

População em situação de rua e o acesso aos serviços de saúde: concepções e determinantes

Tayrine Huana de Sousa Nascimento¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0061-2659>

Jomábia Cristina Gonçalves dos Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8175-6018>

Marília Batista Sampaio²

 <https://orcid.org/0000-0002-4202-409X>

Alduinoele da Costa Teixeira³

 <https://orcid.org/0000-0001-8255-053X>

Elka Priscyla Miranda Brito⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-1482-5797>

Objetivo: compreender a percepção da população em situação de rua acerca do acesso aos serviços de saúde.

Método: o estudo possui abordagem qualitativa de cunho descritivo. Contou com a participação de nove pessoas em situação de rua, selecionadas através da amostragem aleatória simples, com coleta de dados a partir de uma entrevista semiestruturada e análise de conteúdo. **Resultados:** os achados evidenciaram que a população em situação de rua tem um acesso precário aos serviços de saúde, uma vez que foram relatadas barreiras como a falta de conhecimento, de documentação e pouco ou nenhum acesso a métodos preventivos. Os serviços mais utilizados foram os de urgência e emergência. **Conclusão:** a partir da percepção dessa população, torna-se emergente o rompimento das barreiras físicas e burocráticas que tanto restringem esse acesso, afim de que haja uma melhoria na qualidade da assistência.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua; Acesso aos Serviços de Saúde; Política Pública; Integralidade em Saúde.

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará, Residência Integrada em Saúde, Iguatu, CE, Brasil.

² Hospital Regional do Sudeste do Pará, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Pré-Natal, Marabá, PA, Brasil.

³ Prefeitura Municipal de Iguatu, Secretária Municipal de Saúde, Iguatu, CE, Brasil.

⁴ Instituto Centro de Ensino Tecnológico, Campos Sales, CE, Brasil.

Como citar este artigo

Nascimento THS, Santos JCG, Sampaio MB, Teixeira AC, Brito EPM. Homeless population and access to the health services: perspectives and determinants. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2022 abr.-jun.;18(2):21-29. <http://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.171441>

Homeless population and access to the health services: perspectives and determinants

Objective: to understand the homeless population's perception about access to the health services. **Method:** the study has a qualitative approach of a descriptive nature. It counted on the participation of nine homeless individuals, selected through simple random sampling, with data collection from a semi-structured interview and content analysis. **Results:** the findings showed that the homeless population has precarious access to the health services, since barriers such as lack of knowledge and documentation and little or no access to preventive methods have been reported. The most frequently used devices were urgency and emergency services. **Conclusion:** from the perception of this population, the breaking of physical and bureaucratic barriers that restrict this access becomes emergent, in order to improve quality of care.

Descriptors: Homeless Persons; Health Services Accessibility; Public Policy; Integrality in Health.

Personas en situación de calle y acceso a servicios de salud: perspectivas y reflexiones

Objetivo: comprender la percepción de las personas en situación de calle sobre el acceso a los servicios de salud. **Método:** enfoque cualitativo de carácter descriptivo. Se contó con la participación de nueve personas en situación de calle, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, con recolección de datos de entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido. **Resultados:** los hallazgos mostraron que las personas en situación de calle tienen acceso deficiente a los servicios de salud, ya que se han reportado barreras como la falta de conocimiento, documentación y poco o ningún acceso a los métodos preventivos. Los servicios más utilizados fueron los de urgencias y emergencias. **Conclusión:** desde la perspectiva de esta población, emerge la necesidad de romper las barreras físicas y burocráticas que tanto restringen este acceso, para que haya una mejora en la calidad de la asistencia.

Descriptorios: Personas sin Hogar; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Política Pública; Integralidad en Salud.

Introdução

Historicamente, a urbanização e o desenvolvimento econômico salientou a exclusão social a partir da divisão de classes, produzindo pessoas subjugadas, sem emprego e com poucas perspectivas de mudanças⁽¹⁾. Esses indivíduos são classificados como “sobrantes”, pessoas inválidas pela conjuntura econômica e social, cuja sobrevivência depende do mercado de trabalho, caracterizando assim um estado de pobreza absoluta, atrelado à falta de pertencimento à sociedade formal⁽²⁾.

É nesse contexto de exclusão e desigualdade social que surge a população em situação de rua (PSR), caracterizada predominantemente como heterogênea, sobrevivendo por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, não dispendo de moradia como um ponto de referência e que geralmente tiveram seus vínculos familiares e sociais rompidos⁽³⁾. Também são conhecidos como andarilhos, mendigos, pedintes e sem-teto que ocupam lugares considerados de “passagem” a fim de estabelecer laços que garantam a sua sobrevivência⁽⁴⁾.

Os dados mais recentes acerca da PSR foram disponibilizados por 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS), estimando que em 2015 existiam cerca de 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil⁽⁵⁾. Vale ressaltar que a ausência de dados oficiais contribui para o aumento da invisibilidade no âmbito das políticas sociais e prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para essa população.

A maioria das ações que tem como intuito melhorar a qualidade de vida da PSR são desenvolvidas sob uma ótica curativista, igualando-se na maioria das vezes a gestos caridosos que apesar de ajudar, não trazem consigo uma resolubilidade. A fim de mudar essa realidade, o Ministério da Saúde instituiu em 2009, através do Decreto nº 7.053, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento dessa política, com o intuito de garantir um atendimento universal e humanizado⁽⁶⁾.

Atrelado a isso, surgem os Consultórios na Rua (CnaR) que integram o componente Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial seguindo as diretrizes e os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). São compostos por uma equipe multiprofissional, trabalhando em conjunto com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada indivíduo⁽⁷⁾.

Subentende-se, diante da implementação de políticas públicas voltadas para a PSR que esta seja bem assistida. Entretanto, o fato dos serviços existirem não garante que os usuários tenham acesso, pois, apesar de ser um direito ao qual não cabe fazer distinções de classe, existem

barreiras socioculturais, organizacionais e econômicas que impedem o acesso eficiente e influenciam e muito a utilização desses serviços⁽⁸⁻⁹⁾.

A pesquisa se justifica a partir da necessidade de compreensão acerca das barreiras físicas, burocráticas e institucionais que inviabilizam cada vez mais o acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua, caracterizando uma deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) em proporcionar uma assistência igualitária e equânime.

Sua relevância tem cunho acadêmico, governamental e social pois pretende ser subsídio para futuras pesquisas científicas, melhoria das práticas de saúde e da promoção da qualidade de vida da população em situação de rua da cidade de Iguatu-CE e aperfeiçoamento e implementação de políticas públicas voltadas para essa população.

Dessa forma, a pesquisa tem por objetivo compreender a percepção que a população em situação de rua tem acerca da sua condição de saúde e do acesso aos serviços de saúde.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de cunho qualitativo realizado no município de Iguatu localizado no interior do estado do Ceará a 364,6 km de distância da capital do estado, Fortaleza, com população estimada em 101.386 habitantes⁽¹⁰⁾.

Os dados foram coletados nas ruas da cidade, mais precisamente no centro e em seus arredores, caracterizando o local de permanência da população em situação de rua. É importante ressaltar que a cidade não dispõe de nenhum albergue, abrigo ou qualquer outro dispositivo que proporcione uma acolhida a essa população.

A seleção dos participantes foi realizada através da amostragem aleatória simples em consonância com os seguintes critérios de inclusão: a) Estar em situação de rua; b) Maior de 18 anos; c) Capaz de compreender e responder o conteúdo da pesquisa. Como critério de exclusão: a) Apresentar limitações cognitivas que impeçam a compreensão do significado das perguntas, bem como responder a entrevista.

A amostra foi delimitada pelo princípio de saturação que tem como objetivo evitar que informações desnecessárias se repitam ao longo da pesquisa. Há ainda os critérios de validade externa onde se analisaram o número de participantes entrevistados em outros estudos qualitativos que abrangem a mesma temática, no qual se encontrou uma amostra de no mínimo 5 e no máximo 29 entrevistados⁽¹¹⁻¹²⁾.

A coleta de dados foi realizada a partir de uma entrevista semiestruturada, obedecendo a um roteiro prévio preparado pelo pesquisador e composto por questionamentos que permitem ao entrevistado versar

livremente sobre o assunto e sanar as hipóteses do pesquisador no decorrer da conversação⁽¹³⁾.

Foram levantadas questões sobre percepção da população em situação de rua acerca da sua condição de saúde, bem como as medidas preventivas e as atitudes tomadas para o enfrentamento do processo saúde-doença. Investigou-se, também, a procura pelos serviços de saúde, quais os dispositivos mais utilizados, os motivos que os levaram à busca desses serviços, como se deu o atendimento e, em contrapartida, se há busca ativa desta população pelas equipes de saúde.

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica de gravação de entrevistas, uma vez que esta permite o armazenamento do material fornecido pelo informante em sua íntegra. Também utilizou-se a ferramenta diário de campo, na qual foram realizadas anotações acerca da percepção do pesquisador quanto ao campo. Ao final, todas as entrevistas foram transcritas para posterior análise.

Em um momento anterior à coleta de dados, foi realizado o teste piloto que verificou a operacionalidade e a eficácia da entrevista, permitindo ao pesquisador fazer os ajustes necessários. A participação de todos os entrevistados foi voluntária, mediante esclarecimento sobre os objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo que tem como objetivo validar informações obtidas em um dado contexto utilizando-se de procedimentos técnicos e científicos. Esse tipo de análise visa à interpretação e compreensão dos conteúdos manifestos ou ocultos e a organização dos mesmos através do uso de categorias⁽¹³⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2017, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). O estudo contou com a participação de 09 entrevistados que foram identificados pela letra "E" seguido de um número cardinal de acordo com a ordem das entrevistas.

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa atendeu a todas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos - apresentadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obtendo parecer favorável pelo CEP da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o número: 2.038.191.

Resultados

Para caracterização dos entrevistados, foram elencadas características sociodemográficas e econômicas escolhidas de acordo com a preponderância sob o conteúdo da pesquisa, sendo elas: faixa etária, etnia (autodeclarados), sexo, escolaridade, profissão e renda mensal.

A amostra se caracterizou majoritariamente por indivíduos do sexo masculino, autodeclarados pretos,

com faixa etária adulta entre 27 e 48 anos, solteiros, com ensino fundamental incompleto, não possuindo renda fixa e com diferentes profissões como jardineiro, flanelinha, guardador de motocicletas e artesão.

Com relação à faixa etária os entrevistados, tinham entre 27 e 72 anos com prevalência em igual porcentagem as faixas etárias de 27 a 37 e 38 a 48 anos (33,3%), caracterizando assim um perfil predominantemente adulto. Quanto à etnia, houve um predomínio de pessoas pretas (55,5%) seguido de pardos (33,3%) e em menor quantidade brancos (11,1%). O perfil dos entrevistados era predominantemente masculino (88,8%). No que diz respeito à escolaridade, a prevalência foi de indivíduos que declararam ser analfabetos (44,4%), seguido daqueles que possuíam o Ens. Fundamental I, até a 4ª série (22,2%) e com resultados equânimes para o Ens. Fundamental II, até a 8ª série e Ens. Médio Incompleto (11,1%). Nenhum participante possuía o Ens. Médio Completo e o Ens. Superior.

A baixa escolaridade por eles relatada pode refletir no fato de a maioria dos entrevistados não possuir renda e sobreviver da mendicância. A ausência de instrução se coloca como um impeditivo para galgar empregos que garantam alguma estabilidade e proporcionem uma mudança de cenário para essa população, tanto de maneira econômica como social.

O maior número de entrevistados não possuía nenhuma profissão (22,2%), seguido de um percentual equânime de 11,1% para as profissões de jardineiro/pedreiro, flanelinha, auxiliar de serviços gerais, guardador de motocicletas, artesão, lavadeira de roupa e aposentado. Do total de entrevistados 44,4% referiram não possuir nenhum tipo de renda, sobrevivendo apenas da mendicância. Houve uma porcentagem equivalente a 22,2% para os que não souberam informar sua renda.

De acordo com o objetivo do estudo, e com os dados encontrados, os resultados foram explanados em duas categorias: "Concepções da população em situação de rua acerca de sua condição de saúde" e "Determinantes do acesso aos serviços de saúde pela PSR".

Categoria 1: Concepções da população em situação de rua acerca de sua condição de saúde

Essa categoria engloba a percepção da PSR acerca da sua condição de saúde, bem como as medidas preventivas e as atitudes tomadas para o enfrentamento do processo saúde-doença.

Quanto à sua condição de saúde, a maioria dos entrevistados (55,5%) se consideravam pessoas saudáveis, uma vez que conseguiam realizar suas atividades de forma "independente" e raramente procuravam os serviços de saúde. Isso mostra que para eles a concepção de saúde está diretamente relacionada à ausência de doenças, como demonstrado nas falas a seguir:

Eu graças a Deus me considero saudável né? Graças a Deus dentro de 5 anos nunca aconteceu nada comigo, mas quando for pra acontecer acontece logo pra morrer. Assim, porque né? Graças a Deus (E01); Ahh eu me considero, porque eu ainda aguento andar 30, 50 km a pé. Quando eu preciso eu ando (E03); Rapaz, o seguinte, graças a Deus eu me comporto e eu tenho saúde porque graças a Deus, eu, não eu não sou doente. Porque eu tusso, mas isso ai não é importante, tossir (E06).

Acerca do questionamento sobre se considerar saudável ou não, também houve discordâncias, como relatado nos discursos.

Nem um, não, nem um pouquinho, de jeito nenhum. Porque eu tenho diabetes, eu tenho pressão alta, diabetes, pressão alta, eu tusso também que nem ele (E07); Eu me considero não. Proque assim a pessoa que tem problema de asma ele num é saudável, ele sempre apresenta o problema, ai passa uns tempo ele volta os problema de novo (...) Ai tem tempo que o ouvido doi também, falta é estorar de dor. Agora eu to com um problema que eu to ficando surdo, meio surdo, se a pessoa falar de longe eu num escuto não (E08).

Grande parte dos entrevistados afirmou não utilizar da prevenção, ou por falta de conhecimento ou por se sentirem impossibilitados em decorrência do modo de vida precário que levavam nas ruas. Entretanto, alguns afirmaram fazer o possível para não ficar doentes.

Como assim, como? Nam eu tano aqui eu não controlo é nada. Fico logo é sem comer. Fica logo é sem comer como nois passamo o dia todim sem comer hoje. Ele ganhou um dinheirinho bem pouquim ali, comprou foi cachaça pra beber (E07); Nam faço nada não que eu num tenho cuma, num conheço nada, num conheço nada ai fica difícil (E08); Assim, eu tomo meus cuidados pessoal, né mano? Eu não bebo coca-cola, eu não bebo pinga, não uso droga pesada, fumo um cigarro, fumo maconha de vez em quando que é bom (E03).

Quando questionados acerca das atitudes tomadas frente ao processo de adoecimento, grande parcela dos entrevistados relatou procurar o serviço de saúde, enquanto uma minoria afirmou que se automedicavam ou não tomavam nenhuma providência.

Os entrevistados afirmaram procurar os serviços ambulatoriais e de urgência, o que pode ser justificado pela agilidade de deslocamento por serviços de resgate e pelo modelo curativista utilizado nesses locais de atendimento. Dentre outros relatos, a fé também foi mencionada como forma de enfrentamento da doença, como mostram as exposições abaixo:

Ai eu peço uma pessoa pra chamar uma ambulância (...) ai vai me leva ou po regional ou pa UPA né? Ai de la eu num quero mais vi pra ca, quero ir pra casa da minha irmã. Porque eu magino que se eu vier pra ca eu faço é morrer logo de uma vez (E07); Vai pro hospital, é chama a ambulância que a ambulância leva, ai depois toma cachaça que melhora (E05); Eu peço pra Deus me curar mano, porque nem remédio não dá pra tomar mais (E03).

Categoria 2: Determinantes do acesso aos serviços

de saúde pela PSR

Essa categoria versa sobre o acesso que a população em situação de rua tem aos serviços de saúde ofertados. Para isso, investigou-se a procura pelos equipamentos de saúde, os dispositivos mais utilizados, os motivos que os levaram à busca desses serviços, como se deu o atendimento e, em contrapartida, se há busca ativa desta população pelas equipes de saúde.

Grande parte dos entrevistados afirmou procurar os serviços de saúde sempre que precisava enquanto uma minoria relatou ter dificuldades em chegar até o serviço, ou até mesmo desinteresse na procura. Entre os serviços frequentados, estão por ordem de utilização: o hospital, o CAPS, a Unidade Básica de Saúde (UBS) e, por último, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A busca pela atenção básica que é considerada porta de entrada e responsável pela continuidade do cuidado acaba sendo negligenciada.

É importante entender que a cidade de Iguatu não conta com uma equipe de consultório na rua, o que faz com que a PSR não seja alvo direto de ações e serviços de saúde. Desse modo, a PSR fica à mercê de um cuidado limitado que abrange apenas as necessidades demandadas por esse grupo.

Fui no hospital daqui mas... não gostei não (E02); Eu já passei um tempo no CAPS AD, sem fumar e sem beber, ai quando eu sai do Caps eu comecei voltar, a beber e a fumar de novo (E06); Foi a perna amanheceu hoje inchada, ai eu fui de manhã, pa UPA, eu fui dueno bixinha, doeno o estomo, que eu tava sem comer, (...) Quando eu tô em casa eu vou no postim quais todo dia (E07).

O mesmo acontece com a procura aos Centros de Atenção Psicossocial, principalmente o AD, voltado para usuários de substâncias psicoativas. Mesmo admitindo a dependência, na maioria das vezes ao álcool, grande parcela dos participantes não demonstrou interesse em procurar ajuda, ou não conseguia fazê-lo, já que a dependência se torna um paliativo capaz de diminuir os sofrimentos causados pelo ambiente das ruas.

Vem primeiro o desgosto num sabe? Aquele desgosto que eu perdi minha mãe e tô assim bolano no mei do mundo ai quando eu tomo uma, ai já começa logo a achar graça, me esqueço da vida, ai fico conversando, converso com um converso com outro, ai me esqueço da minha vida ruinha, ai parece que eu tenho uma vida boa, parece que minha vida mudou, fico feliz. Ai eu durmo eu beba né? Vou dormi beba. Ai quando eu acordo de manhã, a merma infelicidade. Sei não minha fia (E07).

No que se refere aos motivos que os levaram a procurar esses serviços, a maioria dos participantes que buscavam o hospital ou serviço de urgência o faziam em decorrência de cortes, dores em membros inferiores e acidentes. A unidade básica de saúde só era frequentada em casos de extração dentária e dispensação de medicamentos.

Eu não ia não, mas eu pensando que eu tinha quebrado só o nariz não sabe? tava saindo sangue assim, Ai um amigo meu me disse ei cara, ta feio viu? E eu: conversa homi, ai olhei no retrovisor da moto e tava cortado (E01); Mode uma pancada na cabeça que dero, eu não tirei nem os ponto, oia aqui, ói os ponto. Nunca tirei. Foi uma peda que o caba jogou, uma peda neu (E04); Na UPA foi a perna inchada. No postim eu levo até um carão, a mulher diz, muié não precisa ta todo dia tirano a pressão não que tá boa, [...] Ai eu furo o dedo assim, pra vê a diabete. Ai quando eu tô tumano remédio direitim só dá cento e dez, [...] mas quando eu num tô dá uns trezento, modo a cachaça, modo a bebida (E07); Só virada de carro mermo. Ai machucou a coluna, a perna, a cabeça. Ai o caba vai pro hospital, ai depois toma cachaça que melhora. Ai fui no postim faz tempo arrancar um dente, quando precisava ia (E05).

Dentro dos questionamentos elencou-se o modo como os participantes da pesquisa foram recebidos nesses serviços. De forma unânime, todos os entrevistados afirmaram ser bem atendidos como observado nos relatos abaixo:

Rapaz até que eu fui atendido bem, tranquilo (E03); Gostei de lá porque é uma coisa deliciosa, tudo, fiquei lá de boa, fui bem recebido, não fui mal recebido, fui bem recebido, por tudim (E06).

Infelizmente, grande parte dos entrevistados afirmou não ter sido procurado por nenhum profissional do serviço de saúde durante o tempo de permanência na rua, como referido nas exposições a seguir:

Por enquanto não (E02); Lá do postim? não. Nunca vi não, de canto nenhum (E07).

Outro fator importante é o medo ou a dificuldade que muitos indivíduos têm em se reestabelecer fisicamente em situação de rua, uma vez que eles não dispõem de condições básicas, como local para repousar, alimentação adequada, ajuda de um familiar, entre outros, como disposto nos relatos a seguir:

Não, eu não tenho documento tenho nada não, ai como é que o caba vai chegar no hospital sem documento, sem nada? Ainda bem que eu tenho um conhecimento num sabe, os pessoal, os doutor, tudim gosta de mim num sabe? [...] Ai a secretária de lá disse não, você vai ter que ir, nós vamos encaminhar você. A minha sorte foi que ela falou com o menino lá ai pronto, eu fui de moto com o menino lá. Ai deu certo (E01); Tem uma hérnia, (mostra a hérnia) faz tempo que apareceu, eu já fui operado. Ai apareceu de novo, foi o médico disse que ia me operar e tudo mas eu não deixei não, quis não. Porque eu tinha medo, e porque eu ia me operar e ficar no mei da rua ne? (E02).

Discussão

Os achados dessa pesquisa entram em consonância com estudos analisados, em que dos entrevistados 53% eram adultos com a idade entre 25 e 44 anos, a maioria (63,7%) se declarava não branco, ou seja, preto, pardo e indígena, 80% eram do sexo masculino e 30,6% realizavam

trabalhos eventuais, mais conhecidos como “bicos”, enquanto 29% estavam fora do mercado de trabalho⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Sabe-se que viver nas ruas é um desafio constante principalmente no que diz respeito à sobrevivência. A exposição ao frio, às dificuldades de higienização, à instabilidade relacionada à alimentação e, sobretudo, à violência, são fatores que, correlacionados, proporcionam uma maior vulnerabilidade do indivíduo a patologias.

Com isso, existem os componentes sociais e psicológicos, considerados fatores importantes no que diz respeito à saúde da PSR. A falta de pertencimento social, a negação de direitos básicos, a discriminação, o preconceito, a ausência de vínculos afetivos são alguns dos motivos que levam essa população a desenvolver quadros patológicos muitas vezes irreversíveis⁽¹⁷⁾.

Os achados obtidos na Pesquisa Nacional, em consonância com esse estudo, revelam que 27,9% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde. Em contrapartida, um estudo realizado no Mato Grosso do Sul revelou que a maioria dos participantes da pesquisa referiu considerar a sua saúde muito boa ou mediana⁽⁴⁻¹⁷⁾.

Entende-se que, mesmo em situação de vulnerabilidade extrema, a PSR tende a fazer uma avaliação positiva do seu estado de saúde. Isso pode ser justificado partindo do pressuposto de que, para eles, saúde está ligada à capacidade de estar vivo e de resistir às dificuldades enfrentadas no cotidiano das ruas⁽¹⁸⁾.

Nos relatos encontrados, percebe-se que a doença é retratada como um impeditivo de trabalhar e garantir a sobrevivência e que problemas de saúde não incapacitantes se tornam irrelevantes, uma vez que não afetam a busca pelos suprimentos cotidianos.

Para a PSR, a percepção do processo saúde-doença surge a partir de dimensões psicológicas, sociais e comportamentais. É sabido que saúde não é o oposto de doença, no entanto não se pode considerar o processo de adoecimento apenas do ponto de vista físico e objetivo que culmina na produção de um diagnóstico. É preciso compreender a construção social da doença⁽¹⁹⁾.

Partindo da premissa de que o corpo é o único bem dos indivíduos em situação de rua e por isso instrumento indispensável para a garantia de sua sobrevivência, viu-se a necessidade de saber se os participantes da pesquisa utilizavam algum método para prevenir doenças, chegando à conclusão de que, para eles, prevenção não é uma prioridade. Por mais que algumas medidas esporádicas sejam tomadas, esses indivíduos contam na maioria das vezes com a sorte. Mesmo sendo portadores de doenças crônicas que necessitam de acompanhamento, muitos preferem, ou se sentem obrigados a negligenciar, buscando ajuda somente em última instância⁽²⁰⁾.

Essa dimensão acerca do processo saúde-doença também foi visualizada em outros estudos onde a PSR

demonstrava uma certa negligência em cuidar de si, exatamente por experimentar a saúde como o oposto da doença, não compreendendo que estar saudável também inclui enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e entender o que está ocorrendo⁽¹⁶⁾.

Abordar aspectos preventivos com a PSR é algo complexo, exatamente porque na rua não há subsídios básicos para que isso aconteça, como por exemplo, estratégias de higiene acessíveis. É preciso, portanto, garantir o mínimo de cidadania para essa população, para depois responsabilizá-la pelas questões básicas da sua própria existência.

Um estudo afirma, ainda, que sobreviver nas ruas significa acumular uma série de desvantagens que se traduzem em uma maior exposição a situações de risco para a saúde, comportamentos não saudáveis, maior possibilidade de mortalidade e uma baixa expectativa de vida⁽¹⁵⁾.

Quanto à procura pelos serviços de saúde, um estudo revela que 83% da população estudada procurava os serviços de saúde enquanto 17% não recorria a esses serviços⁽²¹⁾. Da mesma forma, uma pesquisa relata que os outros meios de lidar com os problemas de saúde incluíam a espera da remissão espontânea dos sintomas, a ingestão de bebidas alcoólicas para amenizar os incômodos, o que na maioria das vezes se revela como um uso abusivo e dependente, e a busca de conforto na religiosidade⁽¹⁸⁾.

O manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, revela que 43,8% dos entrevistados, quando doentes, procuravam primeiro o hospital/urgência, enquanto 27,4% procuravam os postos de saúde. Em contrapartida, outro estudo realizado em São Paulo mostrou que dois terços dos recenseados procuravam as unidades básicas e apenas 20% buscavam o pronto-socorro. Entre aqueles que não procuravam atendimento, 43% achavam desnecessário e 22% recorriam a automedicação^(6,15).

A existência de um sistema de saúde universal com uma grande ênfase na atenção primária, facilita o uso e acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, de forma proporcional uma menor escolaridade e menor renda são justificativas para uma baixa busca pelas práticas preventivas, uma vez que os aspectos do processo de adoecimentos são diferenciados⁽¹⁵⁾.

Segundo a pesquisa nacional, os problemas mais comuns relatados pela PSR incluíam hipertensão, problema psiquiátrico/mental, HIV/Aids e problemas de visão, divergindo assim dos achados dessa pesquisa⁽⁴⁾. São comuns relatos sobre casos de atropelamento, espancamento, contusões, entre outros motivos que levam à procura de atendimento imediato. Nesses casos, a relação com a unidade de saúde se encerra na alta, não existindo uma longitudinalidade do cuidado⁽²⁰⁾.

Quanto à forma de atendimento nos serviços de saúde, houve uma discrepância entre os achados da pesquisa e os argumentos dispostos em um estudo, em que são descritos episódios de mau atendimento, de negação ao acesso e recusa por parte dos profissionais, incluindo episódios de preconceito, discriminação e negligência com a PSR, que fica cada vez mais à mercê da inabilidade e ineficiência dos serviços públicos^(7,20).

É importante compreender que a opinião atribuída ao atendimento nos equipamentos de saúde pela PSR faz parte de um dos pilares mais subjetivos do acesso que é a aceitabilidade, dimensão na qual estão inclusos fatores sociais, econômicos e culturais que definem o grau de satisfação com o serviço utilizado⁽⁹⁾.

A oferta de serviços pelas equipes de saúde caracteriza o acesso no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde na atenção primária, sendo de suma importância para a garantia de uma assistência integral. Geralmente, a busca ativa pela PSR é feita pelo Agente Comunitário de Saúde que, além de realizar o cadastro individual e domiciliar, deve orientar e informar acerca da rotina e dos serviços ofertados pela Unidade Básica em Saúde⁽²¹⁾.

A Estratégia Saúde da Família, enquanto modelo assistencial, deve manter-se resolutiva e equânime, uma vez que detém a capacidade de criar vínculos, solucionar problemas e reorganizar o uso dos demais níveis de atenção⁽²²⁾.

Estudos afirmam que, muitas vezes, a exigência da comprovação residencial para definir base territorial acaba sendo uma dificuldade, tanto para os profissionais quanto para a PSR. No entanto, é importante saber que no sistema de informação eletrônico e-SUS, as fichas de cadastramento contêm um campo de preenchimento específico para a PSR, reiterando assim a responsabilidade dos profissionais nessa busca efetiva⁽²³⁾.

Percebe-se que o fato de uma parcela expressiva da população entrevistada não possuir documentos como registro geral, CPF e certidão de nascimento restringe ainda mais o acesso aos serviços. Alguns por falta de conhecimento, outros por receio de terem esse direito negado, acabam por não procurar os equipamentos de saúde, mesmo em casos estritamente necessários.

Estudos afirmam que a burocracia elencada na rotina dos serviços de saúde como agendamento de consultas e exigência de documentação dificulta o acesso pela PSR, uma vez que não são levadas em consideração as particularidades desses usuários⁽¹²⁾, que acabam por desacreditar na efetividade dos equipamentos, levando em consideração, também o receio de não conseguirem se recuperar ou se "tratar" no ambiente das ruas⁽¹⁸⁾.

Vê-se, portanto, que esse é um problema antigo e que mesmo com o surgimento e implementação de novas políticas voltadas para esse segmento populacional, ainda

se configura como um impeditivo para a chegada até os serviços. Ademais, o estudo aborda a concepção de saúde de forma dinâmica, a partir da relação estabelecida entre os determinantes e condicionantes relativos ao contexto em que a PSR está inserida.

Conclusão

Através da análise realizada, revelou-se que a PSR percebe a assistência à saúde de uma forma muito subjetiva, não utilizando estratégias de prevenção, fazendo uso inadequado dos serviços de saúde e apoiando-se, na maioria das vezes, em estratégias que garantam a sua sobrevivência a aliviem os problemas causados pelos desafios inerentes a estar na rua.

Revelou-se, também, uma deficiência por parte da Atenção Básica, responsável pela busca ativa e pela inserção da PSR na unidade de saúde. Os profissionais responsáveis pela UBS devem manter um olhar crítico sobre essa população, livre de rótulos e julgamentos. Devem reconhecê-la enquanto sujeitos de direitos, pertencentes ao mesmo espaço territorial e, portanto, dignos de um atendimento de qualidade, resolutivo e equânime, uma vez que o acesso à saúde é garantido constitucionalmente como direito de todos e dever do estado.

Essa premissa não se limita apenas à UBS, mas se estende a todos os serviços considerados porta de entrada da PSR. É preciso que a visão assistencialista e caridosa, por tanto tempo difundida, dê lugar à ótica que coloca o indivíduo em situação de rua como protagonista e não como alguém invisibilizado pela sociedade.

É necessário também que sejam rompidas as barreiras físicas e burocráticas que tanto restringem o acesso dessa população aos serviços de saúde. Realizar busca ativa e cadastramento, repassar orientações e informações sobre horário de funcionamento desses serviços, realizar ações de educação em saúde são algumas das medidas que podem ser tomadas para minimização desse problema.

Percebeu-se que, para além das dificuldades macroestruturais como sucateamento dos serviços e falta de investimento, o que estaria ao alcance dos profissionais é o uso das tecnologias leves, principalmente o diálogo. Enquanto a intersetorialidade e a integralidade dos serviços não forem prioridades, o acesso continuará falho e a PSR permanecerá à mercê de um sistema de saúde universal que não coloca os seus princípios em prática.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que tornaram possível este trabalho, em especial aos entrevistados, que mesmo em meio a tantas adversidades se mostram firmes na luta por uma saúde de qualidade.

Referências

1. Vale AR, Vecchia MD. "Upa é nós aqui mesmo": as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saúde Soc.* 2019;28(1):222-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>
2. Paiva IKSD, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGDO, Saraiva AKDM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(8):2595-606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
3. Hino P, Santos JDO, Rosa ADS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(supl1):732-40. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
4. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [Internet]. Brasília: MDS; 2008 [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/033.pdf>
5. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil: Texto para discussão [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; 2016 [cited 2017 Mar 8]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua [Internet]. Brasília: MS; 2012 [cited 2020 Jul 21]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população em situação de rua: um direito humano [Internet]. Brasília: MS; 2014 [cited 2020 Jul 21]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf
8. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua-Consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saúde Soc.* 2018;27(3):754-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>
9. Tonhá ACM, Souza PRB Júnior, Bezerra ALQ, Santos TAP, Rosso CFW. Access to health services in the southern outskirts of the Brazilian Federal District. *Rev Eletr Enferm.* 2015;17(2):238-46. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.29422>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico de 2015 [Homepage]. [cited 2017 Feb 10]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230550>
11. Valle FAAL, Farah BF, Carneiro N Junior. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde Debate.* 2020;44:182-92. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>

12. Carneiro I Junior, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Carvalho MVG. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saude Soc.* 1998;7(2):47-62. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901998000200005>
13. Minayo MCS. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(1):16-7. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>
14. Governo Federal (BR). Política nacional para inclusão social da população em situação de rua [Internet]. Brasília; 2008 [cited 2020 Jul 21]. Available from: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf
15. Barata RB, Carneiro N, Ribeiro MCSDA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde Sociedade.* 2015;24:219-32. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>
16. Bezerra IHP, Macêdo I Filho, Costa RJLM, Sousa VJ, Carvalho MVG. População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. *Rev Enferm [Internet].* 2015 [cited 2021 May 18];18(1). Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9365/10323>
17. Cervieri NB, Uliana CH, Aratani N, Fiorin PM, Giacon BCC. Access to health services from the perspective of homeless people. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2019;15(4):1-8. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151229>
18. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(1):115-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>
19. Dornelles AE, Silva MB, Gehlen I, Schuch P. O retrato censitário da população adulta em situação de rua em Porto Alegre. In: Schuch P, Gehlen I, Dornelles AE, Silva MB, Broide EE, Broide J, et al., organizadores. *A rua em movimento: Debates acerca da população em situação de rua na cidade de Porto Alegre.* Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil; 2012. p. 43-57.
20. Veras RM, Souza GB, Macedo BTF, Guerra DK. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do Centro Histórico de Salvador, Bahia. *Cad Pesq Interdisc Ci-s Hum-s.* 2014; 15(106):161-78. <https://doi.org/10.5007/1984-8951.2014v15n106p161>
21. Schervinski AC, Merry CN, Evangelista IC, Pacheco, VC. Atenção à saúde da população em situação de rua. *Extensio: Rev Eletr Extensão.* 2017;14(26):55-64. <https://doi.org/10.1590/0102-311X0019691>
22. Hamada RKF, Alves MJM, Hamada HH, Hamada JSF, Valvassori PMD. População em situação de rua: a questão da marginalização social e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Rev APS.* 2018;21(3):461-9. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16041>
23. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Debate.* 2015;39(spe):246-56. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>

Contribuição dos autores

Concepção e planejamento do estudo: Tayrine Huana de Sousa Nascimento, Elka Priscyla Miranda Brito. **Obtenção de dados:** Tayrine Huana de Sousa Nascimento, Marília Batista Sampaio, Adguinoele da Costa Teixeira. **Análise e interpretação dos dados:** Tayrine Huana de Sousa Nascimento, Jomábia Cristina Gonçalves dos Santos, Elka Priscyla Miranda Brito. **Análise estatística:** Tayrine Huana de Sousa Nascimento. **Redação do manuscrito:** Tayrine Huana de Sousa Nascimento, Jomábia Cristina Gonçalves dos Santos, Elka Priscyla Miranda Brito. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Elka Priscyla Miranda Brito, Tayrine Huana de Sousa Nascimento.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 21.07.2020

Aceito: 05.07.2021

Autor correspondente:

Tayrine Huana de Sousa Nascimento

E-mail: tayrine-nascimento@bol.com.br

 <https://orcid.org/0000-0003-0061-2659>

Copyright © 2022 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.