexto, a inserção dos homens na situação de rua ocorre, majoritariamente, em decorrência de fatores socioeconômicos, como o desemprego, articulados a processos de desfiliação social e de perda da identidade vinculada ao trabalho. Em contrapartida, a menor representação feminina não expressa menor grau de vulnerabilidade, mas revela o que Costa (2005) e Paiva *et al.* (2021) descrevem como invisibilidade estratégica ou de preservação, uma vez que, diante da violência sexual, laboral e simbólica inerente aos espaços públicos, muitas mulheres permanecem por mais tempo em situações de exploração doméstica, submoradias ou relações abusivas como forma de autoproteção. Assim, a vivência da rua para as mulheres tende a ocorrer apenas após o esgotamento completo de suas redes de proteção social ou em contextos de violência doméstica extrema, dinâmica que Zanella *et al.* (2021)

analisam como consequência das estruturas de gênero que produzem trajetórias de exclusão profundamente diferenciadas entre homens e mulheres.

No que se refere à identidade de gênero e orientação sexual, a maioria dos participantes da amostra identificou-se como cisgênero e heterossexual. Tais achados dialogam com o levantamento do Ipea (2023), que aponta essa configuração como majoritária na PSR brasileira. Todavia, Cunha (2020) ressalta que a população LGBTQ+ apresenta maior risco de vivenciar o processo de desfiliação social e ruptura de vínculos familiares, fenômenos frequentemente associados à rejeição familiar, violência simbólica e discriminação institucional. Nesse sentido, Rodriguês, Barbosa e Silva (2021) revelam que a menor proporção numérica nos registros oficiais não reflete a ausência desse grupo, mas sim uma invisibilização produzida por barreiras no acesso aos serviços de acolhimento e assistência. Complementarmente, Couto *et al.* (2021) explicam que a subnotificação ocorre muitas vezes devido ao receio de sofrer novas discriminações em equipamentos públicos, o que leva ao ocultamento da identidade como estratégia de sobrevivência. Diante desse cenário, Santos, Silva e Silva (2025) reforçam a necessidade de políticas públicas sensíveis às especificidades dessa população, evidenciando que as trajetórias de exclusão para indivíduos LGBTQ+ exigem um olhar interseccional e atento às violências institucionais.

Em relação a análise da faixa etária, observou-se uma concentração de indivíduos adultos jovens e de meia idade, com uma mediana de 42 anos. Tais achados convergem com os dados do Ipea (2023), que indicam que a PSR no Brasil tende a agrupar-se majoritariamente na faixa etária considerada produtiva. Todavia, Sena *et al.* (2021) salientam que vivências extremas no espaço público provocam um envelhecimento precoce, uma vez que o estresse crônico, a desnutrição e a exposição constante à violência conferem a esses indivíduos uma idade biológica superior à cronológica. Nesse sentido, Hino *et al.* (2021) discutem como esse fenômeno de envelhecimento acelerado resulta em perdas funcionais e doenças típicas de idosos em indivíduos ainda jovens, ilustrando a fragilidade da saúde inerente à vida nas ruas. Além disso, a presença de 11% da amostra com mais de 59 anos dialoga com o que Silva *et al.* (2022) descrevem como o envelhecimento progressivo da PSR, fenômeno associado à permanência prolongada no desabrigo e às dificuldades de reinserção social na velhice. Por fim,

as diretrizes de Brasil (2018) reforçam que idosos nesse contexto apresentam maior vulnerabilidade a agravos crônicos e barreiras severas no acesso aos serviços de saúde, o que evidencia a urgência de estratégias intersetoriais específicas voltadas ao envelhecimento em condições de extrema vulnerabilidade.

Em termos de cor ou raça, predominou a autodeclaração preta ou parda, resultado semelhante ao perfil nacional da PSR descrito pelo Ipea (2023). Esse achado espelha as desigualdades históricas do Brasil, nas quais populações negras enfrentam maior exclusão socioeconômica e, consequentemente, maior vulnerabilidade à pobreza e à falta de moradia. Conforme destaca Natalino (2020), as pessoas negras constituem uma parcela desproporcional desse grupo, apresentando uma representação muito acima de sua participação na população geral brasileira. Tal representação indica como o racismo estrutural e a desigualdade de oportunidades culminam em um risco elevado de exclusão social e habitacional. Nesse sentido, Almeida (2019) explica que o racismo estrutural molda as relações sociais e econômicas, refletindo-se na informalidade laboral e na maior exposição à violência institucional. Complementarmente, Silva e Rosa (2022) salientam que o encarceramento em massa e a fragilização dos vínculos sociais incidem de forma mais intensa sobre pessoas pretas e pardas, ampliando o risco de ocorrência do fenômeno da “rualização”, isto é, o processo de invisibilidade social que intensifica a precariedade de vida e impede a adaptação do indivíduo ao ritmo das cidades, resultando na situação de rua. Dessa forma, a predominância de pessoas negras não se configura como um evento isolado, mas como resultado de desigualdades raciais historicamente produzidas no contexto urbano, o que reforça a necessidade de políticas públicas que combatam o racismo como um determinante social central da situação de rua.

A respeito da escolaridade, a amostra apresentou níveis instrucionais reduzidos, uma vez que grande parte dos participantes não concluiu o ensino fundamental. Embora uma parcela de 35% possua o ensino médio e grupos menores de 5,2% tenham ensino superior ou não saibam ler e escrever, tais indicadores corroboram o panorama nacional apresentado pelo Ipea (2023) e pelo OBPopRua (2025). Segundo Natalino (2024), o baixo nível educacional atua como uma barreira severa que restringe as chances de inserção no mercado de trabalho formal, perpetuando a dependência de ocupações informais e precárias. Conforme discutido por Pereira *et al.* (2023) em estudo realizado em Juiz de Fora, essa

limitação instrucional agrava diretamente a insegurança alimentar, pois a ausência de qualificação reduz as oportunidades de renda e compromete a capacidade de aquisição de alimentos adequados. Todavia, os dados revelam trajetórias heterogêneas, nas quais a presença de indivíduos com maior escolaridade indica que a realização pode atingir diferentes estratos sociais diante de crises agudas. Para Pereira (2024), a educação deve ser compreendida como uma dimensão central da desigualdade, uma vez que a carência de capital escolar dificulta inclusive o acesso a informações fundamentais sobre direitos sociais, saúde e nutrição, aprofundando o ciclo de vulnerabilidade extrema.

A maioria dos entrevistados vivenciam o trabalho informal, realidade que reflete um cenário de exclusão produtiva profunda e ausência de direitos garantidos. Conforme apontam os dados nacionais sistematizados por Natalino (2020), apenas uma pequena parcela da PSR consegue exercer atividades laborais com registro formal, sendo a ampla maioria impelida para ocupações de subsistência como a coleta de recicláveis e a venda ambulante. De acordo com Soares (2021), essa informalidade crônica exige um esforço físico elevado para a obtenção de rendimentos mínimos, submetendo os indivíduos a jornadas extenuantes e instabilidade constante. Nesse contexto, Silva (2022) discute como a precariedade da renda força a priorização de calorias baratas e energéticas, como gorduras e carboidratos, em detrimento de refeições equilibradas, o que compromete severamente a segurança nutricional do grupo. Além disso, a insuficiência de políticas de proteção social empurra as populações vulneráveis para atividades desprovidas de qualquer seguridade, enquanto o mercado de trabalho impõe barreiras de reinserção baseadas no estigma e na aparência física. Assim, conforme Soares (2021), a condição de rua gera uma invisibilidade produtiva onde as vestimentas e a falta de endereço fixo funcionam como mecanismos de exclusão, impedindo que esses sujeitos acessem postos de trabalho formais e dignos, o que perpetua o ciclo de pobreza e dependência das ruas.

Notou-se elevada prevalência de uso de álcool, tabaco e outras drogas na amostra, prática que Queiroz *et al.* (2021) caracterizam como uma estratégia de sobrevivência e redução de danos subjetivos diante do sofrimento imposto pela vida nas ruas. Tais achados equiparam-se aos indicadores nacionais do Ipea (2023), que apontam o uso de substâncias como uma das condições transversais à

trajetória de exclusão, atingindo proporções que superam as médias da população geral. De acordo com Ijaz *et al.* (2022), o consumo excessivo de álcool e outras drogas atua como um mecanismo para amenizar a dor e a solidão, embora provoque graves deficiências vitamínicas de tiamina e vitamina C devido à má absorção de nutrientes. Em consonância com esse panorama, o OBPopRua (2025) revela que a utilização do álcool para esquecer a fome é uma dinâmica frequente, resultando na substituição de refeições e no agravamento da insegurança alimentar. Complementarmente, Paiva *et al.* (2021) salientam que esse ciclo não apenas deteriora a saúde mental, mas também favorece o surgimento de comorbidades como hepatites e tuberculose, reduzindo a ingestão calórica efetiva. Assim, as evidências propostas por esses autores reforçam que o uso de álcool e outras drogas perpetua o ciclo de desnutrição, o que exige políticas de intervenção adequadas que articulem a assistência social à Rede de Atenção Psicossocial sob a ótica da saúde pública.

Os resultados do atual estudo revelaram também que a população estudada apresenta uma forte dependência da rede socioassistencial municipal de Belo Horizonte, centrando o consumo de alimentos nos Restaurantes Populares e nos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro Pop). Conforme aponta o OBPopRua (2025), esses equipamentos são fundamentais para a manutenção da vida, embora a demanda excessiva muitas vezes sobrecarrega a capacidade de atendimento das instituições de acolhimento e dos serviços de convivência. Nesse contexto, Paiva *et al.* (2021) discutem como a insuficiência dessas políticas públicas empurra os indivíduos para a dependência de doações informais, que se mostram frequentemente irregulares e nutricionalmente desequilibradas. Ainda que dispositivos como o CRAS, o CREAS e o CERSAM apareçam como pontos de apoio, Natalino (2020) ressalta que a fragmentação entre os serviços de assistência e saúde mental dificulta a garantia de segurança alimentar plena e contínua. Assim, a realidade observada evidencia que, embora a rede assistencial belo horizontina possua uma estrutura estabelecida, sua cobertura e continuidade ainda são inadequadas para suprir a totalidade das necessidades nutricionais e sociais, o que perpetua a vulnerabilidade extrema dos sujeitos.

Quanto ao acesso a benefícios sociais, observa-se que a maioria dos participantes recebe algum tipo de transferência governamental, com destaque

para o Programa Bolsa Família. Natalino (2020) aponta que o elevado custo de vida nos grandes centros urbanos compromete rapidamente o poder de compra a partir desses auxílios. Evidências apresentadas por Santi *et al.* (2023) demonstram que, mesmo entre beneficiários de programas de transferência de renda, populações em situação de extrema vulnerabilidade permanecem expostas à insegurança alimentar, uma vez que os recursos disponíveis precisam ser distribuídos entre alimentação, higiene, transporte e outras despesas essenciais. Ademais, os marcos legais que instituem tais benefícios, como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), evidenciam que esses programas têm como objetivo a mitigação da pobreza extrema, não sendo suficientes, de forma isolada, para enfrentar a complexidade da situação de rua. Assim, os achados reforçam que o benefício social, embora necessário, deve ser articulado a políticas públicas integradas para o enfrentamento da insegurança alimentar.

A elevada carga de doenças identificada na amostra revela que o adoecimento da PSR não é um evento isolado, mas o resultado biológico de uma negligência social acumulada. Conforme apontam Silva *et al.* (2024), a exposição constante às intempéries e a privação de sono levam a um envelhecimento precoce do corpo, o que justifica a forte presença de hipertensão e diabetes em indivíduos relativamente jovens. Somado a isso, as dificuldades logísticas para armazenar medicamentos e a dieta baseada em alimentos ultraprocessados impedem o controle dessas doenças crônicas, enquanto a imunidade baixa, causada pela insegurança alimentar, facilita o surgimento de infecções como a tuberculose. Nesse cenário, embora o SUS garanta o atendimento universal, Andrade, Costa e Rocon (2022) ressaltam que barreiras invisíveis, como o estigma social e a exigência burocrática de documentos, afastam essa população das unidades de saúde. Essa exclusão institucional faz com que os sujeitos percebam o sistema como um ambiente hostil, o que explica por que a busca por cuidado é quase sempre adiada até que o quadro se agrave a ponto de exigir uma intervenção de urgência. Para mitigar essa realidade, Simão e Freitas (2025) defendem que a saúde deve ser levada até a rua por meio do fortalecimento das equipes de Consultório na Rua, rompendo com a lógica das unidades fixas e integrando a assistência médica ao apoio social. Assim, fica evidente que o cuidado integral só será possível quando o sistema de saúde for capaz de acolher

as particularidades da vida urbana, garantindo que o tratamento clínico seja acompanhado pela proteção dos direitos fundamentais e pela redução de danos.

A análise dos indicadores antropométricos revela um cenário que se distancia do estereótipo histórico da magreza extrema, evidenciando uma coexistência complexa entre desnutrição e obesidade. A mediana de IMC identificada (22,8 Kg/m²), com intervalo entre 20,5 Kg/m² e 25,7 Kg/m², posiciona a maior parte da amostra na faixa de eutrofia, contudo, esse dado deve ser interpretado à luz do fenômeno global conhecido como o "paradoxo fome-obesidade". Conforme demonstrado no estudo multicêntrico de Silva *et al.* (2024), pesquisas recentes com a PSR em grandes metrópoles brasileiras indicam que mais de 30% desses indivíduos apresentam sobrepeso ou obesidade, um padrão que reflete a ingestão predominante de alimentos ultraprocessados, ricos em calorias vazias e de baixo custo. Nesse sentido, Santos e Ferreira (2023) argumentam que o IMC elevado nessas populações atua como um marcador de desnutrição qualitativa, onde o excesso de tecido adiposo mascara deficiências severas de micronutrientes essenciais. Adicionalmente, uma revisão sistemática conduzida por Miller *et al.* (2022) reforça que o tempo de permanência na rua altera o perfil metabólico do indivíduo, elevando o risco de doenças crônicas mesmo naqueles que se encontram dentro dos parâmetros de normalidade estatística. Assim, os resultados encontrados corroboram a literatura atual ao sugerir que a segurança alimentar da PSR não pode ser mensurada apenas pela saciedade calórica, mas sim pela qualidade nutricional da dieta, uma vez que o equilíbrio ponderal observado muitas vezes oculta um estado de vulnerabilidade biológica latente.

Os resultados obtidos, tanto na análise descritiva quanto na regressão logística multinomial, demonstram que o perfil antropométrico da PSR é significativamente moldado por marcadores demográficos, evidenciando que a biologia da fome é indissociável da estrutura social. No que tange ao gênero, a maior probabilidade de baixo peso entre homens, em comparação às mulheres, corrobora os achados de Miller *et al.* (2022), que sugerem que o público masculino enfrenta maiores níveis de desfiliação social e menor adesão às redes de apoio nutricional, enquanto o sexo feminino muitas vezes apresenta maiores índices de sobrepeso devido a adaptações metabólicas e ao acesso prioritário a serviços de acolhimento. Quanto ao fator étnico-racial, a menor propensão ao baixo peso observada entre pardos em relação a brancos sugere uma complexa

interseccionalidade, na qual trajetórias de vida distintas influenciam a deterioração física e nutricional. Adicionalmente, a associação significativa entre escolaridade e IMC revelou que indivíduos com ensino médio ou técnico possuem menores chances de eutrofia em comparação àqueles com ensino fundamental. De acordo com Santos e Ferreira (2023), esse dado paradoxal pode ser atribuído ao impacto psicossocial da queda de status e ao estresse crônico da transição para a rua, fatores que desregulam os hábitos alimentares e favorecem o desenvolvimento de comorbidades metabólicas. Assim, os achados reforçam que variáveis como sexo, raça e instrução atuam como preditores cruciais do estado nutricional, exigindo que as políticas de segurança alimentar e as intervenções da rede socioassistencial sejam customizadas para as especificidades desses grupos, reconhecendo que a vulnerabilidade biológica é profundamente atravessada por desigualdades históricas e trajetórias individuais de exclusão (SILVA *et al.*, 2024).

A rotina de sobrevivência da PSR impõe um Gasto Energético Total (GET) atipicamente elevado, impulsionado por uma rotina de atividade física involuntária e extenuante. Os dados da amostra indicam que os homens apresentam valores significativamente maiores de Taxa Metabólica Basal (TMB) e GET, sugerindo que a combinação de massa magra relativamente mais elevada e maior envolvimento em atividades físicas de alta intensidade amplifica o custo energético diário nesse grupo. Conforme discutido por Natalino (2020), o deslocamento contínuo em busca de recursos básicos, somado ao desgaste físico do trabalho informal — como a coleta de materiais recicláveis e o carregamento de volumes —, configura um cenário de esforço físico constante. Esse quadro é agravado pelo fato de que a coleta de resíduos exige não apenas a deambulação persistente, mas também o emprego de força muscular para a tração de carrinhos, elevando a taxa metabólica a níveis que raramente são compensados pela oferta nutricional disponível. Segundo os dados da Rede PENSSAN (2022), essa "hiperatividade por necessidade" resulta em um balanço energético negativo crônico, onde o custo calórico das estratégias de sobrevivência supera drasticamente a ingestão de nutrientes. Adicionalmente, Horta *et al.* (2021) ressaltam que esse déficit é acentuado pela má absorção nutricional e pela irregularidade das refeições, forçando o organismo a consumir suas próprias reservas de massa magra. Assim, fica evidente que a frequência e a densidade energética das dietas oferecidas são insuficientes para cobrir o alto custo fisiológico imposto pelo trabalho precário e

pela busca por auxílio, consolidando um ciclo de desgaste biológico que compromete a saúde em longo prazo.

Na análise de regressão linear dos fatores que influenciaram o consumo energético total, o sexo masculino emergiu como o principal preditor de maior ingestão calórica, achado plenamente consistente com os fundamentos da fisiologia energética humana. Do ponto de vista biológico, conforme proposto por Heymsfield *et al.* (2021) e Hall e Heymsfield (2022), indivíduos do sexo masculino apresentam, em média, maior quantidade de massa livre de gordura — tecido metabolicamente mais ativo — além de maior influência da testosterona sobre a síntese proteica e a regulação metabólica. Esses fatores resultam em uma Taxa Metabólica Basal e em um Gasto Energético Total superiores aos observados no sexo feminino, implicando uma demanda calórica fisiologicamente mais elevada. De forma complementar, Müller *et al.* (2023) demonstram que diferenças na composição corporal explicam grande parte da variabilidade intersexual no consumo energético, mesmo após o ajuste por idade e nível de atividade física. Esse resultado converge com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2017–2018), que evidenciam ingestão calórica média diária sistematicamente superior entre homens na população brasileira, independentemente do estrato socioeconômico (IBGE, 2020). Ademais, conforme discutido por Horta *et al.* (2021), embora a oferta alimentar em contextos de rua seja marcada pela irregularidade para ambos os sexos, diferenças nos padrões de mobilidade, busca por alimento e composição corporal tendem a manter a maior demanda energética masculina, mesmo em cenários de extrema vulnerabilidade. Assim, ainda que a análise seja específica para a amostra investigada, os achados corroboram evidências fisiológicas e populacionais amplamente consolidadas, indicando que as necessidades energéticas são moduladas por determinantes biológicos estruturais que persistem mesmo sob condições severas de insegurança alimentar.

O consumo mediano de proteínas observado (56 g/dia), embora numericamente próximo à Recommended Dietary Allowance (RDA) de 0,8 g/kg/dia para um peso médio de 67 kg, revela-se inadequado quando analisado de forma integrada ao contexto energético e metabólico da população estudada. Sob a perspectiva da Acceptable Macronutrient Distribution Range (AMDR), que recomenda que 10% a 35% do valor energético total seja proveniente de proteínas, essa ingestão mostra-se insuficiente para atender a um Gasto Energético Total

(GET) estimado em 3.005 kcal/dia. Tal inadequação é agravada pela presença de um déficit calórico crônico expressivo (1.135 kcal/dia), condição que favorece a oxidação de aminoácidos como fonte energética em detrimento da síntese e manutenção de tecidos corporais. Nesse contexto, observou-se ainda associação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e maior consumo de proteínas, achado que, embora esperado do ponto de vista cultural e ocupacional, não foi suficiente para compensar a inadequação global da ingestão proteico-energética. Considerando que a amostra é majoritariamente composta por adultos entre 40 e 59 anos — faixa etária associada ao aumento do risco de perda progressiva de massa muscular —, esse desequilíbrio metabólico contribui para o desenvolvimento de desnutrição proteico-energética subclínica, inclusive entre indivíduos classificados como eutróficos segundo o IMC. Assim, os resultados indicam que a insegurança alimentar vivenciada por essa população ultrapassa a insuficiência calórica, manifestando-se também por desigualdades no padrão de consumo entre os sexos e por uma baixa qualidade nutricional da dieta, com repercussões diretas sobre a preservação da massa magra e da funcionalidade biológica (IOM, 2002; PHILLIPS & VAN LOON, 2011).

A regressão logística da inadequação do percentual da Taxa Metabólica Basal (%TMB) evidenciou que nenhuma variável sociodemográfica previne ou predispõe significativamente ao déficit calórico extremo, indicando que energia insuficiente foi um problema disseminado em toda a amostra, independentemente de sexo, idade ou cor, o que reforça que a inadequação energética é endêmica à condição de rua. Esse cenário de precariedade nutricional encontra ressonância em estudos brasileiros que exploram a alimentação nessa população. A pesquisa sobre PSR e seu acesso à alimentação em Porto Alegre evidenciou que o acesso a alimentos de qualidade entre indivíduos em condição de rua é dificultado por desigualdades estruturais, intensificadas no contexto da pandemia (Lume/UFGRS, 2023). De forma coerente, o estudo de Gonçalves e Franklin (2024) constatou práticas alimentares que não seguem um padrão de segurança alimentar e nutricional em pessoas em situação de rua em Ubá (MG), indicando a fragilidade qualitativa e quantitativa da dieta nessa população. Adicionalmente, a dissertação de Soares (2021) sobre as práticas alimentares da PSR em Curitiba destacou o constante estado de insegurança alimentar e nutricional enfrentado por essa população vulnerável, reforçando que a alimentação é um determinante de saúde

frequentemente desassistido. No âmbito nacional mais amplo, dados da PNAD Contínua apontam que, em 2024, cerca de 24,2% dos domicílios brasileiros ainda viviam com algum grau de insegurança alimentar, evidenciando que a dificuldade de acesso regular e adequado a alimentos de qualidade persiste entre segmentos expressivos da população. Esses elementos convergem para a compreensão de que as falhas na ingestão nutricional entre pessoas em situação de rua no Brasil não estão restritas a subgrupos demográficos, mas são reflexo de uma vulnerabilidade alimentar estrutural que compromete tanto a quantidade quanto a qualidade da dieta desta população, reforçando a necessidade de intervenções amplas e integradas que aborde a segurança alimentar de forma abrangente.

Ao analisar a ingestão de carboidratos e as necessidades energéticas estimadas para adultos, observa-se que, embora a ingestão mediana absoluta tenha sido de 153 g/dia, esse valor é insuficiente quando comparado às recomendações baseadas nas Dietary Reference Intakes (DRIs/IOM). As DRIs estabelecem que os carboidratos devem contribuir com 45% a 65% do valor energético total estimado (EER) para adultos, de modo a garantir adequada oferta de glicose para o sistema nervoso central, musculatura esquelética e demais tecidos. Considerando que a necessidade energética média de adultos situa-se acima de 2.000 kcal/dia, a ingestão de carboidratos necessária para atender esse intervalo corresponderia, em termos absolutos, a valores superiores aos observados nesta amostra. Dessa forma, mesmo que a proporção relativa de carboidratos na ingestão observada possa parecer adequada, o consumo absoluto é incompatível com a necessidade energética estimada, caracterizando inadequação quantitativa. Estudos brasileiros recentes apontam padrão semelhante em populações em insegurança alimentar, nas quais a ingestão de carboidratos ocorre em quantidade insuficiente para suprir demandas metabólicas, especialmente quando associada a dietas monótonas e de baixa densidade nutricional, realidade frequentemente descrita entre pessoas em situação de rua (VERLY JR. *et al.*, 2021; SOUSA *et al.*, 2022).

No que se refere aos lipídios totais, a ingestão mediana observada de 30 g/dia também se mostra inadequada quando confrontada com as necessidades energéticas estimadas. As DRIs recomendam que os lipídios contribuam com 20% a 35% do EER para adultos, o que, em uma dieta compatível com as necessidades energéticas médias, corresponderia a valores absolutos superiores aos

identificados neste estudo. Assim, ainda que a ingestão observada represente uma fração aceitável da energia efetivamente consumida, ela não atende às exigências derivadas do gasto energético esperado para indivíduos adultos, implicando oferta insuficiente de ácidos graxos essenciais e comprometendo a absorção de vitaminas lipossolúveis, como A, D e E. A literatura nacional e internacional indica que, em contextos de vulnerabilidade social, a ingestão lipídica tende a ser quantitativamente limitada e qualitativamente desfavorável, com predominância de gorduras saturadas e trans oriundas de alimentos ultraprocessados distribuídos por doações ou refeições institucionais, padrão já descrito em estudos com populações em situação de rua no Brasil (TORRES *et al.*, 2023; VERLY JR. *et al.*, 2021).

A ingestão de fibras alimentares, com mediana de 15 g/dia, evidencia inadequação ainda mais pronunciada quando analisada sob o prisma das recomendações nutricionais. Embora as DRIs não expressem a recomendação de fibras diretamente como percentual do EER, estabelecem valores de ingestão adequada (AI) de aproximadamente 25 a 38 g/dia para adultos, ajustados por sexo e idade, considerando dietas compatíveis com as necessidades energéticas. Assim, mesmo sem relativizar o consumo energético observado, a ingestão de fibras na amostra é claramente insuficiente em termos absolutos, indicando baixa ingestão de frutas, hortaliças, leguminosas e cereais integrais. Estudos brasileiros recentes apontam que a inadequação de fibras é altamente prevalente na população geral, sendo ainda mais acentuada em grupos em insegurança alimentar e extrema vulnerabilidade social, como a população em situação de rua, o que reforça a consistência externa dos achados deste estudo (VERLY JR. *et al.*, 2021; SOUSA *et al.*, 2022). A baixa ingestão de fibras associa-se a prejuízos na saúde intestinal, maior risco cardiometabólico e agravamento de condições crônicas, aspectos relevantes no contexto de saúde dessa população.

Em conjunto, a análise dos macronutrientes considerando as necessidades energéticas estimadas, conforme as DRIs/IOM, evidencia que a ingestão de carboidratos, lipídios e fibras na população estudada é globalmente insuficiente em termos absolutos, ainda que, em alguns casos, a distribuição percentual sobre a ingestão observada possa parecer adequada. Esses achados refletem um padrão alimentar marcado por restrição quantitativa e baixa qualidade nutricional, compatível com a insegurança alimentar crônica vivenciada pela PSR no Brasil. Resultados semelhantes têm sido descritos em estudos nacionais recentes, que

apontam a coexistência de inadequação energética e desequilíbrios nutricionais em grupos socialmente vulneráveis, reforçando que a análise baseada apenas na ingestão observada pode subestimar a magnitude da privação nutricional quando não considerada à luz das necessidades energéticas teóricas (VERLY JR. *et al.*, 2021; TORRES *et al.*, 2023).

Diante do perfil demográfico da amostra, constituída majoritariamente por homens em idade economicamente ativa, a ingestão dietética revelou-se inadequada em relação às metas estabelecidas pelas *Dietary Reference Intakes* (DRIs/IOM). Observou-se que minerais essenciais, como cálcio, magnésio, potássio, zinco, cobre e selênio, apresentaram medianas substancialmente inferiores às recomendações, configurando um quadro de deficiência crônica de micronutrientes compatível com o fenômeno da chamada “fome oculta”, definida pela OMS (2023) como a deficiência de micronutrientes que persiste mesmo quando há consumo calórico, comprometendo física e a capacidade laboral. Tal achado não pode ser interpretado apenas como insuficiência quantitativa da dieta, mas como expressão direta da baixa qualidade nutricional dos alimentos acessados, marcada pela monotonia alimentar, pela dependência de doações e pelo predomínio de produtos ultraprocessados. Nesse contexto, a adequação relativa da ingestão de fósforo emerge como um indicador indireto desse padrão alimentar, uma vez que esse mineral é amplamente presente em alimentos industrializados, conforme também observado por Verly Jr. *et al.* (2021) em análise dos Inquéritos Nacionais de Alimentação das Pesquisas de Orçamentos Familiares.(VERLY JR. *et al.*, 2021; SOUSA *et al.*, 2022).

Esse padrão de inadequação generalizada assume especial gravidade ao se considerar que a população analisada depende diretamente da integridade física para sua sobrevivência cotidiana nas ruas. A privação prolongada de minerais como cálcio e magnésio compromete a saúde óssea e a função neuromuscular, enquanto a ingestão insuficiente de zinco, cobre e selênio impacta negativamente a resposta imunológica e os processos antioxidantes, ampliando a vulnerabilidade a agravos infecciosos e inflamatórios. Conforme destacado por Bezerra *et al.* (2020), a insegurança alimentar e nutricional, quando associada a contextos de extrema vulnerabilidade social, produz repercussões funcionais que ultrapassam o campo metabólico e se traduzem em perda progressiva da capacidade física e laboral.

Adicionalmente, a elevada prevalência de inadequação na ingestão de vitaminas, tanto lipossolúveis (A, D e E) quanto hidrossolúveis (vitamina C, complexo B e folato), aponta para riscos metabólicos, hematológicos e neuro imunológicos de grande magnitude. A insuficiência concomitante de vitamina C, vitamina B12 e folato, associada ao baixo consumo de ferro identificado na amostra, potencializa o desenvolvimento de anemias carenciais, com repercussões diretas sobre a disposição física e a capacidade funcional. Destaca-se, ainda, a inadequação crítica de tiamina (vitamina B1), cuja deficiência assume caráter particularmente preocupante em um contexto de elevada prevalência de consumo de álcool, uma vez que aumenta substancialmente o risco de comprometimentos neurológicos graves e potencialmente irreversíveis (MOTA *et al.*, 2024). A deficiência de outras vitaminas do complexo B, como niacina, riboflavina e vitamina B6, compromete o metabolismo energético e os mecanismos de adaptação ao estresse fisiológico, agravando quadros de fadiga crônica e reduzindo a capacidade de enfrentamento das condições ambientais adversas impostas pela vida nas ruas. Conforme discutido por Torres *et al.* (2024), esse conjunto de carências de micronutrientes atuam de forma sinérgica, produzindo um estado de exaustão biológica que aumenta a suscetibilidade a infecções recorrentes e agravos crônicos. Dessa forma, a não conformidade com as DRIs observada neste estudo ultrapassa a dimensão técnica da avaliação nutricional e se configura como evidência concreta de um cenário persistente de desproteção social, alimentar e nutricional vivenciado pela população em situação de rua.

7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo demonstram a relação estrutural entre vulnerabilidade social, padrões alimentares e estado nutricional da população em situação de rua. A ausência de renda regular, o uso de substâncias psicoativas e a fragilização dos vínculos familiares configuram um quadro persistente de insegurança alimentar crônica, caracterizado pelo acesso instável e qualitativamente inadequado aos alimentos. Nesse contexto, a dependência quase exclusiva de refeições assistenciais resulta em dietas pouco diversificadas, com repercussões negativas mensuráveis sobre a saúde.

Esse padrão alimentar expressa-se no perfil antropométrico observado, marcado pela coexistência de baixo peso e excesso de peso, fenômeno recorrente em contextos de privação social prolongada. Os achados evidenciam que determinantes sociais — sexo, raça/cor, escolaridade e inserção laboral — condicionam tanto a obtenção quanto a qualidade do consumo alimentar, influenciando diretamente o aporte energético e proteico da amostra.

Os resultados indicam a insuficiência das atuais estratégias de segurança alimentar e nutricional direcionadas à população em situação de rua. A garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada exige a superação de respostas assistencialistas fragmentadas, com a integração da oferta regular de refeições ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, assegurando qualidade nutricional, continuidade do acesso e respeito à dignidade. A redução da insegurança alimentar severa pressupõe, ainda, a desburocratização do Cadastro Único e a remoção de barreiras documentais que perpetuam a exclusão dessa população das políticas públicas.

Adicionalmente, os achados reforçam a necessidade de articulação entre as políticas de segurança alimentar, saúde e atenção psicossocial, considerando o impacto do uso de substâncias psicoativas sobre o estado nutricional e o cuidado integral. A fragmentação dessas ações limita a efetividade das intervenções e compromete a resposta estatal frente à complexidade do fenômeno.

As interpretações devem considerar as limitações do estudo, incluindo a amostra por conveniência, coletada junto à Pastoral de Rua de Belo Horizonte, e a utilização do recordatório alimentar de 24 horas. Embora sujeito a vieses de memória e incapaz de captar a variabilidade da dieta habitual, esse método permite

identificar, de forma consistente, carências alimentares imediatas em contextos de alta vulnerabilidade.

Recomenda-se que pesquisas futuras adotem delineamentos que possibilitem análises estratificadas por sexo e incorporem métodos complementares de avaliação do consumo alimentar. Tais abordagens poderão aprofundar a compreensão dos determinantes nutricionais da população em situação de rua e subsidiar a formulação de políticas públicas mais equitativas, integradas e sensíveis às desigualdades sociais estruturais.

8 REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. *et al.* Masculinidades, vulnerabilidade social e população em situação de rua. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 27, n. 1, 2024.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. Disponível em:

<https://sites.ufpe.br/enegrecer/wp-content/uploads/sites/146/2023/01/ALMEIDA-Silvio-Racismo-estrutural-Livro-2019.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

ANDRADE, M. E.; COSTA, J. S.; ROCON, P. C. Barreiras no acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210515, 2022. Acesso em: 14 nov. 2025.

A POPULAÇÃO em situação de rua e o acesso às políticas sociais: limites, possibilidades e desafios. **Themis: Revista da Esmec**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 225-252, 2019. DOI: <https://doi.org/10.56256/themis.v17i2.670>. Acesso em: 12 out. 2025.

A POPULAÇÃO LGBTQIAP+ em situação de rua: uma análise jurídica e social. **Revista Multidisciplinar Integrada - REMI**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 1-11, 2025. DOI: 10.61164/c0vx2q64. Disponível em:

<https://revistas.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/186>. Acesso em: 15 jan. 2026.

BARBOSA, José Carlos Gomes. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. 2018. 118 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, DF, 2018.

BARROS, Anna Julha Martins Gonçalves; ASSIS, Karine Franklin. Estado nutricional e condições de saúde da população em situação de rua: reflexos da fome dos invisíveis para a sociedade. **Revista Científica UNIFAGOC – Multidisciplinar**, Uberlândia, v. 9, n. 2, 2024. DOI: 10.61224/2525-488X.2024.1251. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/multidisciplinar/article/view/1251>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BAUMAN, Zygmunt. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Pereira Passos: um Haussmann tropical: a reforma urbana do Rio de Janeiro no início do século XX**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1992.

BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3833-3846, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>. Acesso em: 10 out. 2025.

BEZERRA, T. A. *et al.* Perfil do consumo alimentar de população adulta em situação de rua em uma capital do Nordeste brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 35, e210217, 2022. Acesso em: 02 fev. 2026.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Agência Pública. **Brasil foi o local que mais recebeu escravos nas Américas**. 2018. Disponível em: <https://apublica.org/cheragem/2018/08/truco-brasil-foi-o-local-que-mais-recebeu-escravos-nas-americas/>. Acesso em: 05 jan. 2026.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 22 nov. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **IV Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Relatório de Gestão e Segurança Alimentar**. Brasília, DF: MDS, 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Plano Nacional Ruas Visíveis**: Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDHC, 2023. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/11515>. Acesso em: 01 nov. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em situação de rua**: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, DF: MDHC, set. 2023.

Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relatorio-201cpopulacao-em-situacao-de-rua-diagnostico-com-base-nos-dados-e-informacoes-disponiveis-em-registros-administrativos-e-sistemas-do-governo-federal201d>. Acesso em: 28 jan. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 122, de 21 de fevereiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2011.

BURSZTYN, Marcel. **No meio da rua**: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

BURSZTYN, Marcel; ARAÚJO, Maria Fernanda. **Invisibilidade e cidadania**: a vida nas ruas das grandes cidades brasileiras. São Paulo: Cortez, 2020.

CERDA, A. A. *et al.* Acesso e qualidade da alimentação: percepção da população em situação de rua. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, eAPE02361, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002361>. Acesso em: 19 dez. 2025.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (Brasil). **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 nov. 2009.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (Brasil). **Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020**. Dispõe sobre as diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020.

COSTA, A. P. M. **Mulheres em situação de rua**: invisibilidade e estratégias de sobrevivência. São Paulo: Cortez, 2005.

COUTO, J. G. de A. *et al.* Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, e220531pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220531pt. Acesso em: 13 nov. 2025.

COUTO, Márcia Thereza *et al.* Acesso à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: o caso de pessoas LGBTQ+ em situação de rua. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200381, 2021. Acesso em: 22 out. 2025.

CUNHA, Eduardo de Oliveira. **Vidas no limite**: trajetórias e vivências de pessoas LGBTQ em situação de rua. 2020. 256 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

DA SILVA, Marcos Antonio Batista. (In)Visibilidades: população em situação de rua, questões raciais e pandemia. **ODEERE: Revista Internacional de Relações Étnicas**, Jequié, v. 8, n. 2, p. 141-164, 2023. DOI: 10.22481/odeere.v8i2.12441. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/odeere/article/view/16049>. Acesso em: 10 dez. 2025.

DE QUEIROZ, Gabriel Vinícius Reis *et al.* Perfil epidemiológico da população em situação de rua em município do estado de São Paulo - Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 24, n. 48, e14247, 2024. DOI: 10.21527/2176-7114.2024.48.14247. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/14247>. Acesso em: 04 nov. 2025.

DUARTE, Maria Benedita do Carmo; BRISOLA, Elisa Maria Andrade; RODRIGUES, Alexandra Magna. População em situação de rua: representações sociais sobre o comer e a comida. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 57-74, 2021. DOI: 10.5433/2236-6407.2021v12n2p57. Acesso em: 15 out. 2025.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/9zg5m>. Acesso em: 30 jan. 2026.

ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo; XIMENES, Verônica Moraes. Pobreza e pessoas em situação de rua: uma revisão sistemática. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 1-27, dez. 2021. DOI: 10.34019/1982-1247.2021.v15.30064. Acesso em: 21 dez. 2025.

EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH THE HOMELESS (FEANTSA). **ETHOS – European Typology on Homelessness and Housing Exclusion**. Brussels: FEANTSA, 2017. Disponível em: <https://www.feantsa.org/ethos>. Acesso em: 12 nov. 2025.

FILHO, Edson Benedito Rondon; CARVALHO, Cláudia Cristina Ferreira. Definições e nomeações sobre a população em situação de rua: revisão integrativa de literatura no campo das ciências humanas, sociais e da saúde. **Boletim do Instituto de Saúde (BIS)**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 75-88, 2023. DOI: 10.52753/bis.v24i1.40017. Acesso em: 08 nov. 2025.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Impactos da Pandemia de COVID-19 sobre Populações Vulneráveis**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS UNIVERSITY (UNU). **Energy and protein requirements**: report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Geneva: WHO, 1985. (WHO Technical Report Series, n. 724). Disponível em: <https://www.fao.org/4/aa040e/aa040e00.htm>. Acesso em: 29 out. 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

GOMES, Nilma Lino. **O movimento negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2017.

GOMES, R. S. *et al.* Saúde dos indivíduos em situação de rua: entre queixas, sintomas e determinantes das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade — RBMFC**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, art. 3233, dez. 2022. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3233](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3233). Acesso em: 14 jan. 2026.

GONÇALVES, L. P. *et al.* Rede Viva: barreiras e acessos de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 453-470, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.74050>. Acesso em: 06 nov. 2025.

GONÇALVES, L. S.; FRANKLIN, A. M. P. Segurança Alimentar e Nutricional de pessoas em situação de rua: um estudo em Ubá, Minas Gerais. **Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde**, [s. l.], v. 11, n. 1, 2024.

GONTIJO, T. G. *et al.* População em situação de rua: fatores para utilização dos serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, eAPE0000186, 2024. DOI: 10.37689/acta-ape/2024AO0000186. Acesso em: 20 nov. 2025.

GOVERNO FEDERAL. **População em situação de rua ganha política pública para garantia dos direitos civis**. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, dez. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/>. Acesso em: 10 out. 2025.

GUIMARÃES, A. N. *et al.* Use of alcohol and other drugs: interfaces with homeless people's vulnerabilities. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 52-60, jan./mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-976.smad.2023.187797>. Acesso em: 15 nov. 2025.

GUIMARÃES, M. R. W. A construção da política nacional para população em situação de rua. **Temporalis**, Vitória, v. 20, n. 39, p. 102-118, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2020v20n39p102-118>. Acesso em: 30 dez. 2025.

HALL, K. D.; HEYMSFIELD, S. B. Metabolic adaptations and energy expenditure: the role of body composition and biological sex. **Annual Review of Nutrition**, Palo Alto, v. 42, p. 31-54, 2022.

HEYMSFIELD, S. B. *et al.* Body composition and energy expenditure in humans: a fundamental review. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 113, n. 4, p. 757-771, 2021.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. People living on the street from the health point of view. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, supl. 1, p. 684-692, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>. Acesso em: 10 out. 2025.

HORTA, R. L. *et al.* Insegurança alimentar e condições de saúde em grupos em situação de rua: uma análise da precariedade biológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 42, 2021.

IJAZ, S. *et al.* Nutritional deficiencies in homeless persons with problematic drinking: a systematic review. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 16, p. 71, 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids**. Washington, DC: The National Academies Press, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Análises situacionais e retrospectivas**: população em situação de rua. Brasília, DF: Ipea, 2025. 9 p. DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/ri-eb-2050-situacao-de-rua>. Acesso em: 11 jan. 2026.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **População em situação de rua no Brasil**: estimativas e caracterização socioeconômica. Brasília, DF: Ipea, 2023.

LIMA, D. G. *et al.* Determinantes sociais de saúde da população em situação de rua vulnerável à tuberculose. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 14, e-202350, 2023. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202350>. Acesso em: 24 nov. 2025.

MARTINS, L. *et al.* A interface entre as políticas públicas para a população em situação de rua: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2403-2416, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.14232022>. Acesso em: 10 dez. 2025.

MATTOSO, José. **Identificação de um país**: ensaio sobre as origens de Portugal (1096–1325). Lisboa: Estampa, 1997.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MEDEIROS, Lis Paiva de; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; NOBRE, Maria Teresa. Narrativas LGBT de pessoas em situação de rua: repensando identidades, normas e abjeções. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-16, mar. 2020. Acesso em: 02 fev. 2026.

MENDES, M. S. Política de inclusão para população em situação de rua: análise da gestão administrativa do Centro POP e Restaurante Popular no município de Paranaguá-PR. **Revista Resistência Litoral**, [s. l.], v. 1, n. 4, 2025.

MILLER, J. *et al.* Metabolic health and social vulnerability: a systematic review on the impact of homelessness on chronic disease risk factors. **The Lancet Public Health**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 212-225, 2022.

MOTA, J. R. *et al.* População em situação de rua: percepções sobre o direito humano à alimentação adequada e das dificuldades cotidianas em busca da comida. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 30, e023034, p. 1-15, 2024. DOI: 10.20396/san.v30i00.8668217. Acesso em: 09 jan. 2026.

MOTA, J. S. *et al.* Deficiência de tiamina e consumo de álcool em populações vulneráveis: riscos e intervenções. **Journal of Clinical Nutrition**, [s. l.], v. 15, n. 2, 2024.

MÜLLER, M. J. *et al.* Inter-individual variability in human energy expenditure: sex, age and body composition revisited. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 77, n. 5, p. 562-574, 2023.

NATIONAL ALLIANCE TO END HOMELESSNESS. **About Us**: Mission, Values and Vision. Washington, D.C.: National Alliance to End Homelessness, 2024. Disponível em: <https://endhomelessness.org/about-us/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. **A estimativa da população em situação de rua no Brasil**: um levantamento com base em dados da assistência social e do Censo. Brasília, DF: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2561).

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. **A População em situação de rua nos números do Cadastro Único**. Brasília, DF: Ipea, mar. 2024. 57 p. (Texto para Discussão, n. 2944). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2944-port>. Acesso em: 11 nov. 2025.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2023)**. Brasília, DF: Ipea, 2023. (Nota Técnica n. 37 - Disoc). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11604>. Acesso em: 14 out. 2025.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. **População em situação de rua**: conceitos, números e políticas públicas recentes. Brasília, DF: Ipea, 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=39518. Acesso em: 22 dez. 2025.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (OBPopRua/UFGM). **Relatórios e análises sobre a população em situação de rua no Brasil**. Belo Horizonte: UFGM, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Classificação do estado nutricional por índice de massa corporal (IMC) em idosos**: recomendação para população idosa (baseado no Projeto SABE). Washington, D.C.: OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud**: encuesta multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Informe preliminar. Washington, D.C.: OPAS, 2002.

PAIVA, I. K. S. *et al.* A saúde da população em situação de rua: um levantamento sobre as principais comorbidades e o acesso aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1241-1252, abr. 2021.

PAIVA, I. K. S. *et al.* Gênero, rua e políticas públicas: trajetórias femininas marcadas pela violência e pela invisibilidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, 2021.

PENAFORTE, K. L. P. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional em pessoas em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 791-804, 2023. Acesso em: 29 nov. 2025.

PEREIRA, Matheus de Paula. Educação e vulnerabilidade: a carência de capital escolar como dimensão central da desigualdade social. **Revista Brasileira de Estudos Sociais**, São Paulo, v. 39, n. 114, e3911405, 2024.

PEREIRA, Matheus de Paula; RODRIGUES, M. S.; ALMEIDA, L. F. **Pobreza extrema e insegurança alimentar em Juiz de Fora**: uma análise sociodemográfica e territorial. Juiz de Fora: UFJF, 2023.

PHILLIPS, S. M.; VAN LOON, L. J. C. Dietary protein for athletes: from requirements to optimum adaptation. **Journal of Sports Sciences**, [s. l.], v. 29, supl. 1, p. S29-S38, 2011.

POPULAÇÃO em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 31, e169056, 2019. DOI: 10.1590/1807-0310/2019v31169056. Acesso em: 10 dez. 2025.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (PENSSAN). **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN)**. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2022.

RODRIGUES, Jader William Cruz; BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira; SILVA, Luciana Vieira da. O combate à transfobia na agenda de políticas públicas de segurança no Brasil: cenário atual e desafios. **REI - Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 1060-1080, 2021. DOI: 10.21783/rei.v7i3.655. Acesso em: 13 nov. 2025.

SANTI, L. B. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional em grupos socialmente vulneráveis: limites e desafios das políticas de transferência de renda no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, e220451, 2023.

SANTOS, T. R.; FERREIRA, M. S. Fome oculta e insegurança alimentar: a desnutrição qualitativa em populações vulnerabilizadas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 36, e230041, 2023.

SENA, S. S. *et al.* Vulnerabilidade e envelhecimento da população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e210045, 2021.

SILVA, Felicialle Pereira da *et al.* Saúde mental de pessoas em situação de rua: comportamentos e vulnerabilidades no contexto urbano. **Revista Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 3–4, p. 1-13, 2021. DOI: 10.33947/1982-3282-v15n3-4-4667. Acesso em: 20 out. 2025.

SILVA, J. S.; ROSA, T. S. O racismo estrutural e a população em situação de rua: uma análise sobre o fenômeno da ruralização e a fragilização de vínculos. **Revista de Sociologia Urbana**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-105, 2022.

SILVA, R. A. *et al.* Envelhecimento precoce e condições crônicas: a saúde da população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, n. 12, 2024.

SILVA, R. A. *et al.* Perfil nutricional e o paradoxo da obesidade na população em situação de rua: estudo multicêntrico em metrópoles brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, e00124523, 2024.

SILVA, Vinicius Vieira da *et al.* Envelhecimento da população em situação de rua no Brasil: protocolo de revisão de escopo. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [s. l.], v. 18, n. 1-271, 2024. DOI: 10.55905/revconv.18n.1-271. Acesso em: 08 nov. 2025.

SIMÃO, T. R.; FREITAS, L. M. Consultório na Rua como estratégia de equidade: desafios da integração entre saúde e assistência social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, 2025.

SOARES, Fernando Lucas. **Práticas alimentares da população em situação de rua**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/96447>. Acesso em: 25 jan. 2026.

SOUSA, A. M. *et al.* Desigualdades sociais e o consumo de fibras e micronutrientes no Brasil: análise da POF 2017-2018. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 25, 2022.

SOUSA, L. R. M. *et al.* Vulnerabilidade social e acesso aos alimentos em tempos de pandemia por COVID-19. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 29, e022027, 2022. DOI: <https://doi.org/10.20396/san.v29i00.8670697>. Acesso em: 01 nov. 2025.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice**: a monograph for physicians. Washington, D.C.: American Academy of Family Physicians, 1994.

TORRES, J. V. T. S. *et al.* Deficiência de vitaminas em populações vulneráveis: fatores de risco e estratégias de intervenção. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 10, p. 2924-2932, 2024. Acesso em: 28 out. 2025.

TORRES, R. M. *et al.* Microbiome and micronutrient deficiencies in homeless populations: a systematic review. **Public Health Nutrition**, [s. l.], v. 27, n. 1, 2024.

TORRES, Thifany Helena. **Alimentação adequada para pessoas em situação de rua**: percepções de profissionais de serviços de acolhimento e equipamentos públicos de alimentação. 2024. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. DOI: 10.11606/D.6.2024.tde-12022025-103350. Acesso em: 14 jan. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). **Cadastro Único / OBPopRua**. Bases de dados e análises sobre população em situação de rua. Belo Horizonte: UFMG, 2023–2024.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, P. As vivências na rua que interferem na saúde de adultos em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012413. Acesso em: 02 dez. 2025.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2004.

VERLY JR., E. *et al.* Inadequação da ingestão de vitaminas e minerais no Brasil: resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003206>. Acesso em: 05 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series n. 894).

ZANELLA, A. V. *et al.* Gênero, exclusão social e trajetórias na rua: uma análise crítica. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 33, 2021.