

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCAS ALVES GONTIJO

**ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MUNICÍPIOS SEM
CONSULTÓRIO NA RUA: DO ACESSO AO ENFRENTAMENTO DAS
INIQUIDADES**

**Divinópolis
2023**

LUCAS ALVES GONTIJO

**ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MUNICÍPIOS SEM
CONSULTÓRIO NA RUA: DO ACESSO AO ENFRENTAMENTO DAS
INIQUIDADES**

Dissertação, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), para obtenção do título de Mestre em Ciências.

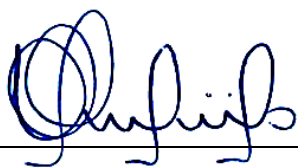
Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão, Organização e Avaliação em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Maria da Fonseca Viegas

**Divinópolis
2023**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:  Data ____ / ____ / ____

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB) e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Gontijo, Lucas Alves.
G641a ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM
MUNICÍPIOS SEM CONSULTÓRIO NA RUA: DO ACESSO AO
ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES / Lucas Alves Gontijo
; orientadora Selma Maria da Fonseca Viegas. --
Divinópolis, 2023.
190 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem) -- Universidade Federal de São João
del Rei, 2023.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Atenção Primária
à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Equidade
em Saúde. I. Viegas, Selma Maria da Fonseca, orient.
II. Título.

Nome: Lucas Alves Gontijo

Título: Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO				
DISCENTE: Lucas Alves Gontijo				
NÍVEL: Mestrado				
DATA DA DEFESA: 28/04/2023		HORÁRIO DE INÍCIO: 14h		
LOCAL: videoconferência				
MEMBROS DA BANCA		FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
NOME COMPLETO	CPF			
Selma Maria da Fonseca Viegas	510.671.966-68	Presidente	Doutora	UFSJ
Marcelo Pedra Martins Machado	011.995.127-45	Titular	Doutor	UNB FIOCRUZ Brasília
Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner	264.793.528-90	Titular	Doutora	FURB
Edilene Aparecida Araújo da Silveira	253892478-25	Suplente	Doutora	UFSJ
TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: "ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MUNICÍPIOS SEM CONSULTÓRIO NA RUA: DO ACESSO AO ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES"				
Em sessão pública, após apresentação da dissertação durante 41 minutos, o mestrando Lucas Alves Gontijo foi arguido oralmente pelos membros da banca durante o período de 68 minutos, tendo a banca chegado ao seguinte resultado: (X) Aprovação. () Reprovação. Para constar, foi lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da banca examinadora. Divinópolis, 28 de abril de 2023. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas Dr. Marcelo Pedra Martins Machado Dra. Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner Dra. Edilene Aparecida Araújo da Silveira				

Quero dedicar esta dissertação à minha orientadora,
Selma Maria da Fonseca Viegas, cuja dedicação
e paciência serviram como pilares de sustentação
para a conclusão deste trabalho.
Agradeço pelas valiosas e incontáveis
horas dedicadas a este estudo.
Gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela minha saúde e força para superar todas as dificuldades enfrentadas até aqui.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGENF), da Universidade Federal de São João del-Rei, *Campus* Centro-Oeste (UFSJ-CCO), que me possibilitou a formação acadêmica diferenciada e de qualidade.

Agradeço às minhas amigas, Edna Mara e Maria Helena, pelo incentivo para entrar no mestrado, possibilitando-me enxergar a Enfermagem por meio da ciência.

À minha orientadora, Selma Maria da Fonseca Viegas, pela competência, disponibilidade, atenção, paciência, valorização de minhas potencialidades e pelo reconhecimento dos meus limites e por sempre acreditar em mim. Sua dedicação me levou ao processo de crescimento pessoal, profissional e de construção do conhecimento científico. Obrigado pela oportunidade de ministrar minha primeira aula para alunos de graduação, experiência inesquecível.

Agradeço à Bruna, aluna de iniciação científica, pela acolhida e trocas ao longo desta caminhada.

A todos os professores e funcionários desta instituição, pela acolhida e por tornar meu sonho que ora se transforma em realidade.

À banca examinadora da Qualificação e da Defesa, pela gentileza, presteza e generosidade com que aceitaram participar deste processo de construção de saberes.

Aos gestores dos municípios de Nova Serrana e Divinópolis, por oportunizar a execução desta pesquisa.

Aos participantes desta pesquisa, que aceitaram participar voluntariamente.

À minha equipe de trabalho da ESF Adão Pinto da Fonseca, com quem pude compartilhar minhas angústias e anseios ao longo deste trajeto.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, incentivo e seus exemplos de sabedoria de vida. Aos meus irmãos, Thiago e Thais, pelos fortes laços que nos unem.

Ao meu namorado, Paulo Michell, pela parceria e compreensão nas vezes que me fiz ausente.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para conclusão deste trabalho.

Muito obrigado a cada um de vocês!

“Penso que não cegamos, penso que estamos cegos...
Cegos que veem, cegos que, vendo, não veem...”.

(José Saramago)

GONTIJO, L. A. Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades. 2023. 190 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2023.

RESUMO

Introdução: a garantia do acesso, da atenção e do cuidado à saúde de pessoas em situação de rua constitui um desafio emergente no campo da saúde pública. É imprescindível a superação das vulnerabilidades e a identificação dos fatores que corroboram para a exclusão institucional, de modo a fortalecer e assegurar a efetivação das políticas públicas voltadas para essas pessoas. A fim de proporcionar o acesso universal, integral e equânime, foi instituída, em 2011, a equipe de Consultório na Rua, com potencial estratégico para articulação intersetorial e prestação da atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua. Destarte, em locais que não possuem tal equipe, essas pessoas precisam ser assistidas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde na área onde elas estão concentradas, com vistas a garantir o acesso universal, o olhar atento às suas necessidades e o cuidado singular. **Objetivo:** compreender o acesso e a equidade na atenção à saúde de pessoas em situação de rua, no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, em municípios sem equipe de Consultório na Rua. **Métodos:** para delineamento deste estudo, foi utilizada a abordagem qualitativa, conduzida pela Teoria Fundamentada nos Dados e o Interacionismo Simbólico. O cenário deste estudo é constituído por dois municípios de porte médio populacional do Centro-Oeste do estado de Minas Gerais, Brasil, os quais não possuíam equipes de Consultório na Rua. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e novembro de 2022 nas unidades de saúde da Atenção Primária, no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e na Casa de Acolhimento. Foram participantes da pesquisa 30 profissionais da Atenção Primária e seis da Rede Socioassistencial. As fontes de evidências foram a entrevista aberta individual e registro em memorandos. **Resultados:** os resultados conferem a categoria central, que deu origem à teoria “Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades”, oriunda de cinco categorias de análise: 1) *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem consultório na rua: acesso e proatividade do profissional*; 2) *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*; 3) *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua na Atenção Primária à Saúde*; 4) *Estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária*; 5) *Na Atenção Primária, o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?* **Considerações finais:** perante a exclusão institucional de pessoas em situação de rua, a Rede Socioassistencial viabiliza o acesso à saúde, pela porta da Atenção Primária, associada à proatividade do profissional para o enfrentamento das iniquidades, mesmo diante de fatores que dificultam a vinculação e o cuidado longitudinal dessas pessoas, como o nomadismo e o imediatismo. Garantir o acesso à saúde com qualidade da atenção e cuidado efetivo e aos direitos fundamentais à vida é respeitar a dignidade da pessoa em situação de rua, sem preconceito e quaisquer discriminações.

Palavras-chave: Pessoas Mal Alojadas; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade em Saúde; Populações Vulneráveis; Pessoal de Saúde; Direito à Saúde; Preconceito; Acolhimento; Assistência Centrada no Paciente; Enfermagem.

GONTIJO, L. A. Attention to people under street situation in municipalities without Office on the Street: access to fighting inequities. 2023. 190p. Dissertation (Master in Health Sciences) – Graduate Program in Nursing, Federal University of São João del-Rei, Divinópolis, 2023.

ABSTRACT

Introduction: ensuring access, care and health care for homeless people is an emerging challenge in the field of public health. It is essential to overcome vulnerabilities and identify the factors that support institutional exclusion, in order to strengthen and ensure the effectiveness of public policies aimed at these people. In order to provide universal, comprehensive and equitable access, the Street Clinic team was established in 2011, with strategic potential for intersectoral coordination and comprehensive health care for homeless people. Thus, in places that do not have such a team, these people need to be assisted by Primary Health Care teams in the area where they are concentrated, in order to ensure universal access, a close look at their needs and singular care. **Objective:** comprehending the access and equity in health care of homeless people, in the daily routine of Primary Health Care, in municipalities without a Street Clinic team. **Methods:** for the design of this study, a qualitative approach was used, conducted by Grounded Theory and Symbolic Interactionism. The scenario of this study consists of two medium-sized municipalities in the Midwest of the State of Minas Gerais, Brazil, which did not have Office teams on the Street. Data collection occurred between January and November 2022 in the Primary Care health units, in the Specialized Reference Center for the Homeless Population and in the Foster Home. Participants were 30 professionals from Primary Care and six from the Social Assistance Network. The sources of evidence were individual open interviews and memos. **Results:** The results confer the central category, which gave rise to the theory "Attention to people in street situations in municipalities without Office on the Street: access to coping with inequities", coming from five categories of analysis: 1) *Attention to homeless people in municipalities without a street clinic: access and proactivity of the professional*; 2) *Exclusion, prejudice and invisibility of homeless people refuting the right to health*; 3) *Equity in coping with inequities: reception of homeless people in Primary Health Care*; 4) *Self-care strategies for homeless people: experiences of Primary Care professionals*; 5) *In Primary Care, the encounter with homeless people: how are they and why did they leave home?* **Final considerations:** faced with the institutional exclusion of homeless people, the Social Assistance Network enables access to health, through the door of Primary Care, associated with the proactivity of the professional to face inequities, factors that hinder the attachment and longitudinal care of these people, such as nomadism and immediacy. Ensuring access to health with quality of care and effective care and fundamental rights to life is to respect the dignity of the person in street situations, without prejudice and any discrimination.

Keywords: Ill-Housed Persons; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Health Equity; Vulnerable Populations; Health Personnel; Right to Health; Prejudice; User Embrace; Patient-Centered Care; Nursing.

GONTIJO, L. A. Atención a las personas en situación de calle en municipios sin Consultorio en la Calle: del acceso al enfrentamiento de las iniquidades. 2023. 190p. Disertación (Maestría en Ciencias de la Salud) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2023.

RESUMEN

Introducción: la garantía del acceso, la atención y el cuidado de la salud de las personas en situación de calle constituye un desafío emergente en el campo de la salud pública. Es imprescindible la superación de las vulnerabilidades y la identificación de los factores que corroboran para la exclusión institucional, de modo a fortalecer y asegurar la efectividad de las políticas públicas volcadas para esas personas. Con el fin de proporcionar el acceso universal, integral y ecuánime, fue instituida, en 2011, el equipo de Consultorio en la Calle, con potencial estratégico para articulación intersectorial y prestación de la atención integral a la salud de personas en situación de calle. Destarte, en lugares que no poseen tal equipo, esas personas necesitan ser asistidas por los equipos de Atención Primaria de Salud en el área donde ellas están concentradas, con vistas a garantizar el acceso universal, la mirada atenta a sus necesidades y el cuidado singular. **Objetivo:** comprender el acceso y la equidad en la atención a la salud de personas en situación de calle, en el cotidiano de la Atención Primaria de Salud, en municipios sin equipo de Consultorio en la Calle. **Métodos:** para delinear este estudio, fue utilizada el enfoque cualitativo, conducido por la Teoría Fundamentada en los Datos y el Interaccionismo Simbólico. El escenario de este estudio es constituido por dos municipios de porte medio poblacional del Centro-Oeste del estado de Minas Gerais, Brasil, los cuales no poseían equipos de Consultorio en la Calle. La recolección de datos tuvo lugar entre enero y noviembre de 2022 en las unidades de salud de la Atención Primaria, en el Centro de Referencia Especializado para Población en Situación de Calle y en la Casa de Acogida. Fueron participantes de la investigación 30 profesionales de la Atención Primaria y seis de la Red Socioasistencial. Las fuentes de evidencia fueron la entrevista abierta individual y el registro en memorandos. **Resultados:** los resultados confieren la categoría central, que dio origen a la teoría "Atención a las personas en situación de calle en municipios sin Consultorio en la Calle: del acceso al enfrentamiento de las iniquidades", oriunda de cinco categorías de análisis: 1) *Atención a las personas en situación de calle en municipios sin consulta en la calle: acceso y proactividad del profesional*; 2) *Exclusión, prejuicio e invisibilidad de personas en situación de calle refutando el derecho a la salud*; 3) *Equidad en el enfrentamiento de las iniquidades: acogida de personas en situación de calle en la Atención Primaria de Salud*; 4) *Estrategias de autocuidado para personas en situación de calle: vivencias de profesionales de la Atención Primaria*; 5) *En la Atención Primaria, el encuentro con las personas en situación de calle: ¿Cómo son y por qué salieron de casa?* **Consideraciones finales:** ante la exclusión institucional de personas en situación de calle, la Red Socioasistencial viabiliza el acceso a la salud, por la puerta de la Atención Primaria, asociada a la proactividad del profesional para el enfrentamiento de las iniquidades, incluso frente a factores que dificultan la vinculación y el cuidado longitudinal de esas personas, como el nomadismo y el inmediateismo. Garantizar el acceso a la salud con calidad de la atención y cuidado efectivo y a los derechos fundamentales a la vida es respetar la dignidad de la persona en situación de calle, sin prejuicios y cualquier discriminación.

Palabras clave: Personas con Mala Vivienda; Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Equidad en Salud; Poblaciones Vulnerables; Personal de Salud; Derecho a la Salud; Prejuicio; Acogimiento; Atención Dirigida al Paciente; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Adaptado do diagrama de fluxo PRISMA 2020	40
Teoria <i>Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades</i> , códigos <i>in vivo</i> , propriedades, subcategorias, categorias de análise e categoria central, 2022	72
Categoria <i>Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: acesso e proatividade profissional</i> , subcategorias e códigos <i>in vivo</i> , dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022	80
Características dos participantes da pesquisa, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022	95
Categoria <i>Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde</i> , subcategorias e códigos <i>in vivo</i> , dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022	96
Categoria <i>Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua</i> , subcategorias e códigos <i>in vivo</i> /propriedades, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022	111
Categoria <i>Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua</i> , códigos <i>in vivo</i> , dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022	127
Categoria <i>Na Atenção Primária, o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?</i> , subcategorias e códigos <i>in vivo</i> , dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022	140

LISTA DE QUADROS

Apresentação dos estudos incluídos de acordo com a referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021	41
Saturação teórica dos códigos <i>in vivo</i> e propriedades- <i>Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades</i> , 2022	64
Formulação das subcategorias e categorias da teoria <i>Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades</i> , 2022	66
Formulação da categoria central <i>Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades</i> , 2022	69

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCM	<i>Collaborative Care/Chronic Model</i>
Centro POP	Centro de Referência Especializado para as Pessoas em Situação de Rua
CEPCO/UFSJ	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do <i>Campus</i> Centro-Oeste da Universidade Federal de São João del-Rei
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COREQ	<i>Condolitated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
eCR	equipe Consultório na Rua
e-Gestor AB	e-Gestor Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation</i>
HSU	<i>Health-Service-Usage</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IS	Interacionismo Simbólico
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESMG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	<i>Theoretical Domains Framework</i>
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	24
3	REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS, DESAFIOS E CUIDADO ÀS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS	26
3.2	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: A RUA, O TERRITÓRIO E A INVISIBILIDADE	27
3.3	O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: PROMOÇÃO DA VIGILÂNCIA À SAÚDE	31
3.4	ACESSO E EQUIDADE	33
3.5	ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SCOPING REVIEW	35
4	MÉTODO	57
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	57
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	59
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	59
4.4	FONTES DE EVIDÊNCIAS	60
4.5	COLETA DE DADOS	61
4.6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	63
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	73
4.8	RISCOS DA PESQUISA	73
5	RESULTADOS	76
5.1	ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MUNICÍPIOS SEM CONSULTÓRIO NA RUA: ACESSO E PROATIVIDADE PROFISSIONAL	76
5.2	EXCLUSÃO, PRECONCEITO E INVISIBILIDADE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA REFUTANDO O DIREITO À SAÚDE	91
5.3	EQUIDADE NO ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES: ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	106
5.4	ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	123
5.5	NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, O ENCONTRO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: COMO SÃO E POR QUE SAÍRAM DE CASA?.....	135
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
	REFERÊNCIAS	156
	APÊNDICES	172
	ANEXOS	177

1 INTRODUÇÃO

Em mais de 30 anos de existência, são reconhecidos os inúmeros avanços e desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua implementação básica, com legislações e políticas instituídas (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018), para garantir o acesso universal, integral e equânime como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A fim de superar as desigualdades intra e inter-regionais assegurando a universalidade do acesso com equidade e integralidade do cuidado, a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) se deu no Brasil, a partir de 1994, pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015). No entanto, mesmo com a expansão significativa da cobertura populacional com a ESF, ainda existem pessoas/grupos/populações que encontram dificuldade de acesso aos serviços básicos relacionados à saúde, como as pessoas em situação de rua (VIEGAS, 2015; VIEGAS *et al.*, 2020).

Acesso à saúde é referido à forma como as pessoas percebem a acessibilidade aos serviços mediante suas necessidades, em um processo dinâmico que pode ser influenciado pelas barreiras oriundas da dimensão geográfica, da organização do trabalho cotidiano, dos serviços e da rede de atenção, da disponibilidade de recursos para a assistência, da organização da demanda cotidiana espontânea, programada e reprimida (CHÁVEZ *et al.*, 2020a; CHÁVEZ *et al.*, 2020b).

A garantia do direito à saúde e do acesso universal dependerá da acessibilidade do usuário, pois ele entra no sistema, mas o acesso aos serviços e ações pode ser dificultado. A reorganização da APS no Brasil, com vistas à universalidade do acesso a ações e serviços de forma integral e equânime desde o primeiro contato, para ordenar, orientar, definir, otimizar a utilização dos recursos disponíveis e garantir o direito social à saúde, objetiva superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS. A garantia de assistência integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores, implica sujeitos ativos e controle participativo de políticas públicas (VIEGAS; PENNA, 2013).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece as diretrizes para a organização da APS/ESF, tendo-a como porta prioritária de entrada no sistema e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A atenção à saúde na APS/ESF deve considerar as especificidades locais, onde existem populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe de APS/ESF enquanto estiverem na área de cobertura populacional, em consonância com os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2017).

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu, de forma descentralizada, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), constituindo-se, dessa forma, uma importante conquista dos direitos das pessoas que vivem em situação de rua no Brasil. Engloba princípios, diretrizes e objetivos para o desenvolvimento e execução de ações que beneficiem essas pessoas, que combatam o preconceito e garantam acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado (BRASIL, 2019). Portanto, essa política é um avanço para a superação da invisibilidade social enfrentada pelas pessoas em situação de rua (VALLE; FARAH, 2020).

As pessoas em situação de rua são comumente estigmatizadas como andarilhas, mendigas, vadias e drogadas, fato que comumente “gera sofrimento, desqualifica o sujeito, mata a subjetividade e ignora as diferenças” (CRUZ; TAQUETTE, 2020, p.644). Apresentam características heterogêneas e são marcadas pelo preconceito, invisibilidade, fome, frio, exclusão e discriminação, frequentemente associados à extrema pobreza, com vínculos familiares interrompidos e/ou fragilizados, utilizando de logradouros públicos para sua morada e sustento, de forma temporária ou permanente, porém alguns pernoitam nas instituições de acolhimento. Com vidas deixadas para trás, sem arranjo familiar tradicional, lutam pela preservação do viver em situação de rua e subsistem ao Estado, uma vez que os censos demográficos não incluem essas pessoas nas contagens oficiais, visto que tais dados são coletados a partir de grupos familiares (BRASIL, 2009; HUNGARO *et al.*, 2020; VIEGAS *et al.*, 2021; CRUZ; TAQUETTE, 2020).

O contingente de pessoas em situação de rua aumenta nas grandes e médias cidades brasileiras. São homens, mulheres, idosos, desempregados, egressos do sistema prisional, pessoas em sofrimento psíquico, migrantes, profissionais do sexo, cidadãos do grupo LGBTQIA+, entre outras pessoas, que são invisibilizadas socialmente (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Considerando dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), um estudo realizado em 2016 apontou a estimativa de cerca de 101.000 pessoas em situação de rua em municípios de grande porte populacional (acima de 100.000 habitantes) no Brasil (NATALINO, 2020). Em 2022, esse número aumentou para 281.472. No período de 2012 a 2022, houve um crescimento de 211%, enquanto o crescimento da população brasileira foi de apenas 11 % (NATALINO, 2023).

A vulnerabilidade dessas pessoas vivendo nas ruas está associada à condição socioeconômica desfavorável, estigma, discriminação e violência, o que colabora com a perda de direitos no que se referem aos contratos sociais, aumentando as barreiras de acesso aos serviços de saúde, assistência social, escola e emprego. Diante disso, é útil entender que a

vulnerabilidade possui amplo enfoque sustentado por três pilares: o individual, relacionado às características genéticas, físicas, psicológicas e intersubjetivas; o social, associado às questões econômicas, de gênero, raça, cultura; e o programático, relacionado ao acesso às políticas, serviços e ações de cuidado. Tais condições de vulnerabilidade reforçam a importância da garantia da atenção e cuidado e a efetivação das políticas públicas voltadas às pessoas em situação de rua. Constitui desafio emergente no campo da saúde a superação das vulnerabilidades (SILVA *et al.*, 2020a), da exclusão institucional das pessoas em situação de rua (VIEGAS *et al.*, 2021) e do reconhecimento de fatores socioculturais, desconstruindo o imaginário de que as relações dessas pessoas se limitam à drogadição e criminalidade (SILVA, *et al.*, 2020a).

A fim de diminuir as iniquidades sociais, foi instituída na Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB e cria as equipes de APS para populações específicas, inclusive a equipe de Consultório na Rua (eCR), com objetivo de ampliar o acesso à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009). Em 2012, por meio da Portaria nº 122/GM/MS, foram definidas equipes multiprofissionais para atendimento a essas pessoas (BRASIL, 2011). Em 2017, foi aprovada a revisão das diretrizes da PNAB, contextualizando o cadastramento da população em situação de rua e alimentando o sistema de informação da APS. Determina os requisitos necessários para o funcionamento da eCR, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel (BRASIL, 2017), com potencial estratégico para se elevar em relação à dignidade e equidade na saúde (VIEGAS *et al.*, 2020).

Importante aludir que as eCR foram implementadas para prestar assistência e ser referência para as pessoas em situação de rua que, historicamente, encontram-se desassistidas. A eCR possibilita o acesso à saúde no território, no contexto real e vivido por essas pessoas, como porta preferencial de entrada no SUS, conforme necessidade singular (VIEGAS *et al.*, 2021). Assegurar o acesso à saúde é direito básico instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), que influencia nos coeficientes de desigualdade social (VARGAS; MACERATA, 2018)

Afinal, mais do que solicitar exames e prescrever medicamentos, os profissionais de saúde precisam estar abertos a dialogar com os usuários do serviço, indo ao encontro dos seus desejos, histórias, angústias e desafios, que são componentes peculiares para a efetivação da assistência e do cuidado integral à saúde. É preciso desconstruir estigmas e preconceitos, para romper com a fragmentação e desumanização do atendimento às pessoas em situação de rua, além de ajudar no empoderamento dessas pessoas, de modo que esses indivíduos se apropriem

de sua autonomia. Portanto, a resolutividade na APS não está relacionada somente com suas tecnologias, recursos instrumentais e conhecimento técnico dos profissionais, mas também com a ação acolhedora, o vínculo estabelecido com o usuário e a construção da relação profissional/usuário, que são condições basilares para a atenção à saúde (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; CRUZ; TAQUETTE, 2020).

Mesmo com a garantia do acesso às pessoas em situação de rua pela criação da eCR, em muitos municípios, essa realidade ainda é muito distante. Dessa forma, a atenção e o cuidado a essas pessoas devem ser garantidos, pelas equipes que atuam na APS, nos territórios onde essas pessoas estão concentradas (BRASIL, 2017), justificando a realização deste trabalho ao abordar as experiências cotidianas de equipes da ESF e APS Tradicional na atenção às pessoas em situação de rua.

Nesse sentido, somente compreender o contexto que envolve as pessoas em situação de rua não é o suficiente e não resolve e/ou diminui as questões que abrangem a desigualdade e a marginalização social. É ostensivo que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e as políticas públicas específicas para atenção a essas pessoas são um marco importante na garantia de direitos. No entanto, ainda não conseguem garantir, às pessoas que vivem nas ruas, a universalidade e equidade no cotidiano dos serviços e das ações de equipes/profissionais da APS/ESF. É considerável a relevância do SUS no enfrentamento das iniquidades sociais e de vulnerabilidades, mas é preciso que os princípios da integralidade, universalidade e equidade sejam garantidos e efetivos na prática da assistência à saúde. Afinal, tratam-se de sujeitos que, com seus corpos marginalizados e desabrigados, tornam-se atores políticos que desvelam a injustiça social, principalmente na acessibilidade aos serviços de saúde, perante o escopo das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, prevenção de riscos e agravos, evidenciando a importância do reconhecimento da pluralidade e complexidade dessas vidas humanas (SILVA *et al.*, 2020a).

Na realidade, o direito à saúde não ocorre ainda de forma equânime para todas as pessoas, principalmente para os grupos em vulnerabilidade, como é o caso das pessoas em situação de rua, que enfrentam diversas iniquidades e violações de direitos (BRASIL, 2017; VIEGAS *et al.*, 2021).

Embora evidenciem ações filantrópicas voltadas às pessoas em situação de rua, o Estado reconhece-os como cidadãos de direitos, mesmo que persistem explícitas situações de violação desses direitos. Com isso, instala-se o desafio para execução das políticas públicas, a fim de efetivar o acesso à saúde em suas dimensões. Considerando os registros históricos de pessoas em situação de rua, ao longo da evolução da humanidade, pode-se identificar que ainda são

incipientes estudos e políticas voltadas para estas pessoas. Também, ainda não existe dimensionamento quantitativo pelo censo oficial, tornando os estudos atuais um desafio, situação que vem inquietando governos, pesquisadores e cidadãos comuns (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, embora a PNPSR venha ao encontro da garantia do acesso aos cuidados à saúde e aos serviços assistenciais, os serviços responsáveis pelas demandas e necessidades dessas pessoas ainda não possuem comunicação eficaz, dificultando o acesso às ações da APS e a garantia da equidade, restando a porta dos serviços de urgência e emergência para atenção à saúde. O acesso pela APS transfigura-se um desafio nos municípios que não possuem a eCR, implicando a necessidade de políticas intersetoriais que atravessem transversalmente as Secretárias de Assistência Social, Saúde, Habitação, Trabalho e Renda na transformação desta realidade (HALLAIS; BARROS, 2015).

Com o início da implementação em 2012, a eCR possibilita a prática itinerante e uma abordagem específica às pessoas em situação de rua, de modo a superar as barreiras de acesso ao cuidado em saúde, articulando as ações de assistência, cuidado, prevenção de riscos, promoção da saúde e redução de danos, conjuntamente às ações intra e intersetorial e de solidariedade. A prática do cuidado no território e em diferentes cenários, junto a essas pessoas, possibilita identificar as potencialidades de operacionalização e compreensão dos diversos problemas vivenciados, para responder às necessidades de saúde singulares (VIEGAS *et al.*, 2021).

Em outubro de 2022, segundo dados extraídos do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica, 189 eCR já estavam homologadas e estão distribuídas em 116 municípios (e-GESTOR, 2022). Essas equipes estão em municípios com mais de 100.000 habitantes e que possuem mais de 80 pessoas em situação de rua, conforme recomendação da Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021, que dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das eCR (BRASIL, 2021).

Nos municípios que não possuem a formulação de eCR, é preciso superar as desigualdades e organização do trabalho das equipes de APS/ESF para ser referência para as pessoas que vivem nas ruas (VIEGAS *et al.*, 2020; VIEGAS *et al.*, 2021). Embora a saúde seja garantida como um direito universal, as pessoas em situação de rua ainda precisam de um olhar atento à adequação dos serviços prestados e organização do cuidado singular (VALLE; FARAH, 2020).

A organização da atenção deve alcançar ações em redes (VIEGAS *et al.*, 2021) para garantir o acesso à pessoa em situação de rua aos cuidados primários, sendo a APS/ESF o centro

comunicador e ordenador da RAS enquanto instrumento de construção do cuidado emancipatório, com capacidade de desconstruir situações de assimetrias de poder e desenvolver um relacionamento transformador que garanta o atendimento na área onde as pessoas em situação de rua estão concentradas (BRASIL, 2017).

Neste sentido, questiona-se: como se dá a atenção e cuidado à saúde de pessoas em situação de rua em municípios de porte médio do centro-oeste de Minas Gerais (MG), considerando o acesso e a equidade no cotidiano de equipes de APS/ESF?

Esta dissertação está descrita em itens, a saber: introdução; objetivos; revisão de literatura que inclui um artigo de *Scoping Review* para identificar o estado da arte sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no âmbito mundial; resultados apresentados em formato de artigos oriundos das cinco categorias de análise; considerações finais; resferências, apêndices e anexos.

2 OBJETIVO GERAL

Compreender o acesso e a equidade na atenção à saúde de pessoas em situação de rua, no cotidiano da APS, em municípios sem eCR.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1 Compreender o acesso à APS de pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua.

2.1.2 Discutir a exclusão, o preconceito e a invisibilidade de pessoas em situação de rua em desacordo ao direito à saúde.

2.1.3 Compreender a equidade e o acolhimento das pessoas em situação de rua no cotidiano da equipe da APS.

2.1.4 Compreender a implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua e as vivências de profissionais da APS.

2.1.5 Analisar o reconhecimento, o contato, o encontro profissional/pessoa em situação de rua no cotidiano da APS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS, DESAFIOS E CUIDADO ÀS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em Alma-Ata, em 1978, a APS foi entendida como atenção essencial à saúde que envolve tecnologias apropriadas e de baixo custo, centrada no usuário-cidadão, cujo acesso deveria ser garantido a todas pessoas em plena participação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2018). Na declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como: “a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2018, p. 579). Nesse sentido, a APS designa-se como o primeiro contato com o sistema de saúde, estando o mais próximo possível das casas das pessoas, no territórios onde elas vivem. Ela deve ser a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de disseminar a assistência sanitária, envolvendo proteção, diagnóstico, tratamento, prevenção de riscos e agravos, promoção da saúde, cura, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Os avanços e a importância da APS/ESF como porta prioritária para ampliação do acesso à saúde evidenciam melhora dos indicadores, maior expectativa de vida das pessoas, acessibilidade e melhor desempenho dos serviços de saúde nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e, principalmente, na redução das iniquidades (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Importante destacar que a Atenção Básica (AB) e a APS, dentro da PNAB, são considerados termos equivalentes (BRASIL, 2017). Enquanto porta de entrada e centro de comunicação da RAS, a APS deve prestar assistência à saúde a todas as pessoas, em suas necessidades e demandas, além de adotar estratégias que minimizem as desigualdades e iniquidades em saúde, a fim de evitar a estigmatização ou discriminação de grupos ou pessoas (BRASIL, 2017).

Assim sendo, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades sociais específicas, como no caso das pessoas em situação de rua, fica a APS responsável pelas singularidades do seu território e possibilitar intervenções e assistência integral à saúde. Desse modo, orienta-se que, em municípios sem eCR, o cuidado integral das pessoas em situação de rua é de responsabilidade das equipes que atuam na APS/ESF, incluindo os profissionais de saúde bucal

e as equipes multiprofissionais (BRASIL, 2017).

3.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: A RUA, O TERRITÓRIO E A INVISIBILIDADE

De indivíduo perigoso no século XIX para pessoa em perigo no final do século XX, assim as pessoas em situação de rua ganharam espaços nas discussões públicas, a fim de debater as questões sociais e territoriais, transformando-as em uma causa humanitária. O fato de viver na rua vem infundindo ações intersetoriais, a fim de superar as iniquidades vivenciadas por essas pessoas, fazendo com que as questões de mendicância e caridade sejam assumidas como compromisso social dentro da agenda governamental, respeitando as políticas sociais dos direitos humanos e contribuindo na construção de cidades inclusivas. São pessoas dignas de serem percebidas, nomeadas, acolhidas e tratadas com respeito, tendo como foco ações diversificadas com vistas a alcançar e envolver diversas áreas, entre elas, a da saúde. As pessoas em situação de rua somente são percebidas quando inquietam moradores ou visitantes da cidade, comerciantes, poder público e gestores, sendo tornadas estorvos indesejáveis, fora de lugar, poluidores do espaço público e urbano, por viverem em logradouros públicos, becos, vias de circulação, passeios, praças, debaixo de viadutos, pontes e marquises, entradas de edifícios, lotes vagos, rodoviárias. Deslocam constantemente em busca de local para dormir ou ficar, alimentação, convívio, higiene pessoal e renda. Frequentam lugar de distribuição de alimentos e roupas, centros de atendimentos públicos diurnos e noturnos (FILGUEIRAS, 2019).

Para compreender o movimento das pessoas em situação de rua, é preciso entender o significado de território: trata-se de um “espaço delimitado, produzido pela sociedade, no qual existem múltiplos objetos geográficos (naturais e construídos), atores sociais – pessoas (indivíduos e grupos) e instituições, relações (fluxos) e poderes diversos” (GONDIM; MONKEN, 2017, p. 22). Nesse sentido, as pessoas vivem em constante processo de territorialização, onde buscam a demarcação de territórios que propiciem construir a identidade, regras e vínculos, trazendo consigo histórias, hábitos, costumes, pertences, projetos, desejos e dúvida, que contribuem (positiva ou negativamente) nesse processo de territorialização (GONDIM; MONKEN, 2017).

A rua é considerada um território multidimensional de poder político, econômico, simbólico, cultural e natural que, para as pessoas em situação de rua, é a sua morada, realizando trabalho informal, construindo relações, transformando e reconfigurando a realidade social em

que vivem. Assim, a rua torna-se, para essas pessoas, a resistência ao mundo social que é produtor de marginalização e políticas públicas deficitárias. Mas é onde pode se construir o território do cuidado e do afeto como forma de superar as dificuldades nas vivências dessas pessoas com poucos recursos e estigmas sofridos. Para elas, a rua é um local acolhedor, e não um local tão ameaçador, pois possibilita o desenvolvimento das relações, da identidade e das organizações sociais. A rua torna-se o lugar de rede de proteção e afetividade, de superação das adversidades da exclusão social, muitas vezes formadas por organizações grupais que possuem regras para convivência no território/espço (SILVA *et al.*, 2020a).

O Brasil não realiza contagem oficial das pessoas em situação de rua. Tal fato possibilita uma tendência à subestimação do fenômeno, dificultando a formulação de políticas públicas eficazes e efetivas. Segundo o IPEA, até o momento, a estimativa do número de pessoas em situação de rua tem sido realizada por meio de pesquisa que envolve compilação, análise e modelagem de estatísticas de dados gerados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Cadastro Único dos 5.570 municípios brasileiros. O aumento estimado de pessoas em situação de rua entre setembro de 2012 e março de 2020 foi de 140%, aproximadamente 221.869 pessoas, conforme a Nota Técnica Estimativa da População em Situação de Rua. Evidenciou-se uma crescente aceleração no primeiro trimestre de 2020, ao adentrar a pandemia do novo coronavírus, SARS-CoV-2, aumentando o quantitativo de cadastros das pessoas em situação de rua. A Região Sudeste possui mais da metade desta população, com 124.698 pessoas vivendo na rua. Com movimentos predominantemente urbanos, as maiores taxas de crescimento se encontram em grandes municípios, porém evidenciou-se que, em 2020, 18,5% deles se encontram em municípios de pequeno e médio portes populacionais, reforçando a importância de repensar as políticas públicas para as pessoas em situação de rua nessas localizações (NATALINO, 2020).

Devido à escassez de dados atualizados sobre as pessoas em situação de rua, alguns municípios, como Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal, realizaram levantamentos sobre esse público, a fim de produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores, de modo a aprimorar as políticas públicas em prol dessas pessoas.

No censo realizado no município do Rio de Janeiro, em 2020, foi identificado um total de 7.272 pessoas em situação de rua, a maioria do sexo masculino (80,7%) com a média de idade de 39,5 anos. Do total, 76,1% consideravam-se de cor preta ou parda. Os motivos mais relevantes que levaram a ida às ruas se relacionavam a conflitos familiares (44,6%), alcoolismo e/ou uso de drogas (17,7%) e perda de renda (14,6%). Quanto à fonte de renda, 59,9% obtinham-na na informalidade. No que se refere à condição de saúde, as principais comorbidades

citadas foram a hipertensão arterial (14,5%), ferimento, traumas e/ou fraturas (10,55%) e transtorno mental (8,03%), tendo como porta preferencial de acesso à saúde a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (36,1%), seguida pela clínica da família/postos de saúde (33,4%), hospital (14,0%) e eCR (1,2%). Outro dado relevante diz respeito ao uso de drogas, pois 83,1% fazem uso de pelo menos uma substância, sendo que 63,6% deles faziam o uso do tabaco, 54,0%, do álcool, 36,4%, da maconha, 20,1%, do crack, e 29,5%, da cocaína. Ao perguntar sobre o que precisavam para sair das ruas, 42,8% fizeram menção ao trabalho, 16,0%, à moradia, 7,1%, ao dinheiro (RIO DE JANEIRO, 2020).

Na cidade de São Paulo, a pesquisa censitária realizada em 2021 teve como foco principal as condições de trabalho, de moradia e de atendimento. Em 2000, a cidade contava com 83 pessoas em situação de rua para cada 100.000 pessoas; em 2021, esse valor saltou para 257 pessoas para cada 100.000; de 2019 para 2021, houve um crescimento exponencial de 31%. A pesquisa recenseou 31.884 pessoas em situação de rua. Dentre os principais motivos que levaram essas pessoas para as ruas, evidenciam-se os conflitos familiares (34,7%), seguido pela perda de trabalho/renda (28,4%) e a dependência de drogas ilícitas (16,6%). Quanto ao tempo de situação de rua, 42,2% dessas pessoas estavam nesta situação a menos de 2 anos, enquanto que, 37,3%, a mais de 5 anos. No tocante à renda, os principais achados destacaram que 42,8% deles estavam sem trabalho, com 33,9% vivendo de bicos e 16,7% trabalhando por conta própria. Ao investigar o acesso aos serviços públicos nos últimos 6 meses, evidenciou-se que 46,1% foram atendidos nos Centros de Acolhimentos, 39,9% pelo serviços de Assistência Médica Ambulatorial, 38% na APS, 24,3% em Centro POP ou Centro de Convivência, 17% na UPA, 16,7% pelas eCR e 7,5% pelo Serviços Especializados de Abordagem Social (SEAS). Quanto ao perfil dos entrevistados, 80,7% eram homens, 69,8% consideravam negros, 25% eram brancos e 5,2%, outros. Considerando a condição de saúde, 47,5% declararam ter alguma doença, com maior prevalência a hipertensão arterial (14,9%), seguida de dores crônicas (9,7%), diabetes (6%) e depressão (6,3%). Evidenciou-se que 19% dessas pessoas possuíam alguma deficiência. Quanto ao uso de substâncias, 81,5% faziam uso de álcool, tabaco ou outras drogas. Quanto aos motivos para sair das ruas, as principais respostas fizeram menção à habitação (26,0%), trabalho (39,5%), tratamentos de uso abusivo de substâncias (7,7%) (SÃO PAULO, 2022).

O Distrito Federal apresenta dados semelhantes aos do Rio de Janeiro e de São Paulo. O censo realizado em 2022 divulgou um total de 2.938 em situação de rua, sendo que 932 (31,7%) encontravam em serviço de acolhimento, e 91 (3,1%), em comunidades terapêuticas. Quanto à distribuição da população por sexo, 79,9% era do sexo masculino, 19,1%, do sexo

feminino, e 0,9%, não identificado. Quanto à sexualidade, 4,5% responderam ser do grupo LGBTQIA+, e a idade a média foi de 37,1 anos. 71,1% revelaram-se negros, 14,7%, brancos e 11,6%, indígenas, e 87,0% não possuem domicílio. Ao avaliar o tempo de situação de rua, estimou-se que 24% estavam em situação de rua a menos de 1 ano, enquanto 46,3% estavam nesta situação a mais de 5 anos. Sobre o recebimento de benefícios governamentais, 45,7% recebem algum tipo de benefício, sendo que, desses, a maioria (83,4%) é do Auxílio Brasil. Sobre o vínculo estabelecido no dia a dia nas ruas, 36,8% dos entrevistados alegam viver sozinhos, e 22,5% deles afirmaram cuidar de alguém com menos de 18 anos de idade, na sua maioria (81,3%) filho ou enteado. Quando à fonte de renda, 33,6% tinham como principal atividade a coleta de materiais recicláveis; 15,2% cuidavam de ou lavavam carros; 13,9% mendigaram/pediram dinheiro, entre outros. Relativo ao vínculo de trabalho, 74,7% eram autônomos e somente 0,7% possuíam carteira assinada. Referente às condições de saúde, os dados apresentados se opõem aos demais municípios apresentados, visto que 37,7% dos entrevistados apresentaram transtornos mentais nos últimos 12 meses, seguido pelos problemas de saúde bucal (35,7%), dores crônicas (28,7%), hipertensão arterial (22,7%), diabetes (9%), entre outros. Ao explorar a acessibilidade aos serviços de saúde, 42,0% procuram a APS, 32,7%, o hospital/pronto atendimento, 11,7%, a UPA, e 5,7%, as eCR. Quanto ao uso de entorpecentes, a maior parte (72,2%) faz uso de cigarro/tabaco, seguido pelo álcool (66,0%), crack (36,8%), maconha (34,9%), cocaína (18,2%) e outras substâncias. O censo avaliou ainda as percepções das pessoas em situação de rua quanto aos pontos positivos de estar nas ruas, evidenciando-se que 55,7% alegam não ter ponto positivo. Em contrapartida, ao investigar os pontos negativos, 40,7% destacaram o medo e a insegurança, 18,7%, a discriminação, 18,0%, a chuva e o frio, entre outros. Ao indagar sobre viver de outra forma, 74,0% sempre se imaginam vivendo em outra situação e que, para isso, precisam principalmente de emprego e renda (62,3%) (DISTRITO FEDERAL, 2022).

Concebidas pelas representações sociais como abandonadas, passivas e impotentes, as pessoas em situação de rua atravessam o percurso da invisibilidade com a desigualdade de existência, a precariedade da proteção social do Estado e, frequentemente, associadas à drogadição, criminalidade, violência, sujeira e doença. É ainda negado a elas “o direito à cidade” (PIMENTA, 2019, p. 85), quando gestores, comerciantes e sociedade passam a impedir a permanência dessas pessoas nas calçadas em frente às lojas e bancos, fechando ruas sem saídas, implantando obstáculos em lugares utilizados para habitação, perambulação, permanência ou outra forma de existência social (PIMENTA, 2019).

O insuficiente investimento em ações de inclusão e efetivação das políticas públicas

direcionadas às pessoas em situação de rua reforça o quanto a invisibilidade ainda persiste na atualidade, visto que a inacessibilidade às ações de cuidado à saúde, principalmente em municípios que não possuem a eCR, afeta diretamente a assistência a problemas de saúde agudizados que são sensíveis às equipes APS/ESF, como a tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (IST), hepatites virais, doenças dermatológicas, além dos transtornos em saúde mental, sem esquecer das violações e invisibilidades vivenciadas pelas condições insalubres de moradia, alimentação e higiene. Essa invisibilidade dos direitos fundamentais à vida revela a exclusão social, as iniquidades, principalmente as de acesso às ações de promoção e recuperação da saúde. O desafio vai além da garantia do acesso, da universalidade e equidade, mas também da qualidade no serviço ofertado (HALLAIS; BARROS, 2015).

A invisibilidade vai além dos direitos violados, seja pela falta do documento de identificação ou pela falta de acessibilidade ao trabalho, educação, saúde e habitação, materializando-se também nas indiferenças sofridas nas ruas, seja no olhar desviado ou de quem desvia por medo, na recusa da escuta ou por um aperto de mão negado, na neutralidade de não atentar para quem clama por moeda ou um prato de comida. Essa brutal desvantagem desvela os mais diversos processos de estigmatização, sendo sua história invisibilizada e invalidada pela sociedade (SILVA JUNIOR; BELLOC, 2018).

Na área da saúde, o atendimento às pessoas em situação de rua vem sendo ofertado, ao longo das últimas décadas, por meio de ações higienistas e assistencialistas, não reconhecendo e compreendendo a rua como um território cultural de poder e identidade, associando as pessoas vivendo nas ruas ao crime ou a sinônimo de doença e à dependência de drogas, onde a única solução seria a reabilitação com abstinência total, a fim de alcançar o valor ético e moral. No entanto, é preciso sublinhar que o uso de drogas está associado à existência da subjetividade, desejos e identidades, não podendo ser avaliado o seu efeito puramente biológico. No cenário envolvendo as pessoas em situação de rua, é altamente perceptível cenas abertas com tráfico e consumo de drogas, com amplitude importante para o crack. Essas cenas, por agregar o consumo abusivo, aumentam a condição de vulnerabilidade e de insegurança. Porém, é preciso considerar o uso de drogas como causa multifatorial e de atenção interdisciplinar (SILVA *et al.*, 2020a).

3.3 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

Desde a criação do SUS, inúmeras foram as transformações para que o sistema de saúde se consolidasse como universal e de qualidade. Com ações descentralizadas visando à qualidade da atenção, conforme as especificidades locorregionais, a gestão para vigilância em saúde consolida-se como ferramenta de planejamento e implementação de medidas no controle de doenças e riscos epidemiológicos, de modo que as ações antecipem as possíveis situações inusitadas, como os surtos e epidemias, e possibilite ações oportunas e adequadas com o intuito de proteger a saúde da população (OKUMOTO; BRITO; GARCIA, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

O Estado tem papel fundamental na promoção da saúde, regulação do sistema e na democratização do acesso à saúde, particularmente na reestruturação dos serviços, de modo que garanta a universalidade de acesso, igualdade na assistência, livre de privilégio e preconceitos, integralidade, equidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, como instituíram as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (VIACAVA *et al.*, 2018).

Vale ressaltar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, revisada em 2014 e 2017, reiterando que todas as pessoas têm direito à saúde física e mental, na sua integralidade e necessidade. A rede intrasetorial e intersetorial amplia a potencialidade de integração com a proteção social e viabiliza a participação e controle social, para a construção de ações que melhorem as condições e modos de viver das pessoas em situação de rua, amenizando as injustas e evitáveis desigualdades sociais (VIEGAS *et al.*, 2021).

A promoção da saúde vem como estratégia organizacional para inverter a condição da assistência biomédica fragmentada e buscar por estratégias de produção da saúde individual e coletiva com articulação de políticas públicas abrangentes, segundo as necessidades sociais e de saúde. Promover saúde implica a construção de possibilidades que envolvam as mudanças de comportamento, com proatividade de cada um, conferindo a autonomia e empoderamento mediante as histórias de vida, os desejos e crenças, restringindo a comunicação autoritária que só considera o saber técnico-científico (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017).

O cuidado às pessoas em situação de rua tem sido um grande desafio para o Estado na construção e efetivação de políticas públicas, mesmo sendo políticas descentralizadas. Essas pessoas enfrentam dificuldades de acessar os serviços de saúde, deparando-se com barreiras impostas pelas equipes e pela rede intersetorial (BORYSOW; MOTA; FURTADO, 2020).

A PNPSR apresenta possibilidades de avanço significativo na superação da invisibilidade social das pessoas em situação de rua, instituindo diretrizes importantes para suas necessidades, que envolvem o trabalho, o desenvolvimento urbano, a assistência social, a educação, a segurança alimentar e nutricional, a cultura e a saúde. Porém, o acesso às ações de

prevenção de doenças e promoção da saúde, essenciais para qualidade de vida, ainda apresenta barreiras (VALLE; FARAH, 2020).

Para que ocorra o cuidado de pessoas que vivem nas ruas, em suas dimensões e no escopo das ações em saúde, é necessário que o trabalho e a relação entre equipes e com o ser cuidado rompam o estigma e os preconceitos (SILVA JUNIOR; BELLOC, 2018).

Nessa perspectiva, para garantir as práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, é preciso assegurar a APS/ESF como importante instrumento de reconhecimento do território, pois possibilita identificar na comunidade as singularidades espaciais e as dinâmicas sociais. Além disso, favorece o entendimento do processo saúde-doença naquele território; a compreensão dos determinantes sociais da saúde; a identificação das formas de uso do território que potencializam a capacidade operacional do serviço de saúde; a organização dos serviços para enfrentamento de problemas e das necessidades da população; a definição das ações de cuidado da população daquele território. Dessa forma, garante a efetivação da universalidade, equidade, e integralidade do cuidado à saúde de forma descentralizada, resolutiva e à luz do controle social. Portanto, a territorialização possibilita a tomada de decisões das equipes de saúde, de forma a agir na perspectiva de melhoria das condições de vida e o estado de saúde no âmbito individual e coletivo dos usuários adstritos (BRASIL, 2017; GONDIM; MONKEN, 2017).

As pessoas em situação de rua têm como porta preferencial de acesso as unidades de urgência e emergência, determinando que o acesso à APS/ESF é limitado, impactando sobre o comparecimento aos serviços de saúde já com acometimento de doenças crônicas agudizadas e sem acompanhamento, o que prejudica significativamente a vivência na rua e o seu sustento. Como porta prioritária, a APS/ESF deve viabilizar ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, além de contribuir com a adesão ao tratamento das doenças crônicas e agudas (VALLE; FARAH, 2020).

Isso posto, é essencial refletir sobre as políticas públicas e sua efetividade. Afinal, para alcançar o direito à saúde, a garantia dos direitos humanos fundamentais e a justiça social das pessoas em situação de rua, são necessárias transformações profundas no campo da saúde. Ações integradas e em rede intra e intersetorial devem ser concretizadas para minimização dos riscos e danos em que estão expostas essas pessoas. É imprescindível superar a exclusão social e, efetivamente, promover a saúde das pessoas em situação de rua, mesmo que em circunstâncias desfavoráveis para sua implementação (VIEGAS *et al.*, 2021).

3.4 ACESSO E EQUIDADE

A equidade é atributo primordial na assistência à saúde, principalmente quando opera como fator de proteção aos efeitos desfavoráveis da crise financeira global acentuada, que afeta a saúde das populações. As iniquidades em saúde agravam a saúde dos grupos que, historicamente, já se encontram em desvantagem social, como é o caso das pessoas em situação de rua. Portanto, a equidade precisa ser compreendida verticalmente como a distribuição desigual entre as pessoas com necessidades distintas e, horizontalmente, ao tratamento igualitário àqueles que são iguais em suas necessidades de saúde (SCHENKMAN; BOUSQUAT, 2019), de modo a superar as injustiças resultantes de desigualdades sociais (CRUZ; TAQUETTE, 2020).

O acesso aos serviços de saúde evoluiu, significativamente, nos mais de 30 anos de existência do SUS, especialmente na ampliação da oferta, na disponibilização de profissionais de saúde vinculados à APS/ESF, pela expansão dos cuidados primários desde 1994. Porém, seus desafios apresentam-se cada vez mais importantes, quando se faz referência à prestação de serviço pela rede público-privada, às desigualdades regionais e ao subfinanciamento. Mesmo assim, a ampliação do acesso foi significativa, todavia a análise do acesso indica que são necessárias outras abordagens na dimensão de desempenho do SUS, como na adequação, continuidade, aceitabilidade, efetividade, eficiência, segurança e respeito aos direitos dos usuários (VIACAVA *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2021).

A PNPSR permitiu construir ações que desmistificasse essa invisibilidade sofrida pelas pessoas em situação de rua. Com isso, intervenções a nível federal, estadual e municipal vêm sendo construídas e implementadas, de modo a garantir seus direitos fundamentais. As redes de serviços dispostas, em algumas cidades, vão de serviços de acolhimento institucional, como abrigos, casa de passagem e albergues, os Centros POP (Centro de Referência Especializado para as Pessoas em Situação de Rua), os atendimentos prestados pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, na área da saúde, as eCR e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Contudo, como elucidado, tal realidade não se faz presente em todos os municípios, necessitando de ações intra e intersetoriais, a fim superar a complexidade das demandas apresentadas pelas pessoas em situação de rua (VALE; VECCHIA, 2019).

A APS é uma importante ferramenta na superação das barreiras da acessibilidade no SUS, atuando na coordenação do cuidado e promovendo atenção à saúde de forma integral, horizontalizada e em tempo oportuno (ALMEIDA *et al.*, 2018). Para tanto, é preciso fortalecer a APS, de modo que consolide e assegure a equidade, a acessibilidade, a eficiência clínica e

sanitária e a integração do cuidado em rede (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Ampliando as evidências quanto às barreiras de acesso e equidade, um estudo reporta a Pesquisa Nacional Sobre as Pessoas em Situação de Rua, realizada em 2009, apontando que 18% dessa população enfrentava barreira no que concerne à acessibilidade aos serviços de saúde e que a rua é concebida tanto como causa quanto como consequência para os problemas de saúde, intensificando as comorbidades existentes e violando o direito de acesso à saúde (VALE; VECCHIA, 2019).

Portanto, as desigualdades de acesso aos serviços constituem desafios na atualidade, visto que as pessoas que se encontram frágeis, incapacitadas e/ou em situação de vulnerabilidade social são as que mais necessitam e demandam cuidado, carecendo de maior frequência de atendimento de saúde. Nesse sentido, a APS/ESF, em sua construção histórica, apresenta-se como ferramenta primordial no enfrentamento das iniquidades em saúde, constituindo-se potente porta do SUS para organização e prestação do cuidado às pessoas em situação de rua, promovendo a equidade em saúde, facilitando o acesso, com qualidade e continuidade da atenção (BRASIL, 2017; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

3.5 ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: *SCOPING REVIEW*

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar o estado da arte sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Adotou-se o método de *scoping review*, proposto Joanna Briggs Institute (JBI), e foi utilizado o *checklist* do PRISMA *Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) para maior transparência metodológica e rigor na apresentação dos resultados. A busca em bases de dados ocorreu em outubro de 2021, incluindo a PubMed, LILACS, Scopus, *Cochrane Central*, *Web of Science* e CINAHL. Foram encontrados 21.940 artigos nas seis bases de dados, desses, 31 artigos constituíram a amostra final deste estudo. Esta revisão corroborou que a atenção à saúde de pessoas em situação de rua é um desafio à saúde pública e requer mais investimentos profissionais e de políticas transversais. Como as necessidades de saúde dessas pessoas têm uma configuração diferente e clamam por atenção imediata, constitui-se um desafio a construção do vínculo e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, considerando os aspectos multifatoriais e multifacetados que envolvem as pessoas em situação de rua.

Descritores: Pessoas Mal Alojadas; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the state of the art on the health care of homeless persons in the daily life of Primary Health Care. The scoping review method proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) was adopted, and the PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) checklist was used for greater methodological transparency and rigor in the presentation of results. The database search took place in October 2021, including PubMed, LILACS, Scopus, Cochrane Central, Web of Science and CINAHL. A total of 21,940 articles were found in the six databases, of which 31 articles constituted the final sample of this study. This review corroborated that the health care of homeless persons is a public health challenge and requires more professional investment and cross-cutting policies. As the health needs of these people have a different configuration and call for immediate attention, building a bond and developing health promotion actions is a challenge, considering the multifactorial and multifaceted aspects that involve homeless persons.

Descriptors: Homeless Persons; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Services Accessibility; Health Equity.

INTRODUÇÃO

As disparidades na saúde vivenciadas pelas pessoas em situação de rua permanecem expressivas, visto que as barreiras no acesso aos cuidados de atenção primária influenciam diretamente a equidade e podem agravar os problemas de saúde vivenciados por estas pessoas, por meio do diagnóstico e tratamento oportuno¹. A falta de moradia e a pobreza constituem características significativas para experiências negativas na acessibilidade, estando associadas, principalmente, a atitudes de preconceitos para com as pessoas em situação de rua².

Um estudo realizado no Reino Unido, evidenciou que as desigualdades são significativas entre as pessoas que vivem nas ruas e a população em geral, incluem taxas de mortalidade mais alta, menor probabilidade de serem cadastrados e acompanhados em uma unidade de cuidados primários convencionais e maior propensão a procurar atendimento de urgência e emergência. Essas circunstâncias apontam fragilidades na capacidade da Atenção Primária à Saúde (APS) atender pessoas que se encontram em situação de rua¹.

Para mudança deste cenário, faz-se necessário explorar os motivos que distanciam as pessoas em situação de rua dos serviços de cuidados primários, visto que é um serviço

essencialmente importante na continuidade do cuidado¹. Eles qualificam o tratamento, disponibilizam acomodações, garantem acessibilidade, articulam programações flexíveis, desenvolvem ações intersetoriais e serviços integrados, de modo a minimizar a fragmentação do cuidado e encaminhamentos desnecessários².

Ainda são deficitárias as ações voltadas às pessoas em situação de rua, o que reforça a necessidade da atenção à saúde integral a essas pessoas, por enfrentarem diversos limites que dificultam a continuidade e adesão ao tratamento e ações propostas, corroborando com a crescente mortalidade entre os desabrigados, até mesmo em nações que oferecem amparo integral³.

As ações de cuidado da equipe da APS, no território onde as pessoas em situação de rua vivem, possibilitam o fortalecimento do vínculo, respostas mais resolutivas às demandas reprimidas que, conseqüentemente, se não atendidas, evoluem para condições críticas⁴.

Ademais, há a necessidade de assistência acolhedora na APS para os desabrigados, já que esta potencializa a interação entre a pessoa e a equipe, possibilitando maior incentivo à continuidade do cuidado⁵.

Diante da relevância da temática em estudo e do seu impacto na qualidade de vida das pessoas em situação de rua, justifica-se a realização desta *scoping review*, com o objetivo de identificar o estado da arte sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da APS.

MÉTODO

De modo a identificar as evidências disponíveis, adotou-se o método proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI).

A revisão de escopo é utilizada como método capaz de gerar hipóteses e expandir a visão geral das evidências sobre determinado assunto, auxiliando o pesquisador na exploração das áreas emergentes, no esclarecimento de conceitos e na identificação de lacunas de conhecimento, além de recomendar a revisão sistemática futura⁶.

Segundo o *Manual for Evidence Synthesis*⁷, publicado em 2020 pelo JBI, as principais razões para conduzir uma revisão de escopo perpassam pela exploração, ampliação ou extensão da literatura, mapeamento e síntese das evidências, e expansão de caminhos para futuras pesquisas. Neste sentido, esta pesquisa propõe mapear as evidências da atenção à saúde das pessoas em situação de rua na APS. Foi utilizado o *checklist* do *PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁸, para maior transparência metodológica e rigor na apresentação dos resultados, sendo o protocolo registrado no banco de dados *Open Science Framework*

(<https://osf.io/ub3zx/>), link <https://osf.io/wxkfp/settings/#createVolsAnchor>.

A busca em bases de dados ocorreu em outubro de 2021 na PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus, *Cochrane Central*, *Web of Science* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). O acesso aos artigos se deu pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

A formulação de busca foi construída pela estratégia mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto). Para este estudo, a população (P) foi definida pelos profissionais da APS e pelas pessoas em situação de rua atendidas nos serviços de APS, o conceito (C), considerando a atenção à saúde das pessoas em situação de rua, e o contexto (C), considerando a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no âmbito da APS. Foram utilizados os descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e CINAHL *Headings*, sendo checados em busca preliminar na PubMed no idioma inglês. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca envolvendo os descritores e operadores booleanos: '*Homeless Persons*' AND '*Primary Health Care*' OR '*Family Health Strategy*' AND '*Health Personnel*' OR '*Health Services Accessibility*' OR '*Delivery of Health Care*' OR '*Comprehensive Health Care*' OR '*Health Equity*'.

O recorte temporal foi definido com estudos publicados a partir do ano de 2009 até 2021, justificado pelo estabelecimento da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua no Brasil, institucionalizado pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009⁹, importante conquista dos direitos das pessoas que vivem em situação de rua neste país. Foram incluídos os estudos publicados na íntegra, disponíveis de maneira livre, nos idiomas inglês, espanhol e português, que abordam sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua considerando o contexto da APS. Foram excluídos editoriais, resenhas, cartas, relatos de experiência, ensaios teóricos, dissertações, teses, revisões narrativas e integrativas.

A seleção dos artigos ocorreu de forma independente, porém simultaneamente por dois revisores, de modo a garantir a fidedignidade da busca e minimizar os possíveis vieses de seleção. Os artigos previamente selecionados foram adicionados ao *software Rayyan Systems*¹⁰ (<http://rayyan.qcri.org>). A partir de critérios de elegibilidade supracitados, os revisores realizaram a leitura de títulos e resumos e, concomitantemente, a triagem de forma independente e às cegas. A detecção de duplicatas e sua exclusão foi realizada pelos revisores durante a triagem dos estudos. Ao final da seleção inicial, os conflitos de decisões de inclusão foram resolvidos por juízo de um terceiro revisor e, posteriormente, iniciada a leitura na íntegra dos artigos e seleção final com a extração de dados de 31 artigos. Os estudos excluídos na etapa de

avaliação da elegibilidade ocorreram pelo fato de não atenderem ao objetivo proposto e à indisponibilidade da versão publicada na íntegra. Para avaliação do nível de evidência dos estudos selecionados, foi utilizado o método *Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation* (GRADE).

O sistema GRADE é uma ferramenta de classificação de um corpo de evidências em revisões sistemáticas, com abordagem simples e transparente, levando em consideração a qualidade das evidências e o desenvolvimento de recomendações de cuidado em saúde. Previamente, são selecionados os resultados de interesse, classificando-os quanto à sua importância, às evidências disponíveis e considerações de valores para chegar às recomendações. Após, os dados relevantes são associados a uma medida de incerteza, sendo avaliada a qualidade da evidência para cada resultado em todos os estudos, sendo esses classificados de acordo com a abordagem GRADE, que inclui cinco fatores, que podem levar a uma classificação inferior de qualidade da evidência, e três fatores, que podem levar a uma classificação superior. Então, após esse processo, é realizada uma tabela de evidências onde são apresentados os resultados e a qualidade da evidência, que pode ser classificada como alta, moderada, baixa e muito baixa, sendo alta evidência aquele estudo que apresenta dados muito confiáveis e muito baixa aquele que apresenta pouca confiança na estimativa de efeito¹¹.

A síntese da extração dos dados está apresentada no Quadro 1, descrita pelos itens: autor; ano de publicação; título do artigo; desenho do estudo; base de dados; nível de evidência; tipo de amostra (profissionais de saúde e/ou pessoas em situação de rua); objetivo(s); e principais conclusões/considerações finais.

RESULTADOS

A Figura 1 apresenta os estudos recuperados (21.940) nas bases de dados, sendo que 1.722 encontravam-se duplicados, sendo considerados uma única vez. Na triagem, foram avaliados às cegas os títulos e resumos de 20.218 estudos, sendo selecionados 155 deles por atenderem aos critérios de inclusão. Após avaliação das discordâncias entre os revisores, o terceiro revisor constatou que 35 estudos não atendiam aos critérios de elegibilidade, resultando em 120 estudos para leitura na íntegra, sendo que, após leitura minuciosa, 89 não atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos no protocolo, seja por indisponibilidade do estudo na íntegra (n=12) ou pelo fato de não atender ao objetivo da pesquisa (n=77). Deste modo, 31 artigos constituíram a amostra final deste estudo.

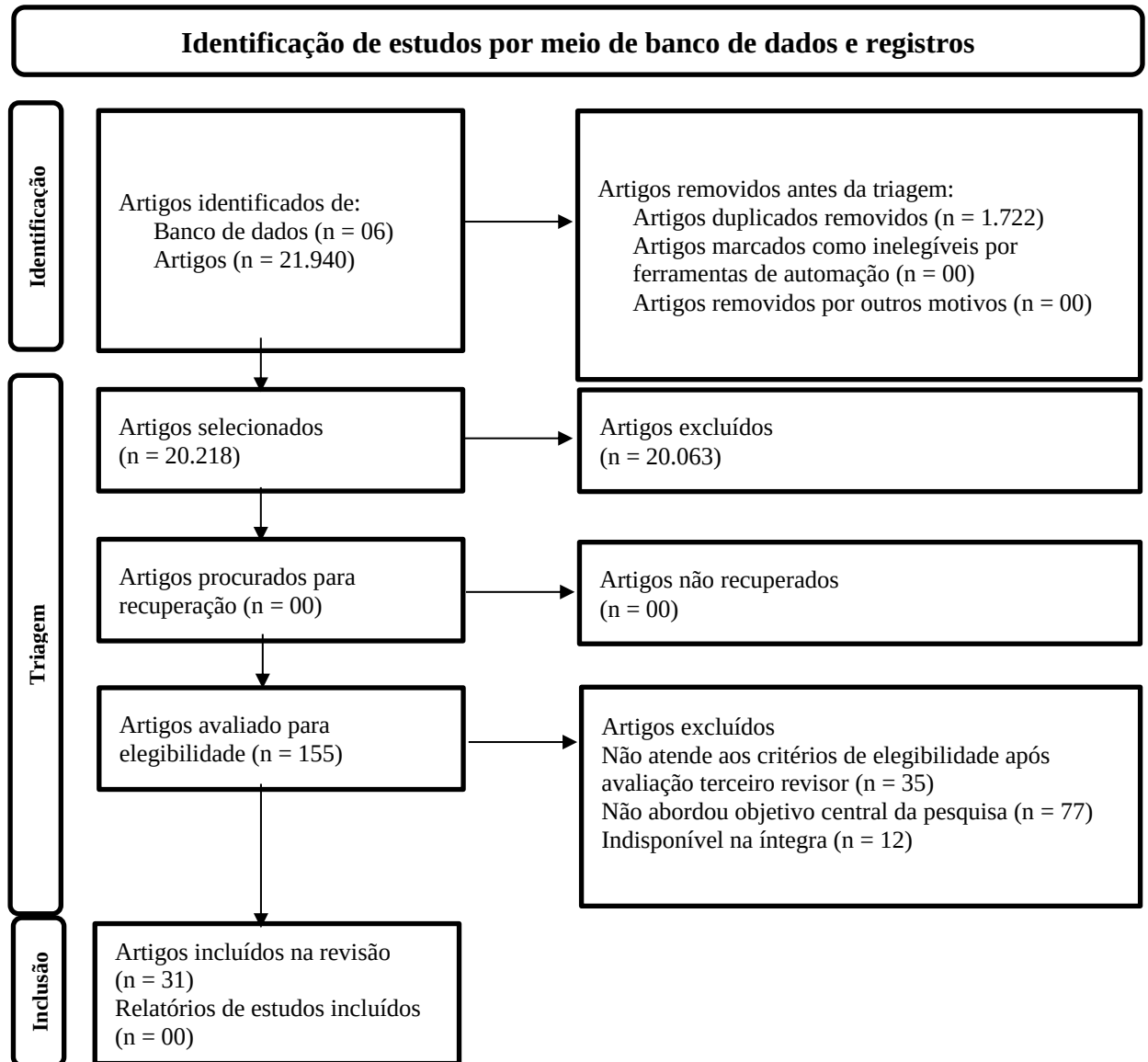


Figura 1 – Adaptado do diagrama de fluxo PRISMA 2020

Conforme o Quadro 1, os estudos são apresentados em ordem crescente do ano de publicação. Observa-se que o primeiro estudo foi divulgado em 2010, com maior concentração de publicações entre 2015 e 2019 (74%), predominando os estudos produzidos nos Estados Unidos ($n = 12$), seguidos, respectivamente, por Canadá ($n = 6$), Reino Unido ($n = 5$), Irlanda ($n = 3$), Brasil ($n = 3$), França ($n = 1$) e Austrália ($n = 1$). Considerando a abordagem dos dados, 8 estudos são qualitativos, 19 estudos são quantitativos e 04 são quanti-qualitativos. Quanto à disponibilidade em bases de dados, 5 estudos estão publicados na PubMed, 01 na LILACS, 14 na Scopus, 3 na *Cochrane Central*, 6 na *Web of Science* e 2 na CINAHL. Em relação aos participantes dos estudos, a somatória apresenta o total de 207.318 pessoas em situação de rua e 370 profissionais de saúde. Em dois estudos, a pesquisa foi realizada buscando informações

em dados secundários, prontuários de pessoas sem-teto, e um estudo não descreveu o número de participantes.

Quadro 1 - Apresentação dos estudos incluídos de acordo com a referência, título, ano de publicação, tipo de estudo, base de dados, nível de evidência, número de participantes, objetivo e principais conclusões, de 2009 a 2021

Referência (ano)	Artigo/ tipo estudo/ base de dados/ nível de evidência/ número participantes	Objetivo do estudo	Conclusões/recomendações finais
WHISLER et al. (2021) ¹²	<i>The effect of a Housing First intervention on primary care retention among homeless individuals with mental illness</i> Canadá Revisão sistemática randomizado Cochrane Nível de evidência: baixo N = 200 pessoas sem teto	Avaliar o impacto de uma intervenção do <i>Housing First</i> na retenção de cuidados primários entre pessoas sem-teto com doença mental.	Os cuidados primários contínuos são extremamente importantes para os indivíduos com doença mental. O modelo <i>Housing First</i> é altamente eficaz para permitir que indivíduos sem-teto com doenças mentais obtenham moradia estável, mas o efeito desse modelo na retenção da APS não foi bem definido. O estudo descobriu que uma intervenção do <i>Housing First</i> não foi associada a um impacto significativo na retenção de cuidados primários ao longo de um ano de acompanhamento, em comparação com o tratamento usual.
PRADO, M.A.R et al. (2021) ¹³	<i>Homeless people: health aspects and experiences with health services</i> Brasil Estudo qualitativo exploratório Web of Science Nível de evidência: baixo N = 10 pessoas sem-teto	Analisar o entendimento das pessoas em situação de rua, que vivem em um município do interior paulista, sobre o que é saúde e sobre suas experiências nos serviços sanitários.	A pessoa em situação de rua, por vezes, não consegue se perceber como sujeito de direitos e, em sua maioria, ainda enfrenta discriminação, o que faz com que procure os serviços de saúde apenas em situações emergenciais. Reforça-se a necessidade de ampliação do olhar pelos profissionais de saúde e que contribuam para atendimentos mais holísticos e humanizados a essas pessoas.
GENTIL et al. (2020) ¹⁴	<i>Satisfaction with health and community services among homeless and formerly homeless individuals in Quebec, Canada</i> Canadá Estudo transversal CINAHL Nível de evidência: moderado N = 455 moradores de rua ou ex-moradores de rua	Avaliar a satisfação geral com os serviços de saúde e comunitários e identificar fatores predisponentes, capacitadores e de necessidades associados à satisfação do usuário do serviço entre 455 moradores e ex-moradores de rua em Quebec (Canadá).	A satisfação do usuário estaria mais fortemente associada a fatores de habitação. A satisfação geral do usuário com os serviços de saúde e comunitários inclui ter um médico de família e um gerente de caso. Diversas estratégias podem ser implementadas para aumentar a satisfação com os serviços de saúde: adaptação dos programas de APS às necessidades específicas das populações de rua; gerenciamento intensivo dos casos; desenvolvimento de programa habitacional para populações de rua; envolver amigos e parentes do tratamento.

MERRYMAN; SYNOVEC (2020) ¹⁵	<i>Integrated Care: Provider referrer perceptions of occupational therapy services for homeless adults in an integrated primary care setting</i> Pesquisa qualitativa de investigação naturalista Estados Unidos PubMed Nível de evidência: baixo N= 12 profissionais de saúde	Explorar as percepções do provedor de referência de um novo serviço de terapia ocupacional para adultos sem-teto em um <i>Federally Qualified Health Centers</i> , para auxiliar na alocação efetiva de recursos escassos.	A principal implicação para a prática da terapia ocupacional é o apoio à avaliação da cognição funcional no contexto de clientes complexos com inúmeras comorbidades, revelando o valor do papel emergente generalista para esta terapia em ambientes comunitários de saúde/cuidados primários, onde os incentivos estão vinculados à função do cliente na vida diária.
SYNOVEC; MERRYMAN; BRUSCA. (2020) ¹⁶	<i>Occupational Therapy in Integrated Primary Care: Addressing the Needs of Individuals Experiencing Homelessness</i> Estados Unidos da América Estudo retrospectivo descritivo <i>Web of Science</i> Nível de evidência: alto N = 83 pessoas em situação de rua	Avaliar o serviço de terapia ocupacional que começou a ser ofertado pela atenção básica de saúde às pessoas em situação de rua.	O estudo identificou variadas comorbidades associadas às pessoas em situação de rua, sendo observado uma melhora expressiva tanto em problemas mentais quanto em físicos de saúde, a partir do acompanhamento da terapia ocupacional ofertado de forma integral, visando otimizar as metas funcionais destes indivíduos
GUNNER <i>et al.</i> (2019) ¹	<i>Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK</i> Reino Unido Estudo qualitativo utilizando a <i>Theoretical Domains Framework</i> (TDF) Scopus Nível de evidência: moderado N = 18 pessoas sem-teto	Conhecer as visões, os pontos facilitadores e as barreiras dos participantes da pesquisa em relação ao acesso e experiências de uso da APS e serviços comunitários.	Evidenciaram desigualdade de acesso e experiências, na sua maioria, negativas no uso dos serviços básicos de saúde. O modelo de serviço voltado para pessoas sem-teto foi percebido pelos participantes como melhor prática. Evidenciaram as barreiras enfrentadas pelos sem-teto no uso dos serviços de APS.
O'CARROLL; WAINWRIGHT GHTE (2019) ¹⁷	<i>Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization</i> Irlanda Estudo etnográfico crítico-realista Scopus Nível de evidência: baixo N= 142 participantes, sendo 47 para entrevista semiestruturada, 69 participantes que encontraram durante o trabalho etnográfico e 26 para os grupos focais	Descrever a <i>Health-Service-Usage</i> (HSU) de pessoas sem-teto em Dublin e obter uma visão sobre o porquê que a HSU difere da população domiciliada.	Destaca a importância de os serviços integrarem os lados da demanda e da oferta, postulando que o uso dos serviços de saúde depende do ajuste entre os indivíduos (clientes) e o sistema de saúde, assegurando a disponibilidade de serviço, acessibilidade, acomodação e aceitabilidade.
MCCALLUM; MCNAB; MCKAY (2019) ¹⁸	<i>Using Always Events to derive patient-centred quality improvement priorities in a specialist primary care service providing care to a homeless population.</i> Reino Unido Estudo qualitativo com análise dados indutiva Scopus Nível de evidência: muito baixo N = 20 pessoas sem-teto	Determinar se o conceito de <i>Always Events</i> é um método aceitável e viável para derivar prioridades de <i>Quality Improvement</i> centradas no paciente em um serviço especializado de APS que presta assistência a uma população em situação de rua.	Este método destacou a importância de ouvir a voz do paciente em <i>Quality Improvement</i> , particularmente para aqueles que são pobres, desfavorecidos e marginalizados. Demonstra uma forma aceitável de fazê-lo nesta população que experimenta uma considerável exclusão social. O método <i>Always Events</i> pode ser utilizado com sucesso em um serviço especializado de APS, prestando assistência à população em situação de rua, para identificar prioridades do paciente para <i>Quality Improvement</i> .

OOSMAN <i>et al.</i> (2019) ¹⁹	<i>Enhancing Access to Physical Therapy Services for People Experiencing Poverty and Homelessness: The Lighthouse Pilot Project</i> Estudo quantitativo-qualitativo Canadá PubMed Nível de evidência: baixo N= 40 participantes de um abrigo de emergência e 7 profissionais de saúde (6 fisioterapeutas e 1 enfermeira)	Revelar as perspectivas do cliente e do provedor sobre o impacto de melhorar o acesso aos serviços de fisioterapia em um ambiente comunitário de APS.	Evidenciou que os fisioterapeutas podem desempenhar papel fundamental no atendimento às pessoas em situação de rua, diminuindo as iniquidades em saúde, principalmente no contexto da APS. Apontou que o acesso ao serviço de fisioterapia na APS esteve associado à satisfação geral dos clientes atendidos, contribuindo para a diminuição das barreiras físicas.
QUEIROG A; SÁ; GAZZINEL LI (2018) ²⁰	<i>Tuberculosis in the homeless population: performance of primary health care professionals</i> Brasil Pesquisa avaliativa LILACS Nível de evidência: moderado N = 171 profissionais de saúde	Analisar as ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua na APS.	As especificidades dessa população não são consideradas, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde. A falta de capacitação dos profissionais, o deficiente acesso aos manuais, a ausência de articulação e apoio da equipe de Consultório na Rua podem estar fragilizando ainda mais a assistência prestada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.
ROCHE <i>et al.</i> (2018) ²¹	<i>Nurse-led primary health care for homeless men: a multimethods descriptive study</i> Austrália Estudo transversal descritivo Web of Science Nível de evidência: moderado N = 40 homens em situação de rua	Avaliar a assistência e as condições de saúde entre homens em situação de rua em uma clínica liderada por enfermeiros da atenção básica na cidade de Sidney.	O estudo identificou variadas morbidades frequentes em homens em situação de rua, principalmente doenças mentais. Nesse cenário, observou-se a importância de uma assistência em saúde acessível, respeitosa e, quando possível, de cunho preventivo, a fim de melhorar a utilização dos serviços de saúde da clínica da atenção básica.
RIVERA <i>et al.</i> (2018) ²²	<i>A modeling study exploring the impact of homelessness on rostered primary care utilization in Calgary, Canada</i> Canadá Revisão retrospectiva Web of Science Nível de evidência: muito baixo N = 1.013 prontuários de pessoas em situação de rua	Avaliar a assistência à saúde na APS entre pessoas estáveis em alojamento e pessoas sem-teto através da análise de prontuários de 3 médicos da família no município de Calgary.	O estudo identificou maior acesso aos serviços de saúde da atenção básica por parte das pessoas sem-teto do que as pessoas estáveis em alojamento. Além disso, foi identificado que as pessoas em situação de rua do sexo masculino utilizaram mais os serviços de saúde do que o sexo feminino.
LAMANN A <i>et al.</i> (2018) ²³	<i>Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions</i> Canadá Métodos misto (pesquisa qualitativa, grupo focal) Web of Science Nível de evidência: baixo N = 52 pessoas em situação de rua	Avaliar as barreiras de acesso e continuidade aos cuidados de saúde das pessoas em situação de rua por meio de uma breve intervenção interdisciplinar.	As intervenções interdisciplinares, aplicadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo e centro de saúde, incluindo cuidados primários, podem possibilitar maior continuidade ao tratamento e acesso aos serviços de saúde após a alta hospitalar de pacientes em situação de rua.

DAWES <i>et al.</i> (2017) ³	<i>Homeless people's access to primary care physiotherapy services: An exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research</i> Reino Unido Estudo misto: exploratório qualitativo e quantitativo central Scopus Nível de evidência: moderado N = fase quantitativa: 34 moradores de rua; fase qualitativa: 5 profissionais da saúde	Avaliar o encaminhamento de pessoas sem-teto para o serviço de fisioterapia da APS e investigar os desafios de acesso a esses serviços.	O estudo analisou os encaminhamentos das pessoas em situação de rua paralelamente à análise dos profissionais de referências na assistência à saúde dessas pessoas. Os resultados quantitativos evidenciam os problemas musculoesqueléticos das pessoas em situação de rua, e os desafios de acesso enfrentados, como o não comparecimento à primeira consulta (36%) e a dificuldade de continuidade do tratamento (28%). Os autores ainda sinalizam a importância do fortalecimento do vínculo da equipe de saúde e das pessoas em situação de rua e de estratégias mais abrangentes para prestar assistência a esse grupo, já que apenas 20% completaram o tratamento e 16% ainda permaneciam no tratamento, sem abandoná-lo.
JONES, <i>et al.</i> (2017) ⁵	<i>A national evaluation of homeless and nonhomeless veterans' experiences with primary care</i> Estados Unidos Estudo transversal Scopus Nível de evidência: baixo N = 198.390 veteranos com diagnóstico de problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias	Comparar veteranos desabrigados e não desabrigados com problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias na equipe de cuidados alinhados de paciente (APS).	Em comparação com os veteranos não desabrigados, os veteranos desabrigados são mais jovens, não casados, com nível educacional menor, negros, com mais chances de ter problemas de saúde mental e/ou abuso de substâncias. Foi evidenciado ainda que as experiências com o acesso à saúde dos desabrigados são significativamente mais negativas do que dos não desabrigados. Dessa forma, são necessárias estratégias de serviço que encorajam a continuidade da APS aos veteranos desabrigados.
ELWELL-SUTTON <i>et al.</i> (2017) ²⁴	<i>Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England</i> Reino Unido Estudo transversal Scopus Nível de evidência: moderado N = 2.505 pessoas em situação de rua	Avaliar o acesso e a assistência à saúde de pessoas em situação de rua em relação a serviços da APS e risco de internação em 19 bairros da Inglaterra.	O estudo avaliou que pessoas em situação de rua enfrentam muitos desafios para o acesso à saúde; entretanto, uma admissão frequente aos serviços de APS reduz muito os riscos de internações e outras complicações. Dessa forma, são necessárias medidas que aumentem a adesão desse grupo aos serviços de atenção básica.
UPSHUR <i>et al.</i> (2017) ²⁵	<i>Prevalence and predictors of substance use disorders among homeless women seeking primary care: An 11 site survey</i> Estados Unidos da América Estudo transversal Scopus Nível de evidência: moderado N = 780 pacientes femininos em situação de rua	Avaliar as taxas de transtornos por uso de substâncias através da prevalência e fatores prognosticadores para o uso de substâncias em mulheres em situação de rua, pacientes da APS em clínicas de saúde para desabrigados dos Estados Unidos da América.	O estudo conclui a forte relação de transtornos por uso de substâncias com transtornos mentais. Além disso, outros fatores foram associados tanto para a mortalidade de mulheres em situação de rua quanto para a melhoria da prestação de assistência a essas mulheres.
Health Quality Ontario	<i>Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review</i>	Avaliar a eficácia das intervenções para melhorar o acesso aos	Evidenciou-se que, em uma intervenção de extensão abrangendo uma avaliação de saúde pessoal,

(2016) ²⁶	Estados Unidos Revisão Sistemática PubMed Nível de evidência: baixo N = 5 estudos (1 Ensaio Clínico Randomizado e 4 estudos observacionais)	cuidados primários, em comparação com os cuidados habituais às pessoas sem-teto.	educação e discussão das necessidades de saúde, combinadas com orientação sobre cuidados de saúde e outros serviços disponíveis, apenas a orientação melhorou o acesso a um provedor de cuidados primários, em comparação com o cuidado usual.
O'DONNE LL et al. (2016) ²⁷	<i>Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: A participatory learning and action research study</i> Irlanda Pesquisa-ação Scopus Nível de evidência: baixo N = 21 membros de grupos vulneráveis	Identificar os desafios e barreiras de acesso de grupos marginalizados (incluindo pessoas em situação de rua) nas estratégias de serviços da atenção básica.	As desigualdades para o acesso à saúde são inegáveis, entretanto há grupos (migrantes, viajantes irlandeses, sem-teto, usuários de drogas, profissionais do sexo e pessoas que vivem em privação) que sofrem fortemente com a exclusão estrutural na prestação dos serviços de saúde da APS. Dessa forma, são discutidas áreas prioritárias de ação para mitigar essas desigualdades.
JEGO et al. (2016) ²⁸	<i>Improving access and continuity of care for homeless people: How could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study</i> França Estudo sequencial explicativo Scopus Nível de evidência: alto N = 138 médicos de clínica geral	Analisar as perspectivas dos médicos de clínica geral na assistência à saúde de pessoas em situação de rua no contexto da APS na cidade de Marselha.	O estudo identifica falhas no sistema que constituem barreiras na assistência a pessoas em situação de rua. Foi identificado nas três fases do estudo que os médicos de clínica geral podem desenvolver uma função essencial na melhoria do acesso à saúde para pessoas em situação de rua, entretanto eles necessitam de uma equipe multiprofissional para uma assistência integral à saúde dessa população.
KAMI et al. (2016) ²⁹	<i>Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process</i> Brasil Estudo qualitativo exploratório Web of Science Nível de evidência: baixo N = 20 profissionais da equipe de Consultório na Rua e 6 usuários do Consultório na Rua	Identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam o processo de trabalho no Consultório na Rua.	Apontam os limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua, para que se consiga avançar na direção da integralidade do cuidado, cabendo à gestão municipal e aos trabalhadores a responsabilidade de reorientação do modelo assistencial a partir da efetivação dos princípios orientadores da APS.
O'TOOLE et al. (2015) ²	<i>Needing Primary Care But Not Getting It: the Role of Trust, Stigma and Organizational Obstacles reported by Homeless Veterans</i> Estados Unidos Estudo multicêntrico Cochrane Nível de evidência: alto N = 185 veteranos sem-teto	Compreender as razões pelas quais os veteranos desabrigados não estavam acessando os cuidados primários disponíveis, bem como para não procurar cuidados de saúde, quando necessário.	Os motivos pelos quais foi adiada a procura de atendimento, a maioria classificou como motivos mais importantes de três domínios: 1) confiança; 2) estigma; e 3) processos de cuidado. Os resultados reforçam que o envolvimento no tratamento na APS exigirá acomodações baseadas na prática e capacidades que incluem acesso aberto e agendamento flexível, serviços integrados e abrangentes que minimizam o cuidado sequencial e múltiplos encaminhamentos.
O'TOOLE et al. (2015) ⁴	<i>Tailoring Outreach Efforts to Increase Primary Care Use Among Homeless Veterans: Results of a Randomized Controlled Trial</i> Estados Unidos Estudo multicêntrico, prospectivo e randomizado	Aumentar o comportamento de busca por saúde e o recebimento de cuidados de saúde entre os veteranos desabrigados.	O estudo sugere que os veteranos desabrigados fora de tratamento podem ser efetivamente engajados na APS por meio de um processo de extensão personalizado que resulte na prestação de cuidados em todo o contínuo de necessidades que essa

	PubMed Nível de evidência: moderado N = 185 veteranos sem-teto		população enfrenta. Os achados fornecem suporte empírico para o papel da divulgação clínica, bem como a importância da educação do paciente e orientação para serviços clínicos no envolvimento de pessoas sem-teto no atendimento.
CHRYSTAL et al. (2015) ³⁰	<i>Experience of Primary Care among Homeless Individuals with Mental Health Conditions</i> Estados Unidos Estudo quantitativo com análise comparativa PubMed Nível de evidência: moderado N = 366 pessoas sem-teto	Identificar os determinantes das experiências de APS para pessoas sem-teto com problemas de saúde mental em vários modelos de atendimento.	Os fatores que levam a uma experiência positiva de APS permanecem restritos aos estudos, apesar de serem potencialmente importantes para os esforços contínuos para promover atenção centrada no paciente para populações vulneráveis. O estudo ilustra a importância de ter uma moradia estável, visto que está associada a uma experiência de APS mais favorável. As seguintes características de desenho de serviço foram consideradas: localização, serviços no mesmo dia e integração da APS com serviços de saúde mental e transtornos de substâncias.
CAMPBELL (2015) ³¹	<i>Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations</i> Canadá Estudo descritivo qualitativo Scopus Nível de evidência: moderado N = 11 pessoas em situação de rua	Explorar de maneira qualitativa os desafios no acesso à saúde dos canadenses.	O estudo apresenta barreiras no acesso à saúde de pessoas em situação de rua. Apesar de o Canadá ter um sistema de saúde universal, esse grupo minoritário não recebe assistência de forma integral. Sugestões de integração dos serviços são apontadas, para mitigar as desigualdades identificadas no sistema de saúde canadense.
MILLS et al. (2015) ³²	<i>Engaging the citizenship of the homeless-a qualitative study of specialist primary care providers</i> Reino Unido Estudo qualitativo Scopus Nível de evidência: moderado N = 13 profissionais da saúde especializados na atenção a pessoas em situação de rua.	Avaliar qualitativamente a visão de profissionais da saúde na prestação de assistência às pessoas em situação de rua.	Os profissionais apresentam os desafios que enfrentam na assistência às pessoas em situação de rua, mas destacam a necessidade do fortalecimento de vínculo da equipe profissional com esse grupo e da flexibilidade de ações que aumentem o acesso desse grupo aos serviços de saúde da APS.
UPSHUR et al. (2015) ³³	<i>A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems</i> Estados Unidos Estudo Clínico Randomizado Cochrane Library Nível de evidência: moderado N = 82 mulheres sem-teto	Avaliar a aplicabilidade do <i>collaborative care/chronic illness model</i> (CCM) no tratamento de mulheres que tiveram resultado positivo no teste de consumo de álcool perigoso durante a consulta de APS.	O estudo conclui que as unidades de saúde vêm se organizando para atender as demandas das pessoas sem-teto, visto que ambos os grupos reduziram significativamente o consumo de álcool. Deste modo, o modelo CCM não foi mais eficaz com os dependentes de álcool, em comparação com o grupo de controle. A intervenção não foi poderosa o suficiente para superar as barreiras motivacionais e mudar o consumo das substâncias do grupo de controle.

KEOGH <i>et al.</i> (2015) ³⁴	<i>Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin</i> Irlanda Estudo transversal observacional Scopus Nível de evidência: moderado N = 105 pessoas sem-teto	Investigar a saúde e o uso de serviços de saúde de uma população de rua em Dublin que acessa os serviços <i>Safetynet</i> .	Evidenciam os desafios para as crescentes e complexas necessidades de saúde e cuidados de saúde de uma população sem-teto em Dublin em relação aos estudos anteriores sobre sem-teto. Os resultados indicam que a população <i>Safetynet</i> tem mais necessidades de saúde do que a população em geral, em termos de problemas de saúde mental e física, comportamentos de risco para a saúde e maior utilização de serviços de saúde. Observou-se que a disponibilidade do serviço de APS gratuito pode ter reduzida a procura dos serviços de urgência e emergência.
KERTESZ <i>et al.</i> (2013) ³⁵	<i>Comparing Homeless Persons' Care Experiences in Tailored Versus Nontailored Primary Care Programs</i> Estados Unidos Estudo quantitativo com análise comparativa Scopus Nível de evidência: moderado N = 601 pessoas sem-teto	Comparar as experiências de atendimento de pessoas sem-teto em organizações de saúde adaptadas para pessoas sem-teto aos serviços de APS convencional.	Evidenciaram experiência mais positiva nos locais adaptados para cuidado das pessoas sem-teto, sendo a experiência desfavorável até duas vezes mais comum na APS convencional. Há evidências importantes a favor da expansão dessas abordagens personalizadas. As descobertas têm implicações sobre como as mudanças no sistema de saúde podem afetar os pacientes sem-teto.
CHWASTI AK; TSAI; ROSENHE C <i>et al.</i> (2012) ³⁶	<i>Impact of health insurance status and a diagnosis of serious mental illness on whether chronically homeless individuals engage in primary care</i> Estados Unidos da América Estudo transversal Scopus Nível de evidência: moderado N = 870 pessoas em situação de rua	Avaliar a relação de doença mental e uso de substâncias com a prestação de serviços de saúde às pessoas em situação de rua na APS.	As pessoas em situação de rua com planos privados de saúde conseguem uma melhor assistência, além de maior controle e tratamento de diagnósticos de doenças mentais e/ou uso de substâncias. Observou-se também que os critérios de inclusão no <i>Medicaid</i> não abrangem pessoas deste grupo em maior vulneração, e os Estados Unidos não desenvolvem mecanismos de minimizar este impacto negativo.
O'TOOLE <i>et al.</i> (2010) ³⁷	<i>Applying the chronic care model to homeless veterans: effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes.</i> Estados Unidos Estudo de coorte retrospectivo CINAHL Nível de evidência: moderado N = 177 prontuários de veteranos sem-teto	Comparar uma abordagem adaptada à população para atendimento primário para veteranos desabrigados com uma abordagem de atendimento usual.	Os veteranos desabrigados com acesso a um modelo de APS de acesso aberto e adaptado à população tiveram significativamente mais consultas de APS e menos admissões médicas do que os desabrigados que frequentavam uma clínica de medicina interna geral tradicional. Refletiu-se na diminuição da procura pelo departamento de urgências/emergências com queixas não emergenciais.

DISCUSSÃO

O grupo populacional em estudo recebe diferentes nomenclaturas no âmbito mundial, sendo identificadas por pessoas em situação de rua^{5,13,23,29}, pessoas sem-teto^{5,12,15,33,34,35,37}, desabrigados³⁷, clientes em situação de rua¹⁶ e população em situação de rua^{18,20}.

Os estudos que abordam experiências positivas das pessoas em situação de rua na APS

ainda são incipientes e se tornam necessariamente relevantes para promoção do acesso e do cuidado das populações vulneráveis³⁰, visto que, mesmo possuindo capacidade técnica e científica para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde das pessoas em situação de rua, este grupo ainda enfrenta dificuldade de acesso aos serviços de cuidados primários em diversos países²⁰. A falta de preparo, a baixa sensibilização e a falha na comunicação dos profissionais de saúde foram apontados como obstáculo na construção de vínculo e atendimento destes usuários. Dessa forma, a relação interpessoal entre as pessoas em situação de rua e a equipe de assistência confere mais um desafio para a atenção integral dessas pessoas. Ainda, pouco se discute sobre a especialização e preparo dos profissionais para o atendimento das pessoas em situação de rua, o que não garante aos desabrigados a equidade nos serviços de saúde³². Nesse contexto, a atenção integral para a população em situação de rua não é exercida, ainda que seja imprescindível a composição de vários profissionais de segmentos distintos, para conferir, de fato, uma assistência integral a grupos marginalizados²⁷.

Os determinantes sociais da saúde são indicadores que contextualizam e esclarecem a causalidade do atual estado de indivíduos em vulneração, evidenciando a demanda urgente que a saúde tem de uma assistência multiprofissional e integral, a fim de mitigar as causas primárias do estado atual (cultura, socioeconômica, educação, moradia e saúde³¹. Entender esses determinantes sociais de saúde melhora a qualidade do atendimento frente à discrepância de acesso, assistência e continuidade de tratamento das populações mais vulneráveis²². Desse modo, a população em situação de rua é mais vulnerável à mortalidade e morbidade, devido a diversas motivações, do que a população em geral. A complexidade da atenção às pessoas em situação de rua e de desenvolver estratégias de equidade dificultam o acesso e o fortalecimento do vínculo entre paciente e profissional³⁶.

Portanto, a procura pelo serviço de cuidados primários para construção do vínculo, do cuidado e ações intersetoriais se faz primordial¹³, uma vez que a saúde é produzida no dia a dia, extrapolando a atuação exclusiva do setor saúde²⁹, e a ausência destas ações fragiliza a construção do cuidado¹³, sendo uma condição necessária para lidar com as demandas complexas vivenciadas por pessoas em situação de rua²⁹. O fortalecimento das relações interpessoais entre paciente e profissional melhora o acesso e a utilização dos serviços de saúde, visto que a criação de um vínculo com esse grupo confere maior adesão a esses serviços²¹.

Ressalta-se, ainda, que as pessoas sem-teto não formam um grupo homogêneo; mesmo dentro dessa população, há alguns em maior vulnerabilidade do que outros. Dentre as disparidades entre os indivíduos em situação de rua, um estudo desenvolvido na Inglaterra observou que os moradores de rua que dormem mal, quase não utilizam ou têm maior

dificuldade que os demais para ter acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, otimizar e direcionar os serviços de saúde da APS para a população sem-teto é imprescindível para aumentar o acesso desse grupo aos serviços de saúde, incluindo os outros níveis de atenção, já que a dificuldade de acesso na APS, conseqüentemente, dificulta o acesso em todos os outros níveis de atenção à saúde²⁴.

As experiências positivas no cuidado em saúde estão fortemente associadas às características dos serviços de saúde, ao apoio social, à escolha da unidade de saúde e às equipes especializadas para atenção a este grupo específico³⁰, além de que os cuidados contínuos são extremamente importantes¹².

Ao avaliar os motivos pelos quais os veteranos sem abrigo adiavam a procura pelo serviço de saúde nos Estados Unidos, evidenciou-se que os discursos faziam referência principalmente ao estigma, à confiança e aos processos de cuidado², dados que vão ao encontro de estudos realizados no Reino Unido¹ e na Irlanda¹⁷. Esses estudos apontam que as pessoas em situação de rua associam as barreiras de acesso, principalmente, à dificuldade de registro nas unidades de cuidados primários, fragmentação do cuidado devido a acomodações instáveis, despreparo dos profissionais quanto à complexidade das necessidades dessas pessoas, distância/falta de transporte, processos administrativos complexos, formulários, compromissos, regras restritivas, desinformação sobre acessibilidade, analfabetismo e barreiras atitudinais^{1,17}.

Ademais, um estudo americano com veteranos desabrigados evidenciou que intervenções breves, juntamente com orientações clínicas, foram mais eficazes, quando comparadas às interações breves sem acompanhamento clínico e aos cuidados habituais, visto que possibilitou identificar as barreiras para o atendimento e direcionar os desabrigados para as unidades de atendimento⁴. Ter um médico da família e um gerente de caso foi condição determinante para a satisfação das pessoas em situação de rua com os serviços de saúde, resultando em menos procura pelos serviços ambulatoriais, melhor qualidade de vida e rede social fortalecida¹⁴, assim como desabrigados que tiveram acesso a mais consultas em serviços de cuidados primários adaptados, quando comparados à clínica tradicional³⁷.

Há demanda expressiva pelos sem-teto nos serviços de saúde mental por diversas motivações, dentre elas, o abuso de substâncias, condições patológicas, vitimização, dentre outros. A exemplo disso, foi realizado um estudo em 11 clínicas de saúde para desabrigados em nove estados dos Estados Unidos da América, concluindo-se que, em comparação com as outras mulheres, as mulheres em situação de rua têm quatro vezes maior tendência de desenvolver algum distúrbio causado pelo alcoolismo; quanto ao abuso de substâncias, tendem a apresentar 12 vezes maiores riscos para esse desenvolvimento. Para a recuperação destes indivíduos, faz-

se necessário a integração total do atendimento desde a triagem até a preparação para a interação com os pacientes.²⁵

A APS deve desempenhar ações preventivas com intervenção precisa na cadeia de transmissão de doenças quando se trata de reduzir as doenças infectocontagiosas entre as pessoas em situação de rua. Neste sentido, fica evidente a importância de potencializar e qualificar o desenvolvimento de ações em prol dessas pessoas, por meio de capacitação permanente e disponibilização de diretrizes, de modo a garantir o atendimento oportuno e de qualidade²⁰.

Unidades de cuidados primários, com equipes interdisciplinares capacitadas e integradas, desenvolvem cuidados em diferentes perspectivas com a ampliação e diversificação das abordagens em saúde, que facilitam a construção do cuidado e a superação de barreiras¹⁵. Assim, viabilizam a redução das iniquidades e disparidades em saúde, principalmente das pessoas vulneráveis¹⁹. A exemplo, as equipes do Consultório na Rua que atuam no contexto brasileiro, para garantir acesso ao Sistema Único de Saúde e cuidado equânime às pessoas em situação de rua, com intervenção em ambiente onde estas residem²⁹. A atenção integral e multiprofissional às pessoas em situação de rua preenche as lacunas que impedem o desenvolvimento da APS em uma assistência efetiva e adaptada a essas pessoas²⁸.

Um estudo americano constatou que a possibilidade de escolha de unidade de saúde para atendimento, localização do serviço, situação de moradia, flexibilidade, atendimento no dia e desenho do serviço é característica definidora para experiências positivas na APS³⁰. Ou seja, os estabelecimentos de saúde de cuidados primários adaptados para pessoas sem-teto estão relacionados com a experiência positiva, quando comparado àqueles convencionais³⁵, o que é reafirmado em um ensaio clínico randomizado americano, onde foi realizada uma intervenção em um grupo de mulheres sem-teto em uso de álcool²⁵. Um estudo no Reino Unido que, por intermédio da abordagem *Theoretical Domains Framework* avaliou a prestação e acessibilidade de serviços de saúde primários para pessoas sem-teto¹, assim como uma exploração etnográfica da utilização de serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua em Dublin¹⁷.

Neste sentido, a condução das mudanças nos serviços de saúde convencional para os sem-teto tem sido associada com o diferencial no atendimento¹⁸, oferecendo práticas acolhedoras, acessibilidade e melhores experiências das pessoas sem-teto com os estabelecimentos de saúde^{1,26}.

Ter moradia estável não foi significativo para retenção nos cuidados primários ao longo de um ano de acompanhamento¹², porém, no Canadá, os usuários em situação de rua que apresentaram melhor satisfação com os serviços de cuidados primários estavam fortemente

associados a fatores de habitação¹⁴.

Diversos estudos identificaram as complexas condições de saúde que se manifestam, principalmente nos sistemas neurológico, cardiorrespiratório, musculoesquelético e genital e que se agravam com a falta de moradia¹⁹. Entre as doenças crônicas, evidenciaram-se principalmente a hipertensão arterial, a dor crônica, hepatite, depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, alcoolismo e uso de substâncias ilícitas². A maioria deles experimenta multimorbidades e polifarmácia³⁴.

A ausência de treinamento prévio relacionado à APS e sobre pessoas em situação de rua dificulta a construção do vínculo. Os treinamentos podem ser benéficos durante a prática profissional e clínica, visto que foi observado que modificar ou adaptar o atendimento, levando em consideração as complexidades e características de cada indivíduo, deixava-os mais confortáveis e facilitava a interação entre profissional e usuário¹⁹. Ademais, priorizar ações que visem mitigar as desigualdades de saúde existentes impactam mais de um grupo marginalizado, ou seja, o fortalecimento e a ampliação de acesso à saúde por pessoas desabrigadas ampliam o acesso de outros grupos vulneráveis²⁷.

Um estudo realizado no Reino Unido sugere que os cuidados de saúde têm um potencial significativo para ajudar na recuperação social de pessoas em situação de rua, assegurando-lhes a cidadania, o acesso aos serviços de saúde e a adesão a esses serviços de forma a diminuir as barreiras que eles enfrentam. Isso porque, quando a atenção à saúde é abordada de forma coletiva, os impactos individuais são amenizados e são previstos avanços no acesso e na assistência à saúde³². Salienta-se, ainda, que esses obstáculos de acesso à saúde por pessoas em situação de rua não se atêm somente à APS, mas a todos os níveis de atenção. Notoriamente, a atenção à população sem-teto confere muito despreparo dos profissionais, à medida que o indivíduo também apresenta especificidades que, por si só, já dificultam o atendimento³¹.

CONCLUSÃO

São amplas as discussões a respeito da atenção e cuidado às pessoas em situação de rua nas unidades de APS. Esta *scoping review* traz a síntese de evidências sobre a atenção a essas pessoas nesta porta preferencial de acesso à saúde.

Este estudo aponta que unidades convencionais de cuidados primários apresentam diversas barreiras no acesso à saúde e que as experiências positivas quase sempre estão relacionadas à atenção específica com melhores indicadores da adesão aos cuidados primários, em interações breves ou por demanda espontânea, para garantir melhor qualidade de vida e acesso à rede social fortalecida.

Traz evidências que propõem maior aprofundamento entre a relação de moradia estável e o acesso à unidade de cuidados primários, visto que diferentes estudos divergiram em seus resultados.

Neste sentido, estudos sugerem que as unidades convencionais sejam adaptadas e que contenham recursos humanos capacitados e sensibilizados com as pessoas em situação de rua, de modo a garantir a construção do vínculo e ações de promoção da saúde, proporcionando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno a essas pessoas, neutralizando então as desigualdades sociais.

É sabido que as pessoas em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade, quando comparadas com a população em geral; dessa forma, as necessidades de saúde dessas pessoas possuem outra configuração e maior imediatismo. Para garantir equidade de acesso e adesão aos serviços de saúde, os profissionais necessitam de preparo e entendimento das especificidades e singularidades de cada um, além de organizar equipes multiprofissionais capacitadas e não somente com uma abordagem clínica, mas também social, considerando o contexto vivido em vulneração.

REFERÊNCIAS

1. Gunner E, Chandan SK, Marwick S, Saunders K, Burwood S, Yahyouche A, et al. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. *Br J Gen Pract.* 2019; 69(685):526-536. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704633>.
2. O'Toole TP, Johnson EE, Redihan S, Borgia M, Rose J. Needing Primary Care But Not Getting It: The Role of Trust, Stigma and Organizational Obstacles reported by Homeless Veterans. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* 2015; 26(3):1019-1031. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0077>.
3. Dawes J, Deaton S, Greenwood N. Homeless people's access to primary care physiotherapy services: an exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research. *BMJ Open.* 2017;7(6):e012957. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012957>
4. O'Toole TP, Johnson EE, Borgia ML, Rose J. Tailoring Outreach Efforts to Increase Primary Care Use Among Homeless Veterans: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2015; 30(2):886-898. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3193-x>.
5. Jones AL, Hausmann LRM, Haas GL, Mor MK, Cashy JP, Schaefer JH, et al. A national evaluation of homeless and nonhomeless veterans' experiences with primary care. *Psychol Serv.* 2017;14(2):174-183. <https://doi.org/10.1037/ser0000116>.
6. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2016; 16:15.

<https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>.

7. Aromataris E., Munn, Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-SCR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(07):467-73. doi: 10.7326/m18-0850.
9. Brasil. Decreto Presencial 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 24 de dezembro de 2009, p. 16.
10. Mourad O, Hossam H, Zbys F, Ahmed E. **Rayyan** — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4
11. Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE – Manual to rate the quality of the evidence and the strength of the recommendation. 2013.
12. Whisler A, Dosani N, To MJ, O'Brien K, Young S, Hwang SW. The effect of a Housing First intervention on primary care retention among homeless individuals with mental illness. *PLoS One*. 2021; 16(2):e0246859. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246859>.
13. Prado MAR, Gonçalves M, Silva SS, Oliveira OS, Santos KS, Fortuna CM. Homeless people: health aspects and experiences with health services. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021; 74(1):e20190200. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>.
14. Gentil L, Grenier G, Bamvita JM, Fleury MJ. Satisfaction with health and community services among homeless and formerly homeless individuals in Quebec, Canada. *Health Soc Care Community*. 2020; 28(1):22-33. <https://doi.org/10.1111/hsc.12834>.
15. Merryman MB, Synovec C. Integrated Care: Provider Referrer Perceptions of Occupational Therapy Services for Homeless Adults in an Integrated Primary Care Setting. *Work, Special Section: Homelessness*. 2020; 65(2):321-330. <https://doi.org/10.3233/WOR-203084>.
16. Synovec CE, Merryman M, Brusca J. Occupational Therapy in Integrated Primary Care: Addressing the Needs of Individuals Experiencing Homelessness. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 2020; 8(4), 1-14. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1699>.
17. O'Carroll A, Wainwright D. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *Int J Equity Health*, 2019; 18(1):113. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1002-6>.
18. McCallum M, McNab D, McKay J. Using Always Events to derive patient-centred quality improvement priorities in a specialist primary care service providing care to a homeless population. *BMJ Open Quality*, 2019; 8(1): e000507. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2018-000507>.
19. Oosman S, Weber G, Ogunson M, Bath B. Enhancing Access to Physical Therapy Services

for People Experiencing Poverty and Homelessness: The Lighthouse Pilot Project. *Physiother Can.* 2019; 71(2):176-186. <https://doi.org/10.3138/ptc.2017-85.pc>

20. Queiroga RPF, Sa LD, Gazzinello A. Tuberculosis in the homeless population: performance of primary health care professionals. *Rev Rene.* 2018; 19:e32463. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932463>.

21. Roche MA, Duffield C, Smith J, Kelly D, Cook R, Bichel-Findlay J, etc. Nurse-led primary health care for homeless men: a multimethods descriptive study. *Int Nurs Rev.* 2018; 65(3):392-399. <https://doi.org/10.1111/inr.12419>.

22. Rivera LA, Henschke MT, Khoo E, Ing S, Bae SJ, Rice CM, etc. A modeling study exploring the impact of homelessness on rostered primary care utilization in Calgary, Canada. *Can J Public Health.* 2018; 109(4):451-458. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0098-6>.

23. Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, O'Campo P, Poremski D, Tepper J. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health Soc Care Community.* 2018;26(1):56-64. <https://doi.org/10.1111/hsc.12461>.

24. Elwell-Sutton T, Fok J, Albanese F, Mathie H, Holland R. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *J Public Health (Oxf).* 2017;39(1):26-33. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw008>

25. Upshur CC, Jenkins D, Weinreb L, Gelberg L, Orvek EA. Prevalence and predictors of substance use disorders among homeless women seeking primary care: An 11 site survey. *Am J Addict.* 2017; 26(7):680-688. <https://doi.org/10.1111/ajad.12582>.

26. Health Quality Ontario. Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review. *Ont Health Technol Assess Ser, Ontario.* 2016; 16(9):1-50.

27. O'Donnell, P., Tierney, E., O'Carroll, A, Nurse D, MacFarlane A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. *Int J Equity Health.* 2016; 15(1):197. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0487-5>.

28. Jegu M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open.* 2016;6(11):e013610. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013610>

29. Kami MT, Larocca LM, Chaves MM, Piosiadlo LC, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(3):440-447. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400010>.

30. Chrystal JG, Glover DL, Young AS, Whelan F, Austin EL, Johnson NK, et al. Experience of Primary Care among Homeless Individuals with Mental Health Conditions. *PLoS ONE.* 2015; 10(2): e0117395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117395>.

31. Campbell DJ, O'Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers

- to care among Calgary's homeless populations. *BMC Fam Pract.* 2015; 16:139. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0361-3>
32. Mills ED, Burton CD, Matheson C. Engaging the citizenship of the homeless-a qualitative study of specialist primary care providers. *Fam Pract.* 2015; 32(4):462-467. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz036>
33. Upshur C, Weinreb L, Bharel M, Reed G, Frisard C. A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. *Journal of substance abuse treatment*, 2015; 51: 19–29. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.001>.
34. Keogh C, O'Brien KK, Hoban A, O'Carroll A, Fahey T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15(58). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0716-4>.
35. Kertesz SG, Holt CL, Steward JL, Jones RN, Roth DL, Stringfellow E, et al. Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs. *Am J Public Health.* 2013; 103(2):331-339. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301481>.
36. Chwastiak L, Tsai J, Rosenheck R. Impact of health insurance status and a diagnosis of serious mental illness on whether chronically homeless individuals engage in primary care. *Am J Public Health.* 2012;102(12):e83-e89. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301025>.
37. O'Toole TP, Buckel L, Bourgault C, Blumen J, Redihan SG, Jiang L, et al. Applying the chronic care model to homeless veterans: effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes. *Am J Public Health.* 2010; 100(12):2493-2499. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.179416>.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, amparado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e no Interacionismo Simbólico (IS). Com esse delineamento, foi possível conhecer a realidade sobre os fatos que envolvem a atenção às pessoas em situação de rua em municípios de médio porte populacional (IBGE, 2014) que não possuem estruturação de eCR, o que permitiu a construção de uma teoria perante o contexto vivido pelas equipes da ESF e da Rede Socioassistencial na atenção à saúde de pessoas que vivem nas ruas e transitam na área de abrangência da ESF.

A pesquisa qualitativa é uma abordagem que garante a flexibilidade e liberdade do pesquisador para aplicar técnicas interpretativas que possibilitem expressar e traduzir os significados da vida humana, das experiências vividas, dos comportamentos, emoções e sentimentos, em sua condição natural. Viabiliza a compreensão do funcionamento organizacional, movimentos sociais e os fenômenos culturais. Para tanto, é indispensável a seleção do referencial metodológico que, por sua vez, delineará o percurso da pesquisa (STRAUSS; CORBIM, 2008; MAIRINK, GRADIM; PANOBIANCO, 2021).

A TFD foi eleita como estrutura metodológica, sendo percebida a importância de construir o conhecimento sobre a atenção à saúde de pessoas em situação de rua em municípios sem eCR. A TFD permite maior discernimento e melhor entendimento do pesquisador perante os significados obtidos nos dados coletados, além de proporcionar muito mais que um conjunto de resultados, alcançando a compreensão dos fenômenos e, conseqüentemente, a construção da ação (STRAUSS; CORBIM, 2008).

A TFD vem com o intuito de investigar o que ainda pouco se conhece, possibilitando ao pesquisador construir a teoria de sua pesquisa (MAIRINK, GRADIM; PANOBIANCO, 2021). Porém, Strauss e Corbin (2008) reforçam que, para aplicação desta estrutura metodológica, é importante que o pesquisador conheça profundamente os procedimentos analíticos básicos e os principais conjuntos de ferramentas, com a intenção de o pesquisador se sentir confortável e confiante para a condução da análise, desenvolver de forma criativa uma teoria útil e novos entendimentos sobre o fenômeno.

Para o desenvolvimento de técnicas de pesquisa, Strauss utilizou as contribuições de Park (1967), Thomas (1966), Dewey (1922), Meade (1934), Hugles (1971) e Blumer (1969), as quais cooperaram para a construção da metodologia e dos procedimentos para realizar a pesquisa e formular a TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Deve-se atentar para:

a) a necessidade de sair a campo para descobrir o que está realmente acontecendo; b) a relevância da teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como para ação social; c) a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; d) a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder a situações problemáticas; e) a percepção de que as pessoas agem com base em significados; f) o entendimento de que o significado é definido e redefinido por meio da interação; g) a sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos (processo); e h) consciência das inter-revelações entre condições (estrutura), ação (processo) e consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 22-23).

Ao nos referirmos ao IS, Ritzer (2010) relata que Helbert Blumer (1900-1987) foi o grande expoente do desenvolvimento do IS em Chicago, a partir dos estudos de George Helbert Mead (1934), Charles Horton Cooley (1902), entre outros. Blumer desempenhou papel primordial ao manter vivo este ensino.

Blumer (1969) discorre que o IS se baseia em três premissas: a primeira apresenta que o ser humano age conforme o sentido que as coisas têm para ele; a segunda, que os significados são provenientes ou provocados pela interação social que cada um estabelece com a sociedade; a terceira, que tais significados são manipulados em um processo interpretativo e, por esse motivo, é modificado pela pessoa, ao relacionar-se com elementos com os quais entra em contato.

A sociedade é constituída por indivíduos que interagem entre si, e suas ações são influenciadas umas às outras, ou seja, as ações do outro interferem na formação da sua conduta. Desse modo, as ações, intenções ou objetivos são o tempo todo examinadas, moderadas, sustadas, intensificadas ou substituídas. O IS defende a hipótese que “o universo habitado pelos seres humanos é composto por objetos”, (BLUMER, 1969, p. 127). Esses objetos podem ser qualquer elemento, desde que possa ser indicado ou referido, possuir significados diferentes de uma pessoa para outra, definido pela interação grupal. Para compreender os atos humanos, é primordial identificar o universo de objetos de determinada pessoa ou grupo, pois, afinal, a humanidade se organiza em diferentes grupos e diferentes sociedades, ocupando diferentes posições. Para analisar os fenômenos e, assim, compreendê-los no processo de designação e interpretação, deve-se considerar que os seres humanos interagem de formas diferentes, vivem em universos diferentes e orientam-se por diferentes significados (BLUMER, 1969).

Desse modo, trabalhar a TFD e o IS enquanto referencial teórico possibilita conferir sustentação durante o desenvolvimento da pesquisa e escrita desta dissertação, visto a necessidade de compreender o processo interacional na atenção à saúde de pessoas em situação

de rua.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Este estudo optou pela escolha de dois municípios de porte médio populacional da Macrorregião Oeste do estado de Minas Gerais sem implementação de eCR. Para definir o município de médio porte, utilizou-se a estratificação do porte populacional adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), municípios com população entre 100.000 e 500.000 habitantes (IBGE, 2014).

A Macrorregião Oeste do estado de Minas Gerais abrange 53 municípios, com população total estimada em 1.280.907 habitantes, tendo como polo macrorregional a cidade de Divinópolis, além de oito polos microrregionais (Divinópolis, Lagoa da Prata/Santo Antônio do Monte, Bom Despacho, Formiga, Itaúna, Pará de Minas, Campo Belo e Oliveira/Santo Antônio do Amparo) (SESMG, 2020). Para este estudo, foram escolhidos os municípios de Divinópolis, com população estimada de 242.977 habitantes em 2021, e Nova Serrana, com estimativa de 108.241 habitantes em 2021 (IBGE, 2022).

Consideraram-se as maiores cidades da macrorregião, visto que possuem expressivo desenvolvimento econômico, devido ao seu crescimento industrial, o que corrobora para os movimentos migratórios, proporcionando crescimento populacional exponencial e maior propensão de pessoas em situação de rua.

Nova Serrana, cidade com área territorial de 282,472 km², está localizada na microrregião de Pará de Minas. Segundo dados disponibilizados pelo e-Gestor AB da Secretaria de APS, em maio de 2022, a cidade possuía um total de 24 equipes da ESF, com cobertura populacional pela APS/ESF estimada em 95,20%, enquanto que a cobertura de agente comunitários de saúde (ACS), em dezembro de 2020, era de 81,75% (E-GESTOR AB, 2022).

Divinópolis possui área territorial de 708,115 km². Segundo dados do e-Gestor AB, em maio de 2022, o município contava com 51 equipes da ESF e 04 equipes da APS Tradicional, com cobertura populacional de 58,89%, e a cobertura de ACS era de 32,10% em maio de 2020 (E-GESTOR AB, 2022).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 30 profissionais de saúde que compõem equipes de APS/ESF dos municípios de Divinópolis e Nova Serrana e seis informantes-chave da Rede Socioassistencial – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

(Centro POP) e na Casa de Acolhimento. A seleção das unidades de saúde aconteceu por meio de sorteio aleatório, exceto quando existia unidade de referência de atendimento às pessoas em situação de rua que foi incluída, visto a experiência de atendimento a essas pessoas.

Como critério de inclusão, adotou-se profissional da APS/ESF com atuação mínima de um ano, e de exclusão, aqueles que porventura encontravam-se, no momento da coleta de dados, afastados, de atestados ou de férias regulamentares.

Quanto à amostragem na TFD, ocorreu por saturação teórica, isto é, quando os conceitos/significados se mostraram suficientes para formulação da teoria sobre o objeto estudado (STRAUSS; CORBIM, 2008). A coleta de dados foi concomitante à análise, de modo que o pesquisador pôde configurar a codificação para o processo no decorrer da análise das entrevistas, inserindo novas questões e observações com bases nos conceitos emergentes e relevantes. A coleta foi encerrada quando os significados/conceitos formulados foram se repetindo e saturados a cada entrevista, bem desenvolvidos no que tange às propriedades e dimensões, até o ponto de não surgir dado novo ou relevante nas interlocuções, e as relações entre as categorias foram bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIM, 2008).

4.4 FONTES DE EVIDÊNCIAS

As fontes de evidências utilizadas foram a entrevista aberta individual e memorandos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A entrevista foi realizada pelo pesquisador, conjuntamente com uma aluna de iniciação científica, devidamente treinados pela orientadora. A entrevista foi audiogravada, transcrita na íntegra e analisada concomitantemente à coleta de dados, somente retornando ao campo para novas entrevistas após este processo, conforme premissa da TFD.

O processo de análise da TFD tem como objetivo descobrir, nomear e categorizar fenômenos, conforme códigos *in vivo* ou propriedades emergidas a cada entrevista (STRAUSS; CORBIM, 2008).

Os memorandos podem ter formatos diferentes: notas de codificação, notas teóricas ou notas operacionais. Os memorandos têm como função atuar como lembrete ou fonte de dados. São registros que contêm produtos de análise, que podem variar de tipo e formato, cujo objetivo na TFD é o desenvolvimento de conceitos. Atuam como estratégias analíticas, considerados registros da análise (STRAUSS; CORBIM, 2008).

Considerar-se-á também os diagramas para contextualizar a síntese da análise. Os memorandos e os diagramas são importantes ferramentas de embasamento para delineando da análise, considerando os conceitos/propriedades em sua complexidade, em densidade, em

clareza e em acuidade. Com isso, o pesquisador pode, ao longo da pesquisa, negar, alterar, dar suporte, ampliar ou esclarecer as informações durante a construção e integração da teoria final. Esses instrumentos nunca podem ser considerados supérfluos, pois eles darão importante suporte no processo de progressão, nas considerações, nos sentimentos e nas direções no processo da pesquisa (STRAUSS; CORBIM, 2008).

Os registros em memorandos e a elaboração de diagramas possibilitam a interpretação e síntese das ideias analíticas, que podem ser classificadas, ordenadas e reordenadas e até mesmo recuperadas, conforme a evolução teórica. Essas práticas, ao longo do estudo, forçam o analista a trabalhar com conceitos ao invés de dados brutos. Os pesquisadores podem usar a criatividade e a imaginação, ao longo da sua construção, em um processo que uma ideia sempre estimulará outra (STRAUSS; CORBIM, 2008).

4.5 COLETA DE DADOS

O procedimento da coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal São João del-Rei, *Campus* Centro-Oeste, sob Parecer 5.173.172.

No primeiro momento, foi realizado contato via e-mail com o gestor municipal de cada município, para apresentar a justificativa da pesquisa e a autorização para realização da coleta de dados, visto que, em consonância com a Resolução 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais, tal procedimento é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos.

Os profissionais de saúde da APS/ESF dos municípios foram contatados e convidados a participarem da pesquisa, voluntariamente, por meio de e-mail ou telefone da instituição de saúde (lista fornecida pelo setor responsável da Secretaria Municipal de Saúde do município). A seleção das unidades de saúde aconteceu por meio de sorteio aleatório, exceto para unidade de referência de atendimento às pessoas em situação de rua a qual foi incluída, visto a experiência dos profissionais na atenção a essas pessoas.

A coleta de dados aconteceu de forma presencial, respeitando as medidas protetivas e preventivas para controle da disseminação do SARS-CoV-2, como o distanciamento de mais de dois metros entre entrevistador e participante e uso de máscara e álcool em gel ao adentrar o ambiente da instituição de saúde. A abordagem para a entrevista foi direta pelo pesquisador e pessoalmente, em sala disponibilizada na unidade de saúde, após o participante ser esclarecido sobre o tema, o objetivo da pesquisa e os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres

humanos, convidando-o a contribuir na pesquisa de forma voluntária.

A coleta de dados se baseou em roteiro de entrevista semiestruturado, com questões acerca do objeto do estudo “A atenção à saúde de pessoas em situação de rua”, de modo a estimular o pensamento do participante e promover sua interação com a temática em investigação e a sua vivência. Ao surgir novos conceitos que o roteiro não contemplava, novos significados foram acrescidos, sendo acrescentada mais uma questão após a terceira entrevista realizada, visto a necessidade de aprofundamento em novos conceitos/significados oriundos desta entrevista, totalizando 9 questões, os quais foram saturados nas entrevistas subsequentes. Essa abordagem de novos conceitos surgidos levou o pesquisador a um encadeamento de ideias/conceitos a serem investigados, o que contribuiu para o desenvolvimento da teoria.

O número de participantes não foi definido. *A priori*, a coleta respeitou a saturação teórica dos dados, ou seja, o encerramento das entrevistas ocorreu a partir da saturação dos conceitos/significados e sua confirmação na 36ª entrevista, conforme premissa da TDF (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O pesquisador foi até o participante para entrevistá-lo, de maneira que ele não teve nenhum custo gerado para participar da entrevista. Assim, o profissional foi convidado a contribuir, individualmente, de forma voluntária, mediante suas experiências em atuação na APS e na Rede Socioassistencial com as pessoas em situação de rua.

Para Strauss e Corbin (2008), ao abrir a linha de investigação em direção à amostragem teórica, é preciso atentar-se para que as perguntas possuam boa formulação e sejam sensíveis ao objeto em estudo, considerando aquelas de caráter teórico, as de cunho prático e estrutural e as de natureza orientadora, de modo que as explanações obtidas sejam extremamente produtivas na condução do pesquisador a obter respostas ou até mesmo levar a investigações adicionais que trabalhem para o desenvolvimento e formulação teórica.

Para assegurar lisura em todo processo de execução da pesquisa, foram seguidas as recomendações da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, em respeito à dignidade humana e à proteção da vida dos participantes, considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, fazendo alusão à importância da pesquisa e progresso da ciência na implicação dos seus benefícios atuais e potenciais para o ser humano, a comunidade, a sociedade e sustentando a relevância da promoção do bem-estar e da qualidade de vida para a presente e futuras gerações (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

No que se refere aos princípios éticos para a coleta de dados e referentes aos participantes da pesquisa, foram respeitados os valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como seus costumes, salvaguardando a garantia da confidencialidade das informações, da

privacidade dos participantes e da proteção da identidade, incluindo o uso da sua voz (BRASIL, 2016).

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados se iniciou imediatamente após a primeira entrevista, visto que tais dados nortearam a próxima interlocução, conseguinte por mais análise. Assim, o processo de alternância permitiu fazer comparações, formular questões e fazer nova entrevista baseada nos conceitos teóricos derivados e emergentes, onde os significados utópicos se tornaram mais claros. Sempre mantendo equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade, reconheceram-se os significados dos dados, as conexões entre conceitos e a interpretação imparcial e acurada dos fatos (STRAUSS; CORBIM, 2008).

Segundo as recomendações de Strauss e Corbim (2008), a análise se deu pela codificação dos dados em quatro etapas: codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva e codificação para o processo.

4.6.1 Codificação aberta

Na primeira etapa, denominada codificação aberta, a análise ocorreu em processo dinâmico e fluido, e os dados foram separados distintamente e rigorosamente. O pesquisador examinou e comparou os dados em busca de similaridade e de diferenças. Perante os eventos, acontecimentos, objetos e ações/interações, foram considerados os conceitos similares em natureza ou relacionados em significados e, posteriormente, foram agrupados em conceitos mais abstratos denominados de categorias (STRAUSS; CORBIM, 2008).

Em concordância com as informações elucidadas e os direcionamentos de Strauss e Corbin (2008), após cada entrevista, foi realizada essa etapa da análise, de forma a relevar, nomear e desenvolver conceitos, expondo pensamentos, ideias e significados que nela contêm, codificados códigos *in vivo* ou propriedades. O código *in vivo* é nomeado com as palavras do participante da pesquisa que expressam o significado codificado. A propriedade é a interpretação dada pelo pesquisador ao significado que está expresso de forma contextualizada pela vivência sem ser nomeado pelo participante.

Nesta etapa, foram codificados 35 códigos *in vivo* e cinco propriedades, conforme relacionados no Quadro 2.

Quadro 2 - Saturação teórica dos códigos *in vivo* e propriedades – *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*, 2022

Códigos <i>in vivo</i>	Saturação teórica
Experiências, atenção e contato com as pessoas em situação de rua	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E21, E22, E24, E25, E26, E27, E28, E30, E32, E33, E34, E35, E36.
Não aceitam regras e orientações	E1, E3, E4, E32, E35.
Dificuldade para implementação de estratégias de cuidado e orientação	E1, E3, E4, E5, E8, E9, E12, E16, E18, E22, E24, E25, E28, E31, E33.
Ações somente sobre demanda: a demanda espontânea no atendimento às pessoas em situação de rua	E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E15, E16, E19, E20, E21, E22, E23, E26, E28, E32, E35.
Cadastramento de pessoas em situação de rua	E1, E2, E4, E7, E12, E13, E16, E26, E31.
Identificação e reconhecimento de pessoas em situação de rua: busca ativa e de direitos à saúde, educação e moradia	E1, E2, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E14, E15, E17, E18, E19, E21, E25, E26, E27, E30, E36.
Acesso ao Centro POP	E1, E2, E4, E7, E10, E17.
Equidade na atenção às pessoas em situação de rua	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E11, E12, E14, E16, E17, E19, E20, E22, E23, E24, E25, E27, E28, E31, E32, E33, E34, E35.
Reflexão sobre a atenção às pessoas em situação de rua	E1, E7, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E18, E19, E20, E21, E24, E25, E26, E27, E30, E34, E35, E36.
Atendimento às pessoas em situação de rua na equipe e no município	E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E16, E20, E21, E22, E23, E25, E27, E31, E33, E35.
No território: o encontro com as pessoas em situação de rua	E2, E5, E10, E14.
Não acatam orientação e descumprem as recomendações	E2, E3.
Preconceito às pessoas em situação de rua: as pessoas são invisíveis, são vistas na sociedade como excluídas	E2, E11, E14, E17, E18, E19, E20, E22.
Acolhimento, vínculo e acompanhamento das pessoas em situação de rua	E2, E3, E5, E17, E18, E19, E32, E34.
Falta tempo para atenção às pessoas em situação de rua: poderia ter feito mais ações	E2, E9, E18.
Complexidade do atendimento às pessoas em situação de rua: comportamento, agressividade, uso de drogas.	E3, E7, E14, E18, E20, E31.
Qualificação profissional, proatividade e busca de apoio para continuidade do tratamento às pessoas em situação de rua	E3, E5, E11, E20.
A integralidade do cuidado: pensar ou agir integralmente e em rede	E3, E5, E14, E17, E22, E32, E33.
Melhora da qualidade de vida das pessoas em situação de rua	E3, E10.

Centralização da atenção à saúde de pessoas em situação de rua em unidade de APS de referência	E4, E5, E7, E8, E9, E14, E18, E19.
Falta proatividade nas pessoas em situação de rua: primeiro, a pessoa tem que querer	E4, E6, E21, E26, E30, E34.
Planejamento da atenção às pessoas em situação de rua	E4, E6, E7, E11, E13, E15, E16, E17, E18, E22, E24, E27, E28, E32, E33, E34, E35, E36.
Ações intersetoriais: cuidado, trabalho em equipe e solidariedade	E2, E3, E5, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E17, E18, E19, E20, E21, E23, E28, E32, E34, E35, E36.
Dinheiro, eles têm é para outra finalidade, a mais triste de todas	E5.
A gratificação de ser útil para os outros	E5.
O acesso à saúde é um direito de todos	E7, E16, E18.
Quem é do Centro POP, tem acesso à unidade de saúde, quem não é, está perdido no sistema	E8, E9, E11, E13.
Igualdade na atenção à saúde	E4, E5, E11, E12, E13, E20, E21, E25, E26, E31, E34, E36.
Fatores que influenciam no fenômeno de viver em situação de rua: por que que saíram de casa?	E5, E13, E19, E26, E28, E32, E35.
Implantação do Consultório na Rua no município	E22, E31, E35.
Renda e iniquidades: o povo pobre aqui sofre muito	E22.
Acesso à Rede Socioassistencial	E23, E35.
Empatia e solidariedade	E25, E27.
O papel do ACS na busca ativa e ampliação do acesso	E27.
Fragilidade no vínculo: ele é uma brisa, vem, passa e vai embora	E28.
Propriedades	Saturação teórica
Propriedade: Imediatismo no cotidiano das pessoas em situação de rua	E1, E3, E9, E28, E32, E33.
Propriedade: Educação em saúde e doenças infectocontagiosas: noções de biossegurança e autocuidado na prevenção de doenças	E1, E2, E3.
Propriedade: Exclusão das pessoas em situação de rua na atenção à saúde	E1, E4, E6, E8, E10, E18, E22, E24, E28, E30, E33, E36.
Propriedade: Nomadismo de pessoas em situação de rua	E4, E5, E8, E11, E12, E13, E23, E35.

Propriedade Local de permanência de pessoas em situação de rua	E8.
--	-----

4.6.2 Codificação axial

Na etapa de codificação axial, foi realizado o processo de reagrupamento dos dados, que foram divididos durante a codificação aberta, ou seja, é o método de relacionar os códigos *in vivo*, de modo a formular subcategorias e categorias, preservando suas propriedades e suas dimensões. Tal procedimento é realizado com a finalidade de gerar explicações mais precisas e completas dos fenômenos, obtendo categorias densas, bem desenvolvidas e relacionadas (STRAUSS; CORBIM, 2008). Conforme visualizado no Quadro 3, os códigos *in vivo* e propriedades produziram 10 subcategorias, as quais originaram cinco categorias: a) *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem consultório na rua: acesso e proatividade profissional*; b) *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*; c) *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua na Atenção Primária à Saúde*; d) *Estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária*; e) *Na Atenção Primária, o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?*

Quadro 3 – Formulação das subcategorias e categorias – *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades, 2022*

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS IN VIVO/PROPRIEDADES
Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem consultório na rua: acesso e proatividade do profissional	Acesso à saúde e cadastramento de pessoas em situação de rua vinculadas ao Centro POP	Cadastramento de pessoas em situação de rua
		Acesso ao Centro POP
	Atendimento às pessoas em situação de rua: demanda espontânea, complexidade, proatividade do profissional	Ações somente sobre demanda: a demanda espontânea no atendimento às pessoas em situação de rua
		Reflexão sobre a atenção às pessoas em situação de rua
		Atendimento às pessoas em situação de rua na equipe e no município
		Complexidade do atendimento às pessoas em situação de rua: comportamento, agressividade, uso de drogas
		Qualificação profissional, proatividade e busca de apoio para continuidade do tratamento às pessoas em situação de rua
	Atenção centralizada, planejamento e ações intersetoriais: e o Consultório na Rua?	Centralização da atenção à saúde de pessoas em situação de rua em unidade de APS de referência
		Planejamento da atenção às pessoas em situação de rua
		Ações intersetoriais: cuidado, trabalho em equipe e solidariedade

		Implantação do Consultório na Rua no município
Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde	Exclusão de pessoas em situação de rua: preconceito, invisibilidade, poderia ter feito mais na atenção à saúde	Exclusão das pessoas em situação de rua na atenção à saúde
		Preconceito às pessoas em situação de rua: as pessoas são invisíveis, são vistas na sociedade como excluídas
		Falta tempo para atenção às pessoas em situação de rua: poderia ter feito mais ações
	Direito à saúde e agir integralmente na atenção às pessoas em situação de rua	A integralidade do cuidado: pensar ou agir integralmente e em rede
		O acesso à saúde é um direito de todos
		Quem é do Centro POP, tem acesso à unidade de saúde, quem não é, está perdido no sistema
		Acesso à Rede Socioassistencial
Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua na Atenção Primária à Saúde	Reconhecimento e busca ativa de pessoas em situação de rua: garantia de direitos à saúde, educação e moradia	Identificação e reconhecimento de pessoas em situação de rua: busca ativa e de direitos à saúde, educação e moradia
		O papel do ACS na busca ativa e ampliação do acesso
		Melhora da qualidade de vida das pessoas em situação de rua
	Acolhimento, empatia e solidariedade em vínculo frágil: vivências na atenção às pessoas em situação de rua.	Acolhimento, vínculo e acompanhamento das pessoas em situação de rua
		A gratificação de ser útil para os outros
		Empatia e solidariedade
		Fragilidade no vínculo: ele é uma brisa, vem, passa e vai embora
	Equidade <i>versus</i> igualdade no enfrentamento das iniquidades	Equidade na atenção às pessoas em situação de rua
		Igualdade na atenção à saúde
		Renda e iniquidades: o povo pobre aqui sofre muito
Estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária	-	Não aceitam regras e orientações
		Dificuldade para implementação de estratégias de cuidado e orientação
		Educação em saúde e doenças infectocontagiosas: noções de biossegurança e autocuidado na prevenção de doenças
		Não acatam orientações e descumprem as recomendações
		Falta proatividade nas pessoas em situação de rua: primeiro, a pessoas tem que querer
Na Atenção Primária, o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?	Experiências, encontros ou contato com pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária	Experiências, atenção e contato com as pessoas em situação de rua.
		No território: o encontro com as pessoas em situação de rua
		Local de permanência de pessoas em situação de rua
	Histórias de vidas nas ruas: como são essas pessoas?	Imediatismo no cotidiano das pessoas em situação de rua
		Nomadismo de pessoas em situação de rua
		Dinheiro, eles têm é para outra finalidade, a mais triste de todas

		Fatores que influenciam no fenômeno de viver em situação de rua: por que saíram de casa?
--	--	--

Durante esta etapa, é primordial realizar várias leituras e releituras dos códigos oriundos da codificação aberta, a fim de agrupá-los corretamente em subcategorias e categorias, com fins da compreensão do fenômeno em estudo, exercício que é realizado no constante ir e vir nesses dados, processo denominado de circularidade, em que os dados coletados são analisados e comparados simultaneamente e sucessivamente. A revisão no ir e vir nos dados permite ao pesquisador a retomada constante dos dados e realização de uma nova análise, caso julgue necessário, possibilitando a identificação de lacunas que ainda precisam ser preenchidas (STRAUSS; CORBIM, 2008; MAIRINK, GRADIM; PANOBIANCO, 2021).

4.6.3 Codificação seletiva

Na codificação seletiva, o analista terá que integrar e refinar as categorias, por meio da interação entre o pesquisador e os dados, sendo o primeiro passo para decisão da categoria central que definirá o tema principal da pesquisa e formará um todo explanatório que será capaz de responder às variações dentro de cada categoria. Para que isso aconteça, é necessário que uma lista de critérios seja seguida, a fim de que a categoria central se determine qualificada:

- 1) Ela deve ser central, ou seja, todas as outras categorias importantes podem ser relacionadas a ela. 2) Deve aparecer frequentemente nos dados. Isso significa que em todos os casos, ou quase todos, há indicadores apontando para este conceito. 3) A explicação que resulta da relação das categorias é lógica e consistente. Os dados não são forçados. 4) O nome ou a frase usada para descrever a categoria central deve ser suficientemente abstrata, de forma que possa ser usada para fazer pesquisa em outras áreas substanciais, levando ao desenvolvimento de uma teoria mais geral. 5) À medida que o conceito é refinado analiticamente por meio de integração com outros conceitos, a teoria ganha mais profundidade e mais poder explanatório. 6) O conceito consegue explicar variações e, também, o ponto principal dos dados, ou seja, quando as condições variam, a explicação ainda é válida, embora a forma na qual um fenômeno seja expresso possa parecer um pouco diferente. Devemos ser capazes de explicar casos contraditórios ou alternativos em temas dessa ideia central (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 146).

Entre diversas técnicas existentes, nesta etapa, os memorandos e diagramas facilitam o processo de identificação da categoria central e integração de conceitos. O ato de diagramar é considerado um processo valioso na TFD, visto que permite ao pesquisador ganhar distância dos dados, forçando-o a trabalhar com conceitos ao invés dos detalhes dos dados. Já os memorandos são registros das sessões analíticas, um agrupamento de ideias que, à medida que a pesquisa avança, tornam-se mais abstratos, possibilitando aos pesquisadores a revisão e classificação de memorandos segundo as categorias. Posteriormente, os memorandos podem ser revisitados para conseguir considerável integração das categorias (STRAUSS; CORBIM,

2008).

4.6.4 Codificação para o processo

Por fim, a codificação para o processo, etapa que ocorre durante todo processo de análise, consiste na examinação dos dados, de forma a compreender o processo de ação/interação entre os dados brutos e os seus significados, fazendo com que o analista procure padrões e, então, compreenda o contexto e o processo na qual será formada a categoria central (STRAUSS; CORBIM, 2008).

No Quadro 4, é possível visualizar os conceitos que foram gerados desde a primeira etapa da TFD, além da integração das subcategorias e categorias para formular a categoria central, denominada de teoria, que oferece explicações sobre o objeto de estudo: *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*.

Quadro 4 – Formulação da categoria central *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*, 2022

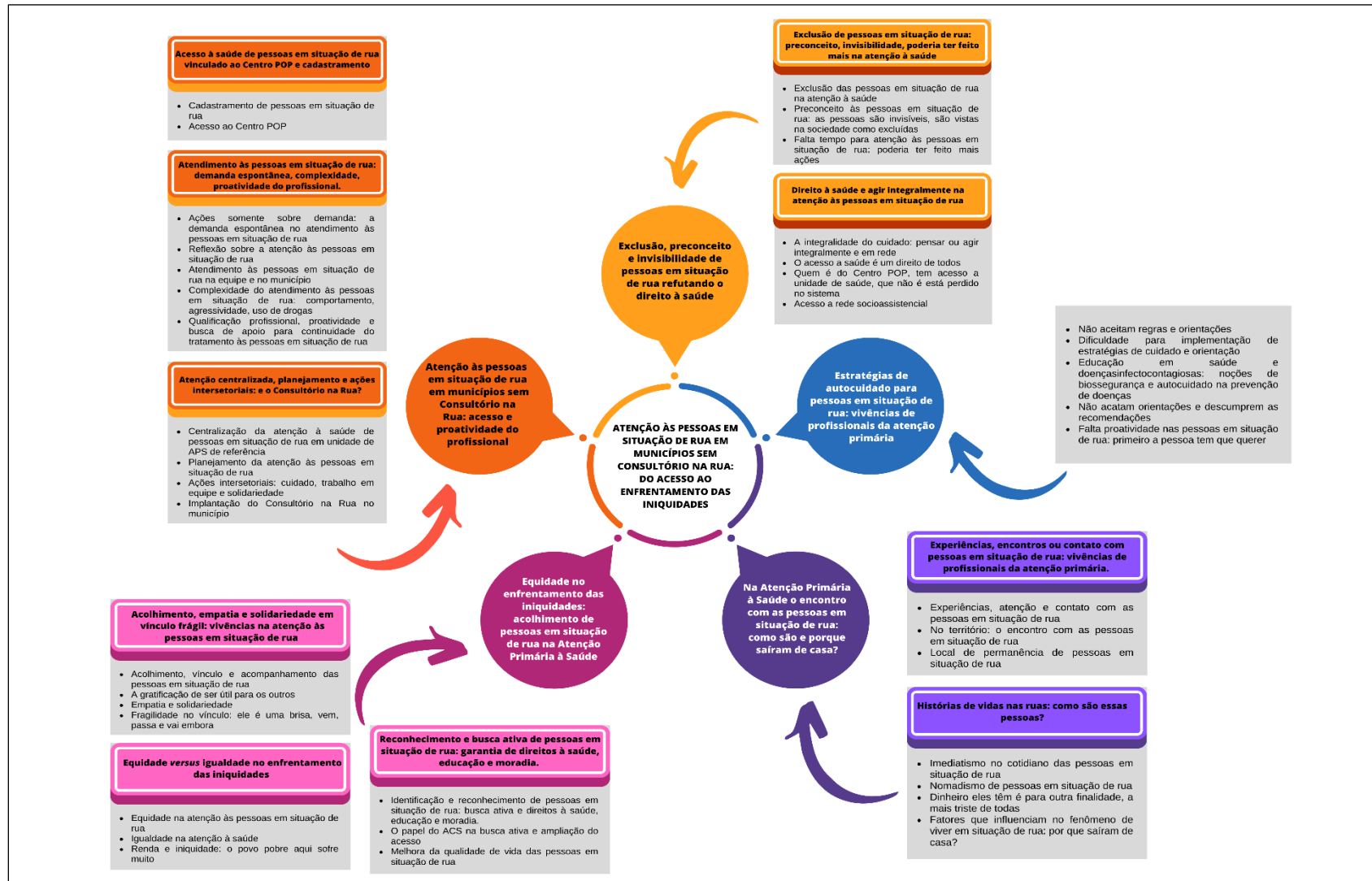
CATEGORIA CENTRAL	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS IN VIVO/PROPRIEDADES
ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MUNICÍPIOS SEM CONSULTÓRIO NA RUA: DO ACESSO AO ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES	Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem consultório na rua: acesso e proatividade do profissional	Acesso à atenção à saúde de pessoas em situação de rua vinculado ao Centro POP e cadastramento	Cadastramento de pessoas em situação de rua
			Acesso ao Centro POP
		Atendimento às pessoas em situação de rua: demanda espontânea, complexidade, proatividade do profissional	Ações somente sobre demanda: a demanda espontânea no atendimento às pessoas em situação de rua
			Reflexão sobre a atenção às pessoas em situação de rua
			Atendimento às pessoas em situação de rua na equipe e no município
			Complexidade do atendimento às pessoas em situação de rua: comportamento, agressividade, uso de drogas
			Qualificação profissional, proatividade e busca de apoio para continuidade do tratamento às pessoas em situação de rua
		Atenção centralizada, planejamento e ações intersetoriais: e o Consultório na Rua?	Centralização da atenção à saúde de pessoas em situação de rua em unidade de APS de referência
			Planejamento da atenção às pessoas em situação de rua
			Ações intersetoriais: cuidado, trabalho em equipe e solidariedade

			Implantação do Consultório na Rua no município
	Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde	Exclusão de pessoas em situação de rua: preconceito, invisibilidade, poderia ter feito mais na atenção à saúde	Exclusão das pessoas em situação de rua na atenção à saúde
			Preconceito às pessoas em situação de rua: as pessoas são invisíveis, são vistas na sociedade como excluídas
			Falta tempo para atenção às pessoas em situação de rua: poderia ter feito mais ações
		Direito à saúde e agir integralmente na atenção às pessoas em situação de rua	A integralidade do cuidado: pensar ou agir integralmente e em rede
			O acesso à saúde é um direito de todos
			Quem é do Centro POP, tem acesso à unidade de saúde, quem não é, está perdido no sistema
			Acesso à Rede Socioassistencial
	Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua na Atenção Primária à Saúde	Reconhecimento e busca ativa de pessoas em situação de rua: garantia de direitos à saúde, educação e moradia	Identificação e reconhecimento de pessoas em situação de rua: busca ativa e de direitos à saúde, educação e moradia
			O papel do ACS na busca ativa e ampliação do acesso
			Melhora da qualidade de vida das pessoas em situação de rua
		Acolhimento, empatia e solidariedade em vínculo frágil: vivências na atenção às pessoas em situação de rua.	Acolhimento, vínculo e acompanhamento das pessoas em situação de rua
			A gratificação de ser útil para os outros
			Empatia e solidariedade
			Fragilidade no vínculo: ele é uma brisa, vem, passa e vai embora
		Equidade <i>versus</i> igualdade no enfrentamento das iniquidades	Equidade na atenção às pessoas em situação de rua
			Igualdade na atenção à saúde
			Renda e iniquidades: o povo pobre aqui sofre muito
	Estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária	-	Não aceitam regras e orientações
			Dificuldade para implementação de estratégias de cuidado e orientação
			Educação em saúde e doenças infectocontagiosas: noções de biossegurança e autocuidado na prevenção de doenças
			Não acatam orientações e descumprem as recomendações
			Falta proatividade nas pessoas em situação de rua: primeiro, a pessoas tem que querer
	Na Atenção Primária,	Experiências, encontros	Experiências, atenção e contato

	o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?	ou contato com pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária	com as pessoas em situação de rua
			No território: o encontro com as pessoas em situação de rua
			Local de permanência de pessoas em situação de rua
		Histórias de vidas nas ruas: como são essas pessoas?	Imediatismo no cotidiano das pessoas em situação de rua
			Nomadismo de pessoas em situação de rua
			Dinheiro, eles têm é para outra finalidade, a mais triste de todas
			Fatores que influenciam no fenômeno de viver em situação de rua: por que saíram de casa?

Ao terminar a investigação e a determinação da teoria criada, Strauss e Corbin (2008) destacam que, ao gerar, elaborar ou testar uma teoria, é imprescindível que sejam feitos julgamentos sobre a validade, confiabilidade e credibilidade dos dados. Para que isso ocorra, é preciso que os critérios da TFD sejam utilizados como diretrizes fundamentais e que os procedimentos modificados e/ou ajustados sejam precisamente relatados na redação, de modo que possibilite aos leitores e avaliadores o julgamento da credibilidade dos resultados. O pesquisador deve identificar e informar os pontos fortes e as limitações do estudo e, por fim, que em suas publicações apresente respostas ao problema de pesquisa e ao alcance do(s) objetivo(s). É possível visualizar os resultados gerados em cada etapa da TFD na Figura 2, a qual apresenta a teoria formulada neste estudo, com os códigos *in vivo* ou propriedades vinculadas à subcategoria que articula a categoria de análise e, em síntese, aponta a categoria central.

Figura 2 – Teoria Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades, códigos in vivo e propriedades, subcategorias, categorias de análise e categoria central, 2022



Fonte: elaboração própria.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPCO/UFSJ), sob parecer 5.173.172, conforme estabelecido na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentado de forma clara e objetiva e em duas vias, uma do pesquisador e a outra do participante da pesquisa. Foi conferido ao participante a oportunidade de tirar dúvidas e expressar seus receios garantindo-lhe a tomada de decisão autônoma e o direito de recusa (BRASIL, 2016).

Todos os profissionais da APS/ESF e os informantes-chave da Rede Socioassistencial que participaram deste estudo assinaram duas vias e receberam uma cópia do TCLE, no qual contém esclarecimentos suficientes sobre a pesquisa, considerando os aspectos éticos, os riscos e a devida proteção dos direitos dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2016).

4.8 RISCOS DA PESQUISA

Quanto os riscos da pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados ao possível constrangimento, ou o despertar de sentimentos negativos ao participante da pesquisa por possíveis lembranças desagradáveis provocadas pela entrevista. O pesquisador estava atento aos procedimentos adotados durante execução de toda pesquisa e foram empregadas medidas de precaução e proteção a fim de evitar quaisquer danos ou sua atenuação e que sempre prevaleça os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Esse risco mínimo pode estar relacionado a possíveis desequilíbrios emocionais e para preveni-los ou minimizá-los, o participante teve a liberdade de não responder as questões que ele não queira ou não se sinta à vontade, as perguntas foram claras. Não houve intercorrência em nenhuma entrevista não sendo necessária assistência a riscos possíveis em relação a esta pesquisa.

Os dados coletados foram tratados com segurança de forma a garantir confidencialidade e sigilo em todas as etapas do estudo, a pesquisadora responsável manterá estes dados arquivados durante um período mínimo de cinco anos a partir da data de realização da entrevista. Para esclarecimentos, ao participante desta pesquisa, foi frisado que o depoimento colhido na entrevista será mantido sob sigilo, com acesso exclusivo dos pesquisadores, sendo arquivado por cinco anos, aos cuidados da pesquisadora responsável, obedecendo os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

Todas as despesas relacionadas a esta pesquisa são de responsabilidade do pesquisador. O participante não recebeu qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentam as cinco categorias oriundas da análise de dados em formato de artigos: a) *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem consultório na rua: acesso e proatividade profissional*; b) *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*; c) *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua na Atenção Primária à Saúde*; d) *Estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária*; e) *Na Atenção Primária, o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?*

5.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM MUNICÍPIOS SEM CONSULTÓRIO NA RUA: ACESSO E PROATIVIDADE PROFISSIONAL

RESUMO

Objetivo: compreender o acesso à Atenção Primária à Saúde de pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua. **Método:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, sob referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, e teórico, do Interacionismo Simbólico, realizado com 30 profissionais da Estratégia Saúde da Família e 06 informantes-chave da Rede Socioassistencial. Como fonte de dados, utilizaram-se a entrevista aberta e memorandos. **Resultados:** evidenciou-se a inexistência de planejamento da atenção à saúde de pessoas em situação de rua. O acesso se dá no acolhimento a demanda espontânea e, quase sempre, sob intervenção de profissionais da Rede Socioassistencial. Apontaram-se a intersetorialidade e a proatividade do profissional enquanto eixos na superação das iniquidades e na garantia do acesso. **Conclusão:** este estudo ratifica a necessidade da ampliação do acesso, com a identificação, cadastramento e acompanhamento das pessoas em situação de rua na atenção primária. É preciso estimular a proatividade do profissional, visto sua notoriedade no fortalecimento de ações equânimes.

Descritores: Pessoas Mal Alojadas; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Pessoal de Saúde.

INTRODUÇÃO

Como uma porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção

Primária à Saúde (APS) ordena os fluxos das pessoas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de garantir que a atenção seja ofertada próximo à casa de cada um. A APS tem como atributo a capacidade de atendimento às especificidades locais e características regionais, como a presença de populações itinerantes e dispersas na área de abrangência, garantindo então a efetividade da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

A saúde é um direito fundamental de cidadania, e isso implica que o Estado assegure a todos o acesso às ações e serviços de saúde por meio de políticas sociais e econômicas. Porém, muitos excluídos continuam lutando pelo direito de participar ativamente da sociedade, como é o caso das pessoas em situação de rua, que vivenciam estigmas e preconceitos, à margem de processos sociais. Além disso, experienciam diversos graus de violações e vulnerabilidades (LIRA *et al.*, 2019; VIEGAS *et al.*, 2020), os quais constituem fatores que contribuem na legitimação da violência contra a identidade dessas pessoas (BRITO; SILVA, 2022).

Para assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro às políticas públicas, foi instituída, no Brasil, em 2009, a Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua (PNPSR) (BRASIL, 2009), representando um avanço no atendimento dessas pessoas por meio de ações intersetoriais (BRITO; SILVA, 2022), além de promover os princípios de equidade, humanização e universalidade, reconhecendo a singularidade e o respeito à dignidade humana e cidadania dessas pessoas (PAULA *et al.*, 2018).

De modo a colaborar na superação das iniquidades e ampliação do acesso à saúde das pessoas em situação de rua, o Ministério da Saúde institui, em 2011, a equipe de Consultório na Rua (eCR), que visa ampliar respostas às demandas e necessidades dessas pessoas de forma itinerante e integrada às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, quando necessário, a outros pontos de atenção à saúde, conforme as demandas singulares (BRASIL, 2021).

Apesar dos avanços dos direitos adquiridos pelas pessoas em situação de rua, elas continuam enfrentando obstáculos para o acesso à saúde, principalmente em municípios sem eCR, fator que gera exclusão, restando o acesso às unidades de urgência e emergência (LIRA *et al.*, 2019). Dessa forma, a colaboração com as redes intra e intersetorial se faz precisa, de modo a promover equidade e melhorias na condição de vida e no modo de viver nas ruas, com redução de danos e de riscos à saúde (FARIAS; MINGHELLI; SORATTO, 2020).

Perante o questionamento de como se dá o acesso aos serviços de APS de pessoas que vivem nas ruas, este estudo teve como objetivo compreender o acesso à APS de pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou aspectos éticos da Resolução 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de garantir a privacidade dos participantes, foi assinado o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido após pertinentes informações sobre a pesquisa e preceitos éticos em pesquisa (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, sob Parecer 5.173.172. Os participantes foram identificados com código alfanumérico: E₁, E₂, E₃...

Referencial teórico-metodológico

Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUS; CORBIN, 2008), e como teórico, o Interacionismo Simbólico (IS) (BLUMER, 1969). A TFD fornece uma combinação de resultados que permite explicar os fenômenos, além de discernir, compreender e formar um plano de ação ou teoria por meio do uso dos dados coletados (STRAUS; CORBIN, 2008). O IS possibilita compreender como os indivíduos percebem os outros por meio de suas ações e interações e como ressignificam suas experiências coletivamente (BLUMER, 1969).

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, resultante de uma dissertação de mestrado, que teve como referencial metodológico a TFD, e teórico, o IS.

Cenário do estudo

O cenário do estudo constitui de dois municípios de médio porte, pertencentes à Macrorregião Oeste do estado de Minas Gerais (MG), Brasil, sem eCR. O tamanho da população foi um fator decisivo no processo de seleção. Foram escolhidas as duas maiores cidades da região, conforme os números estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e novembro de 2022. Empregou-se a entrevista aberta, intensiva, com roteiro semiestruturado, audiogravada e transcrita na íntegra com concomitante análise. Foram abordadas questões acerca da atenção à saúde de pessoas em situação de rua, sendo realizadas pelo pesquisador principal juntamente com aluna de iniciação científica.

Foram selecionados, para participar deste estudo, 30 profissionais da APS e seis informantes-chave, que são profissionais de instituições de acolhimento às pessoas em situação de rua, com pelo menos um ano de exercício no cargo. Foram excluídos os profissionais afastados do trabalho ou de férias. A seleção das unidades de saúde de APS para coleta de dados

ocorreu por meio de sorteio aleatório, exceto as que se fazem referência para as pessoas que vivem nas ruas, sendo incluídas sem sorteio. As entrevistas aconteceram presencialmente nas unidades de saúde e instituições de acolhimento em sala reservada, após o aceite voluntário do participante e posterior agendamento para realização da coleta de dados, sendo o número de participantes determinado pela saturação teórica dos dados, isto é, saturação dos conceitos/significados oriundos dos dados brutos (STRAUSS; CORBIN, 2008), totalizando 36 participantes da pesquisa.

A análise dos dados seguiu as premissas de Strauss e Corbin (2008), em quatro etapas: codificações aberta, axial, seletiva e para o processo, permitindo maior flexibilidade na interpretação e no aprofundamento dos significados, a partir das realidades vivenciadas.

Na codificação aberta, em um processo dinâmico e fluido, as falas dos entrevistados possibilitaram revelar, nomear e desenvolver conceitos, que originaram os códigos *in vivo* e as propriedades. Na codificação axial, os dados obtidos na codificação aberta foram subcategorizados e incorporados em subtemáticas (STRAUSS; CORBIN, 2008), determinando cinco categorias: 1) Demanda espontânea, complexidade da atenção e proatividade profissional em municípios sem Consultório na Rua; 2) Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde; 3) Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua; 4) Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua; 5) Na Atenção Primária, o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa? Na codificação seletiva, foi realizada a integração e refinação da teoria, de modo a representar os resultados da pesquisa, assumindo então a categoria central *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*, também denominada de teoria. Durante todas essas etapas, ocorreu a codificação para o processo, que consistiu no ir e vir nos dados até o momento da construção da categoria central, e os dados foram contestados e analisados recorrentemente durante todo o processo de análise (STRAUSS; CORBIN, 2008).

RESULTADOS

Foram entrevistados 36 profissionais, sendo 7 enfermeiros, 1 auxiliar de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem, 3 dentistas, 1 técnico de saúde bucal, 2 auxiliares de saúde bucal, 4 médicos, 9 agentes comunitários de saúde, 3 psicólogos, 1 atendente de saúde bucal, 1 cuidador social e 3 assistentes social. Desses, 25 são do sexo feminino, e 11, do masculino, com a média de idade de 39 anos, com desvio padrão de 22 e 59 anos, e o tempo de atuação na área variou de 1 a 28 anos.

Este artigo aborda a categoria *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: acesso e proatividade profissional*. Conforme visualizado na Figura 1, é possível identificar os códigos *in vivo*/propriedades, subcategorias e categoria que deram origem a este artigo.



Figura 1 - Categoria *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: acesso e proatividade profissional*, subcategorias e códigos *in vivo*, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022

A atenção às pessoas em situação de rua apresenta singularidades, no cotidiano da APS, nos dois cenários deste estudo.

“Porta aberta”, “é livre demanda”, “chegou a gente acolhe” são expressões dos participantes da pesquisa, ao enfatizar que as ações em saúde direcionadas às pessoas em situação de rua se voltam para a demanda espontânea em resposta a uma necessidade pontual:

Na verdade, não tem um atendimento certo, porque é porta aberta [...] mas o atendimento de ir nas visitas, não tem! Porque eles não têm lugar onde morar. Aí é porta aberta quando eles sentem alguma necessidade de saúde, de atendimento, aí eles vêm na unidade. Não pode negar (E15).

É a porta aberta. É a livre demanda deles. Quando eles precisam de alguma coisa da gente, a gente fornece a eles. Eles vêm, pedem e a gente fornece a ajuda que eles estão precisando (E16).

O acesso se dá no acolhimento à demanda espontânea, em horários pré-estabelecidos, por vezes em circunstâncias agudizadas:

A demanda aqui, na verdade, ela é espontânea [...] porque eles só buscam quando eles estão numa situação muito precária, que é de dor, como no caso da dor de dente, ou quando tem alguma queda, ou se metem em alguma confusão que machuca, que tem que cuidar de uma ferida, de uma fratura, alguma coisa assim. Dificilmente, eles vêm de livre espontânea vontade (E26).

O acolhimento na APS é viabilizado via encaminhamentos realizados por profissionais da Rede Socioassistencial, ou em comunicação prévia com o serviço para o qual o usuário é encaminhado.

Morador de rua, geralmente, eles já veem com encaminhamento. [...] ele sempre é encaixado na agenda daquele dia. Então, o atendimento é tranquilo, ele não vai precisar esperar muito, caso não tenha vaga naquele dia, a gente tenta marcar o mais próximo (E20).

Assim, nota-se que o atendimento à saúde se dá de forma centralizada em determinadas equipes de APS dos municípios, visto a existência de equipamentos socioassistenciais na área de abrangência que realizam a vinculação das pessoas em situação de rua aos serviços de Atenção Primária:

Aqui, o fluxo de atendimento, eles pertencem a uma área, então a microárea onde fica o núcleo POP tem uma ACS (agente comunitário de saúde) que tem o contato direto lá, tem o prontuário e, de forma geral, eles são encaminhados pela assistente social do núcleo POP, ou eles ligam aqui na unidade e trazem a demanda (E8).

Basicamente, aqui, tem duas formas, demanda espontânea, que é a porta aberta, e tem a Casa de Acolhimento, que é aqui na nossa área de abrangência [...] quando ela (assistente social) [...] vê que precisa de algum atendimento da parte da saúde, ela entra em contato com a gente, e a gente normalmente agenda ou ela encaminha com encaminhamento simples (E31).

Segundo os participantes deste estudo, no cotidiano, eles enfrentam obstáculos significativos ao cuidar de pessoas em situação de rua, pela ausência de história de cuidado longitudinal e o fato de as intervenções ocorrerem, frequentemente, em situações tensas pelo comportamento defensivo dessas pessoas e efeitos de substâncias psicoativas. Esses obstáculos dificultam a articulação e a construção cotidiana dos planos de cuidado da APS.

Assim, a dificuldade maior que eu vejo é o primeiro contato com eles, da agressividade que eles vêm, eles acham que a gente tem preconceito com eles (E3).

É um público difícil, às vezes já chega aqui com algumas alterações, a maioria vai ter doença psiquiátrica, 99% vai ter algum tipo de dependência: álcool, drogas... então já é naturalmente difícil. [...] muita gente já chega alterado, aí como você vai abordar esse público? É uma dificuldade, a pessoa já chega alterada, você não tem histórico, a pessoa chega com relato que roubaram a medicação, ou sumiu, aí como você dá continuidade nisso? [...] há múltiplos fatores. É difícil fazer o acompanhamento longitudinal (E31).

São expressas reflexões sobre a melhoria do atendimento às pessoas em situação de rua, e são apontadas estratégias para ampliar o acesso e melhorar a atenção à saúde dessas pessoas, por meio de atitudes profissionais proativas que minimizem as iniquidades em saúde.

Fazer um mutirão, para ir até essa pracinha, com médico e enfermeira. [...] se formasse uma equipe que fosse até o encontro deles, um dia, uma vez no mês, que fosse até onde eles ficam localizados, ajudaria bastante. (E15)

Da saúde ir até onde o usuário está, porque, assim, muitas vezes, a gente não consegue sensibilizar ele para ir à ESF, talvez esse seria o caminho para conseguir equidade. (E18)

No quesito saúde, a gente poderia melhorar em projetos. Sei lá, colocar uma ambulância à noite, onde eles aglomeram mais... medir uma pressão, uma glicose. Ver como estão... (E34)

Apesar da complexidade do atendimento às pessoas em situação de rua, fica claro nas falas dos participantes que a proatividade do profissional proporciona vínculos intra e intersetoriais na superação de barreiras e garantia do acesso ao cuidado. Esse fato fica evidente na rotina dos serviços, quando inserem essas pessoas no cotidiano da APS, porém, no que tange ao cadastramento das pessoas na APS, os discursos divergem entre os participantes e os municípios.

Ele tem o prontuário na unidade, [...] mas ele não está cadastrado. Ele não está vinculado a uma família (E7),

É como se fosse uma família POP, sabe? [...] eles são cadastrados lá como uma família (E13).

Pelo nosso método de trabalho, a gente cadastra as famílias de acordo com o endereço, e essas pessoas não tem como fazer isso (E16).

Assegurar a cada pessoa uma vida digna, incluindo saúde, alimentação e teto, é o que se objetiva. Nesse sentido, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) foi mencionado entre os participantes da pesquisa várias vezes:

Então, hoje você pode ficar fixo na casa (Centro POP) ou você pode ir lá tomar banho, comer e voltar pra rua (E1).

Tem o POP, que acolhe esses moradores de rua, os acompanha nas consultas especializadas, digo, assim, consulta na policlínica (E7).

Cada município sem eCR tem uma rotina e prática para o atendimento às pessoas em situação de rua, o que infere na garantia do acesso à saúde por meio de programas de assistência

social que estabelecem relacionamento intersetorial com unidades de saúde mais próxima da instituição de acolhimento, porém confere a centralização do atendimento em uma única unidade, ou em unidade mais central do município, onde circulam as pessoas em situação de rua, como um “ponto de referência” na assistência à saúde dessas pessoas (Memorando).

Eles centralizaram o atendimento da população de rua na unidade que está na abrangência do núcleo POP. Então, hoje, o atendimento da população de rua que tem cadastro no núcleo POP é feito pela nossa unidade de saúde (E8).

Aqui, a gente tem uma Casa de Acolhimento (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS) no centro, então quando esse usuário chega lá e ele precisa do atendimento, então a própria casa o encaminha para cá (E28).

Em relação ao planejamento da assistência à saúde às pessoas em situação de rua, foi comum em ambas realidades a execução de ações pontuais, de acordo com a necessidade demandada por elas e pelos serviços socioassistenciais, operando atendimentos às queixas pontuais, abstendo o desenvolvimento de ações planejadas de modo a promover a saúde dessas pessoas, que possam impactar sobre os fatores que interferem na qualidade de vida e saúde.

Não tem planejamento. Não existe. Depende da necessidade deles quando eles procuram a unidade. Mas a unidade fazer alguma coisa para promover? Não faz (E15).

Não tem como planejar ação com essa população. É uma população muito flutuante, muito irregular. [...] nós já fizemos, de ir ali na Casa de Acolhimento, [...] fazer uma palestra com eles sobre autocuidado, sobre higienização, higiene bucal, é o que a gente consegue fazer até o momento, [...] não têm programações específicas para ir frequentemente, não. A gente foi porque eles nos convidaram (E33).

No entanto, mesmo sem planejamento da assistência à saúde de pessoas em situação de rua, identifica-se que as ações intersetoriais são extremamente importantes na construção do cuidado ofertado, visto que as equipes da APS se apresentam engajadas e solidárias ao atendimento dessas pessoas.

Especificamente aqui no Centro POP, que é um serviço da assistência social, a questão de saúde, a gente tem mais uma ideia do apoio, a gente faz os encaminhamentos para a APS, para o hospital... [...] a gente constrói junto com o usuário um projeto, um plano de acompanhamento. Se a gente identifica alguma questão de saúde, é aquela questão do apoio, a gente apoia a pessoa, muitas vezes, acompanha as pessoas aos exames que ela tem que fazer, ao atendimento que ela tem que fazer na APS, os encaminhamentos para os demais serviços, tipo o CAPS (E17).

Aqui, a gente tem muita facilidade em questão de saúde, a gente tem uma parceria muito boa com o pessoal do posto de saúde ali, tudo que a gente precisa, eles são atendidos, são encaminhados para lá. [...] tem, também, acompanhamento CAPS-AD, alguns aqui frequentam, não são todos e, quando frequentam, têm um amparo lá do CAPS-AD, mas é bem tranquilo. Quando é caso de urgência e emergência, a gente chama o SAMU, eles vêm (E36).

Um dos municípios está em processo de credenciamento de eCR. Diante dessa realidade, os profissionais se mostraram apreensivos e esperançosos com a implantação da

equipe, devido à possibilidade de expansão do acesso e ao potencial de monitoramento longitudinal:

Já está anunciado na imprensa o Consultório na Rua [...] seria uma unidade absolutamente importante para acompanhamento deles. [...] eu temo que o Consultório na Rua venha e vire um grande ambulatório, sem a vinculação psicossocial, sem a vinculação no território, sem a vinculação de geração de renda, sem outras possibilidades que essa população teria no território (E22).

Já tem feito levantamentos nessas discussões de casos e a gente acredita que o mais breve possível o Consultório na Rua vai começar a funcionar, então funcionando já vai nos aliviar muito na questão de encaminhamentos. Já chegam aqui ou com os exames já prontos, ou com alguns diagnósticos já pré-estabelecidos para nos ajudar no trabalho (E35).

DISCUSSÃO

Ao compreender o acesso e a dinâmica do acolhimento das pessoas em situação de rua, evidenciam-se diferentes situações e abordagens nas realidades pesquisadas. No entanto, em ambos cenários, o acesso se dá pela demanda espontânea, associada às atitudes profissionais que ora potencializa o acesso, ora o limita.

Garantir o acesso é desafiador, já que existem diversos fatores que possam restringir ou prejudicar a prestação do cuidado. Ofertar um serviço não garante que as pessoas o utilizem, pois existem obstáculos que impedem o acesso das pessoas aos serviços de saúde, como barreiras geográficas, problemas de deslocamento, insuficiência de recursos financeiros, barreiras organizacionais e culturais (VICARI; LAGO; BULGARELLI, 2022).

Assim, um dos desafios do cuidado de quem vive na rua é a falta de acesso aos serviços de saúde, principalmente para quem faz uso de álcool e outras drogas e se encontra em situação de vulnerabilidade extrema (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Devido às condições vulneráveis vivenciadas pelas pessoas em situação de rua, elas têm uma prevalência desproporcional de doenças crônicas, quando comparadas às outras pessoas com teto. No entanto, apesar de conhecerem o diagnóstico, a maioria dessas pessoas não são acompanhadas ou tratam essas doenças, o que as leva a procurar os serviços de saúde em situações de urgência e emergência para aliviar os sintomas. Nesse sentido, a avaliação e a adequação dos serviços e iniciativas existentes para contemplar a equidade por meio de ações técnicas, gerenciais e políticas intra e intersetoriais favorecerão o acesso, o acompanhamento das condições crônicas e a superação de atitudes que estigmatizam, excluem e promovem os mais diversos preconceitos contra as pessoas que vivem nas ruas (VALLE; FARAH, 2020).

As barreiras de acesso aos direitos sociais fundamentais e aos direitos constitucionais persistem, apesar da existência de políticas setoriais e intersetoriais voltadas para a proteção dos direitos da pessoa em situação de rua. Neste sentido, a Rede Socioassistencial desempenha

um papel fundamental na articulação e planejamento das jornadas terapêuticas dessas pessoas no sistema de saúde, de modo a garantir os seus direitos e o fortalecimento do vínculo com os profissionais das equipes da ESF (ANDRADE *et al.*, 2022), o que corrobora com os achados deste estudo.

Como evidenciado nos cenários estudados, o Centro POP e o CRAS têm papel fundamental no desenvolvimento de ações que favorecem o cuidado à saúde dessas pessoas no cotidiano da ESF. Em um dos municípios, o atendimento foi centralizado em unidade da ESF, que tem em sua área de abrangência o equipamento de assistência social. Porém, é fundamental garantir o acesso de forma integral, ágil e oportuno aos serviços e ações de que necessitam, pois, afinal, limitar o atendimento a um único estabelecimento de saúde promove a desigualdade e contraria as próprias diretrizes e recomendações da PNPSR. É preciso criar mecanismos que facilitem a expansão do acesso a outras unidades de saúde, já que a vinculação da pessoa em situação de rua com a equipe da ESF favorece o acompanhamento longitudinal (VALLE; FARAH, 2020; BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

Apesar das dificuldades, em um dos municípios, cenário deste estudo, as pessoas cadastradas são vinculadas na família “Centro POP”, assim definido pelos participantes deste estudo, em ação intersetorial entre ESF e Centro POP, que fortalece o vínculo e proporciona o acesso. Diante disso, é importante ressaltar a importância do ACS quanto ao cadastramento dos usuários. Esse profissional aproxima a comunidade à equipe. Seja o contato na casa do usuário, na rua ou embaixo da marquise, é no território que são identificadas as necessidades e vulnerabilidades das pessoas que ali passam e residem (VICARI; LAGO; BULGARELLI, 2022).

Em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, as pessoas em situação rua “eram classificadas como ficha extra, flutuante e avulsa” no cadastramento da APS (PAIVA; GUIMARÃES, p. 11, 2022), fato que exige repensar e reorganizar as práticas assistenciais vigentes, passando a considerá-los enquanto sujeitos de direitos.

A fragilidade na identificação e reconhecimento de pessoas, independentemente da existência de moradia fixa na área de abrangência, faz com que usufruem de serviço de urgência e emergência como porta de entrada no SUS, o que sinaliza a necessidade de superação das práticas atuais. Devido à complexidade de condições vulneráveis vivenciadas, a reorganização dos serviços influenciará diretamente nas intervenções e nos determinantes do processo saúde-doença, por isso é preciso readequar as práticas, que requerem métodos diferenciados no atendimento. Afinal, na prática, percebe-se que “por não pertencer a um território definido, facilmente acaba por pertencer a ninguém” (LIRA *et al.*, p. 6, 2019).

A fim de amenizar as iniquidades em saúde, a atenção às pessoas em situação de rua precisa ser estruturada de acordo com as necessidades impostas pelo modo de viver na rua e o estabelecimento de vínculos com os profissionais da APS. Destarte, será possível transpor as barreiras que dificultam o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, razão pela qual a capacitação profissional se torna um importante desafio a ser superado quando se trata de atenção à saúde de pessoas em condições vulneráveis (HINO; SANTOS; ROSA, 2018). O despreparo profissional está associado à discriminação e aumento da vulnerabilidade social dessas pessoas, além de baixa resolutividade frente às demandas apresentadas (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Na realidade da APS, os profissionais têm como foco as necessidades das pessoas cadastradas na unidade de saúde, e planejam as atividades de acordo com o perfil de sua comunidade para garantir o acesso e a diminuição das iniquidades. Esse contexto impossibilita o estabelecimento de regras de uniformização de atendimentos, mesmo entre serviços semelhantes em realidades díspares, razão que torna imprescindível desenvolver iniciativas que estimulem o cuidado mais equitativo (VICARI; LAGO; BULGARELLI, 2022).

Nos cenários pesquisados, as ações não são planejadas para a atenção às pessoas em situação de rua. As práticas realizadas estavam intimamente relacionadas às ações pontuais nos locais onde essas pessoas são atendidas, como o Centro POP e a Casa de Abrigo dos municípios cenários deste estudo. Nesse sentido, precisa-se superar as barreiras de acesso e maximizar a efetividade de ações que estimulem a utilização dos serviços, principalmente para populações mais vulneráveis (ANDRADE *et al.*, 2022).

A APS tem como uma de suas diretrizes a superação das iniquidades em saúde, mas sua efetividade interdepende do comportamento dos profissionais, para a qualidade da atenção e produção do cuidado. Por isso, discussões sobre planejamento da atenção à saúde são essenciais. É importante levar em consideração as necessidades e características das pessoas que vivem na área de abrangência. Isso requer planejamento e engajamento da equipe, com fins a melhorar o acesso, o trabalho oferecido e o nível de atenção prestado, bem como garantir a satisfação desses profissionais com o trabalho (VICARI; LAGO; BULGARELLI, 2022). Nesse sentido, uma assistência resolutiva, integral e de qualidade envolve vários atores: o profissional, a equipe, a gestão e o próprio usuário (GONTIJO *et al.*, 2020). Assim, para reestruturação dos serviços de APS, é preciso, primeiramente, analisar as práticas de inclusão e o que interfere para que a exclusão aconteça e, a partir disso, construir fluxos que organizem ações que visem à universalidade do acesso, com cuidado horizontal na RAS e corresponsabilizado por todos os envolvidos (LIRA *et al.*, 2019).

Transformações que transpassem as práticas assistenciais tradicionais se tornam urgentes, de modo a construir estratégias e possibilidades que garantam maior acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua (PAULA *et al.*, 2018). As articulações intersetoriais permitem o desenvolvimento de novas abordagens e reorganização do processo de trabalho em saúde com práticas de acesso equitativo (HINO; SANTOS; ROSA, 2018), em que os saberes se completam e convergem para a resolutividade no cotidiano dos profissionais da APS, o que favorece a incorporação da RAS no planejamento do cuidado e na tomada de decisão (GONTIJO *et al.*, 2020).

Reconhecer as pessoas em situação de rua em suas subjetividades e especificidades é fundamental para formular a construção do cuidado em suas trajetórias. Além disso, é urgente que os atendimentos prestados ofereçam o cuidado necessário para promover a autonomia do sujeito diante de uma sociedade excludente e segregadora. Para além da criação de serviços especializados, fortalecerá o acesso à promoção de atividades em rede intra e intersetorial para fortalecer as relações e a confiança mútua entre os sujeitos envolvidos (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A PNPSR apresenta, entre os seus objetivos, a formação e capacitação permanente dos profissionais para o desenvolvimento de ações e execução de políticas intersetoriais transversais direcionadas às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009).

A introdução de eCR vem alterar o quadro de falta de acessibilidade, ao oferecer atendimento integral às necessidades de saúde daqueles que vivem nas ruas e aumentar seu acesso aos cuidados, acompanhando-os onde quer que estejam (HINO; SANTOS; ROSA, 2018), além de desenvolver ações integradas com os diversos serviços dispostos na RAS (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que a implantação da eCR não é a única forma dessas pessoas acessarem os serviços de saúde e que o cuidado é de responsabilidade das equipes da APS nos municípios que não possuem esse equipamento, ou até mesmo para aqueles que têm este serviço, mas enfrentam desafios organizacionais e dificuldades de articulação com os serviços intra e intersetoriais (ANDRADE *et al.*, 2022).

A superação de ações higienistas e assistencialistas para projetar o olhar além do preconceito, em consideração às vulnerabilidades físicas e sociais de pessoas vivendo nas ruas, proporcionará um nível equitativo de cuidado. Vale ressaltar que considerar essas pessoas como sujeitos produtores de cuidado, constituintes de saberes, promoverá suas potencialidades e dignidade (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Além disso, a atuação interprofissional possibilita o compartilhamento de habilidades, favorece a garantia da integralidade no atendimento e viabiliza oportunidades de melhorias nas

práticas da assistência à saúde, como também na possibilidade de enfrentar os problemas decorrentes do modelo de atenção e da força de trabalho (FERRAZ *et al.*, 2022).

Na perspectiva interacionista (BLUMER, 1969), os significados deste estudo traduzem uma ação/atuação/atitude para o acesso à saúde de pessoas em situação de rua, pela porta da APS, em municípios sem eCR. Não há longitudinalidade do cuidado. Apesar do comportamento defensivo dessas pessoas, atitudes proativas de profissionais minimizam as iniquidades e favorecem o acesso, mesmo diante da centralização da atenção e da fragilidade no reconhecimento dessas pessoas.

O desafio da atenção à saúde de pessoas em situação de rua está em oferecer uma assistência que vá além do que se espera, do que se planeja e do que se prescreve (LIRA *et al.*, 2019), requerendo dos profissionais atitudes proativas, criativas, inovadoras e singulares (PAULA *et al.*, 2018; VIEGAS *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que, ainda que inexista a eCR nos municípios estudados, ações intersetoriais associadas à proatividade do profissional favorecem a atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Embora os atendimentos ocorram no acolhimento, em demanda espontânea e voltados às condições agudizadas, algumas ações são pontualmente planejadas e desenvolvidas com vistas à prevenção de riscos, redução de danos e promoção da saúde.

As intervenções desenvolvidas pela Rede Socioassistencial possibilitam a redução das iniquidades em saúde, visto o comprometimento na garantia dos direitos fundamentais, como o acesso à saúde, à alimentação e ao teto.

A organização do trabalho na APS necessita de novas abordagens no atendimento de pessoas em condições mais vulneráveis, sem centralização da atenção em unidade de APS específica, e sim *in loco*, com encaminhamentos, se forem necessários, e inclusão institucional. Vale ressaltar que o planejamento das ações intersetoriais auxiliará em melhorias das condições de saúde e no fortalecimento do vínculo junto aos profissionais da APS.

É preciso assegurar o acesso à saúde no cotidiano da APS, de modo que o amplie, considerando as diversidades no território e as mais variadas formas de ocupação, com identificação, cadastramento e acompanhamento de pessoas em situação de rua.

A articulação de encontros e a formação de espaços de discussão sobre a atenção às pessoas em situação de rua em rede podem viabilizar a conscientização dos profissionais sobre a importância da ampliação do acesso, diminuindo as barreiras que dificultam a chegada dessas pessoas no serviço de saúde, como o preconceito institucional e a discriminação singular.

Para a agenda pública, este estudo aponta a necessidade da intersetorialidade ao apresentar resultados de integração do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o SUS para garantia do acesso à APS de pessoas em situação de rua, com sensibilização dos profissionais quanto as especificidades dessas pessoas, ou seja, a assistência singular e participativa incluindo a pessoa cuidada.

Enfim, estratégias que possibilitem avançar na atenção às pessoas em situação de rua, em municípios sem eCR, devem ser implementadas para o combate à invisibilidade social, ampliar o acesso à saúde pela APS como coordenadora da CRAS, em busca da garantia de direitos de pessoas que vivem em condições de vulneração.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. DE; COSTA, A.A.S.; SOUSA, E.T.; ROCON, P.C.O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227–239, 2022. Acesso 15 janeiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Berkeley: University of California Press. 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017, edição: 183, seção: 1, pag. 68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Presencial 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 dez. 2019, p. 16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 25 janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.255, de 18 de junho de 2021**. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Gabinete do Ministro, 2021. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html. Acesso em 26 janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018**. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Conselho

Nacional de Saúde, 2012. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 25 janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre revisão periódica da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em 25 janeiro 2023.

BRITO, C.; SILVA, L. N. DA. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, n. 1, p. 151–160, 2022. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.1590/1413-81232022271.19662021

FARIAS, J. M. DE; MINGHELLI, L. C.; SORATTO, J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. **Cadernos saude coletiva**, v. 28, n. 3, p. 381–389, 2020. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.1590/1414-462X202028030351

FERRAZ, C.M.L.C.; VILELA, G.S.; DIONÍZIO, A.C.S.; CARAM, C.S.; REZENDE, L.C.; BRITO, M.J.M. Prática colaborativa na Estratégia Saúde da Família: Expressões, possibilidades e desafios para produção do cuidado. **REME**, v. 26, 2022. Acesso em 24 Janeiro 2023. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.40294

GONTIJO, M.D.; VIEGAS, S.M.F.; FREITAS, A.T.S.; MAIA, A.F.F.; NITSCHKE, R.G.; NABARRO, M. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 4, 2020. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0350

HINO, P.; SANTOS, J. DE O.; ROSA, A. DA S. People living on the street from the health point of view. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 684–692, 2018. Acesso em 15 janeiro 2023. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0547](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547).

LIRA, C.D.G.; JUSTINO, J.M.R.; PAIVA, I.K.S.; MIRANDA, M.G.O.; SARAIVA, A.K.M. Is the access of The Street population a denied right? **REME**, v. 23, 2019.. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.5935/1415-2762.20190004

OLIVEIRA, D.M.; EXPEDITO, A.C.; ALEIXO, M.T.; CARNEIRO, N.S.; JESUS, M.C.P.; MERIGHI, M.A.B. Needs, expectations and care production of people in street situation. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2689–2697, 2018. Acesso em 23 de janeiro 2023. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0612](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612)

OLIVEIRA, M.A.; BOSKA, G.A.; OLIVEIRA, M.A.F.; BARBOSA, G.C. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 55, 2021. Acesso em 19 janeiro 2023. DOI: [10.1590/S1980-220X2020033903744](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744)

PAIVA, I. K. S. DE; GUIMARÃES, J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 32, n. 4, 2022. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: [10.1590/S0103-73312022320408](https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320408)

PAULA, H.C.; DAHER, D.V.; KOOPMANS, F.F.; FARIA, M.G.A.; BRANDÃO, P.S.; SCORALICK, G.B.F. Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2843–2847, 2018. Acesso em 28

janeiro 2023. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0616](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616)

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

VICARI, T.; LAGO, L. M.; BULGARELLI, A. F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 135–147, 2022. Acesso em 21 janeiro 2023. DOI: 10.1590/0103-1104202213209

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 30, n. 2, 2020. Acesso em 21 Janeiro 2023 DOI: [10.1590/S0103-73312020300226](https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226)

VIEGAS, S. M. F.; NITSCHKE, R. G.; BERNARDO, L.; THOLL, A. D. ; BORREGO, M. A. R.; SOTO, P. J. L; TAFNER, D. P. O. V. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>

VIEGAS, S.MF.; NITSCHKE, R. G. ; THOLL, A. D. ; BERNARDO, L. A. ; POTRICH, T. ; MONCADA, M. J. A. ; NABARRO, M. . The routine of the Street Outreach Office Team: procedures and care for homeless. **Global Public Health** (online), v. 16, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1810297>

5.2 EXCLUSÃO, PRECONCEITO E INVISIBILIDADE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA REFUTANDO O DIREITO À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: discutir a exclusão, o preconceito e a invisibilidade de pessoas em situação de rua em desacordo ao direito à saúde. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, delineada pela Teoria Fundamentada nos Dados e pelo Interacionismo Simbólico, oriunda de dissertação de mestrado, com 36 participantes. **Resultados:** demonstram-se a exclusão institucional no cotidiano dos serviços de saúde, bem como preconceitos de usuários ao lidar com pessoas em situação de rua em um mesmo espaço na unidade de saúde. A falta de planejamento das ações da Atenção Primária inviabiliza a construção de um cuidado integral e oportuno, apontando a importância das redes de apoio social na superação das invisibilidades nos serviços de saúde. **Considerações finais e implicações para a prática:** os resultados enfatizam a falta de planejamento da atenção à saúde às pessoas em situação de rua, mantendo a exclusão e a resposta às necessidades somente em demanda espontânea mediante um agravo, bem como a intersectorialidade como ferramenta de integração entre os serviços da Rede Socioassistencial e

a Atenção Primária para amparar o direito à saúde sem exclusão e preconceitos.

Descritores: Pessoas Mal Alojadas; Atenção Primária à Saúde; Direito à Saúde; Preconceito; Populações vulneráveis.

INTRODUÇÃO

O preconceito, a exclusão e a invisibilidade das pessoas em situação de rua caracterizam o movimento de expulsão gradativa da sociedade, privando-as do convívio social e de acesso aos direitos constitucionais à sobrevivência digna, com trabalho, saúde, educação, alimentação e moradia (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019).

A atenção à saúde de pessoas em situação de rua em um ambiente que exclui, segrega e invisibiliza é desafiador (GRAMAJO *et al.*, 2023). É preciso trabalhar incansavelmente para que essas pessoas sejam reconhecidas e visíveis nos serviços de saúde, considerando suas vulnerabilidades e potencialidades na sociedade (MATOSO *et al.*, 2019).

Viver nas fronteiras do convívio social e criar mecanismos para (sobre)viver torna essas pessoas privadas das relações sociais e determinadas a vivenciarem condições de precariedade em todos âmbitos. São vistas como empecilhos e subalternos, são desprezadas de sua dignidade própria e das regras que sustentam o convívio social (SCHWEITZER; ROSA TOLFO, 2022).

Pessoas que vivem esse fenômeno social são frequentemente responsabilizadas pela situação que se encontram – se perderam. No entanto, elas não se perderam, elas perderam! Perderam seus direitos, famílias, casas, culturas, memórias, identidades, perspectivas sobre o mundo e sobre si mesmas, resultando a exclusão (SOUZA; VIEIRA, 2022).

Nas ruas, as pessoas que nela vivem e buscam o sustento carecem de acolhimento, amparo e abrigo. O adoecimento dessas pessoas quase sempre é um desfecho obrigatório em sua vida, já que a rua é tanto a causa quanto a consequência dos problemas de saúde. A exclusão se intensifica pela falta de acesso a emprego formal, renda, educação e aos cuidados de saúde (PRADO *et al.*, 2021).

A exclusão, o preconceito e a invisibilidade são situações causadas pela interação de inúmeros eventos que se segregam as pessoas e se manifestam de forma sequencial e interligada. As múltiplas determinações estão associadas à história da pessoa em situação de rua, ruptura dos vínculos familiares, saúde mental, consumo de substâncias psicoativas, experiências de mortes de entes queridos, roubos e fugas, ausência de abrigo, de trabalho e renda. Para favorecer a inclusão e a superação de atitudes preconceituosas, conhecer a história de cada pessoa é fator determinante para assegurar o direito à saúde (SCHWEITZER; ROSA

TOLFO, 2022).

Superar o contexto da exclusão envolve a articulação em rede intra e intersetorial junto à atuação multiprofissional, de modo a favorecer o cuidado integral, além de fortalecer o protagonismo e a autonomia dessas pessoas (GRAMAJO *et al.*, 2023; VIEGAS *et al.*, 2021).

Buscar alternativas para garantir a essas pessoas os direitos fundamentais e a dignidade humana é imprescindível. Enquanto persistir a invisibilidade nos serviços de saúde, essas pessoas estarão fadadas ao abandono, indiferença e exclusão (PAIVA, 2021).

Este artigo vem discutir a exclusão, o preconceito e a invisibilidade de pessoas em situação de rua em desacordo ao direito à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, delineada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUS; CORBIN, 2008) e pelo Interacionismo Simbólico (IS) (BLUMER, 1969), oriunda de dissertação de mestrado. A TFD viabiliza descobertas em contexto real e a compreensão de fenômenos perante uma estratégia para análise dos dados em quatro etapas (STRAUS; CORBIN, 2008). O IS possibilita compreender como cada um interpreta os objetos e percebe um ao outro, por meio de suas ações e interações sociais (BLUMER, 1969).

O estudo foi realizado em dois municípios de médio porte da Macrorregião Oeste do estado de Minas Gerais, Brasil, que não possuem equipes de Consultório na Rua (eCR), com 30 participantes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis da Rede Socioassistencial, na Casa de Acolhimento e no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). As unidades de APS dos municípios foram sorteadas aleatoriamente, com exceção daquelas que se fazem referência para a atenção às pessoas em situação de rua. As entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores treinados, após contato prévio com os profissionais da unidade.

O parâmetro para a inclusão do participante da pesquisa foi a experiência mínima de um ano na APS, e o de exclusão foi estar de férias ou afastado de suas atividades laborais. O número de participantes foi determinado pela saturação teórica dos dados (STRAUS; CORBIN, 2008), e a coleta de dados se encerrou na 36ª entrevista, quando os conceitos/significados foram suficientes para compreensão do objeto deste estudo.

A entrevista ocorreu de forma agendada, presencial e no local de trabalho, em ambiente privado das unidades de saúde ou das instituições da Rede Socioassistencial, como a Casa de Acolhimento e o Centro POP, de forma a garantir o anonimato do participante e a preservação do sigilo das informações coletadas. O anonimato se deu pelo uso de código alfanumérico (E1,

E2, E3...) “E” de entrevistado, e o número arábico seguiu a sequência que ocorreram as entrevistas, no período de janeiro a novembro de 2022. A entrevista partiu de um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e permitiu ao pesquisador abranger a profundidade dos significados oriundos. A entrevista foi gravada em meio digital e transcrita na íntegra.

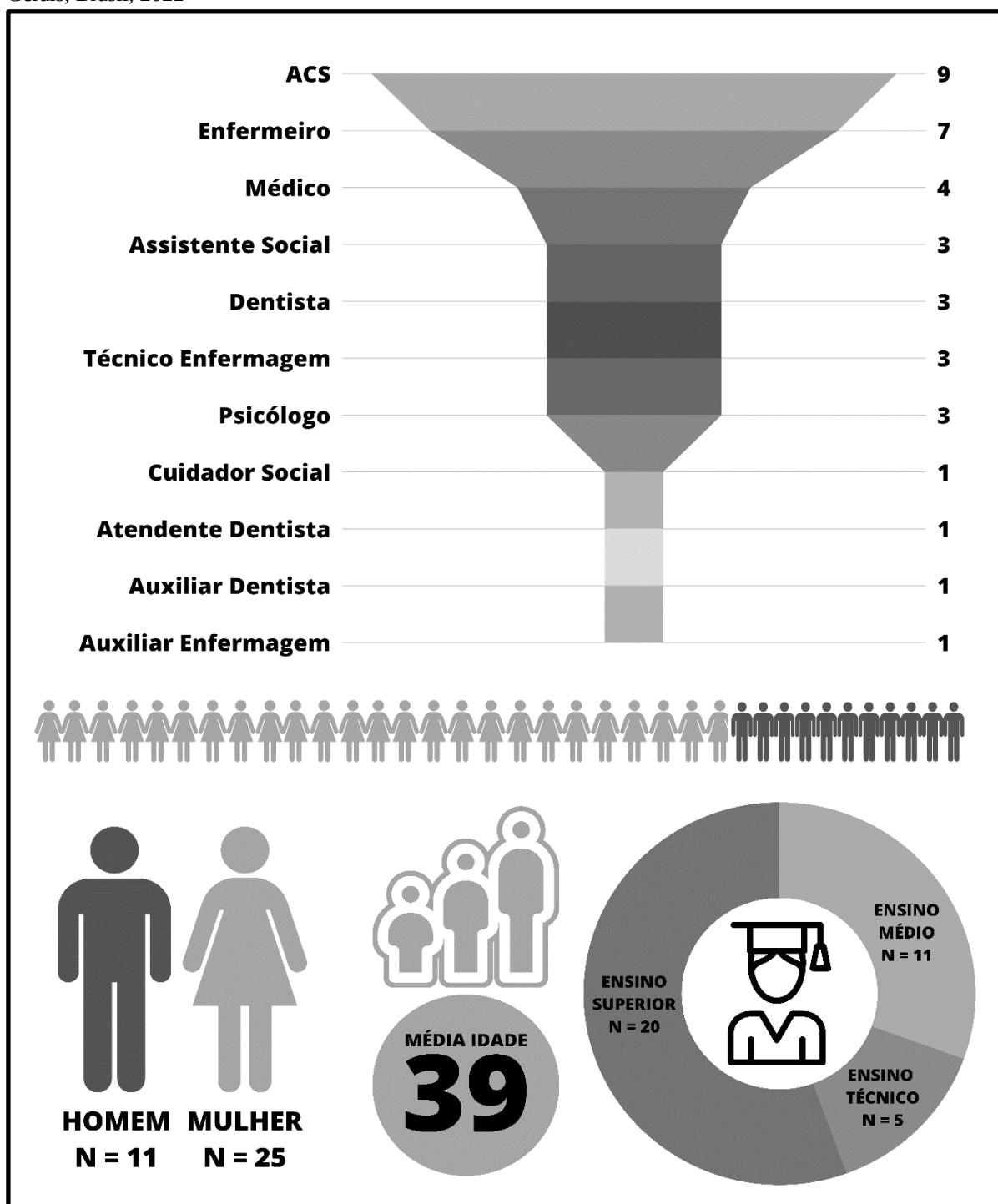
Os dados foram analisados concomitante à entrevista, em conformidade com as quatro etapas indicadas pela TFD: a) codificação aberta; b) codificação axial; c) codificação seletiva; d) codificação para o processo. Essa técnica de análise permite ao pesquisador maior flexibilidade na interpretação e significação a partir das realidades encontradas. Na fase de codificação aberta, os dados foram classificados em 35 códigos *in vivo* e cinco propriedades. Na codificação axial, foram agrupados em subcategorias e subcategorias, e emergiram cinco categorias: 1) *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*; 2) *Na Atenção Primária, o encontro com pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?*; 3) *Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua*; 4) *Demanda espontânea, complexidade da atenção e proatividade profissional em municípios sem Consultório na Rua*; 5) *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua*. Essas categorias possibilitaram o desenvolvimento da categoria central na codificação seletiva, de modo a representar com precisão todos os resultados da pesquisa. A codificação para o processo consistiu em ir e vir nos dados até o momento da construção da categoria central *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*. Destarte, os dados foram repetidamente contestados e analisados durante todo processo de análise.

A pesquisa obedeceu aos padrões éticos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o Parecer nº 5.173.172 pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei. Após apresentação do objetivo do estudo e preceitos éticos, os participantes aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A caracterização dos participantes é apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Características dos participantes da pesquisa de dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022



Fonte: elaboração do autor.

O presente artigo refere-se à categoria *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*, com duas subcategorias, oito códigos *in vivo*, apresentados na Figura 1.

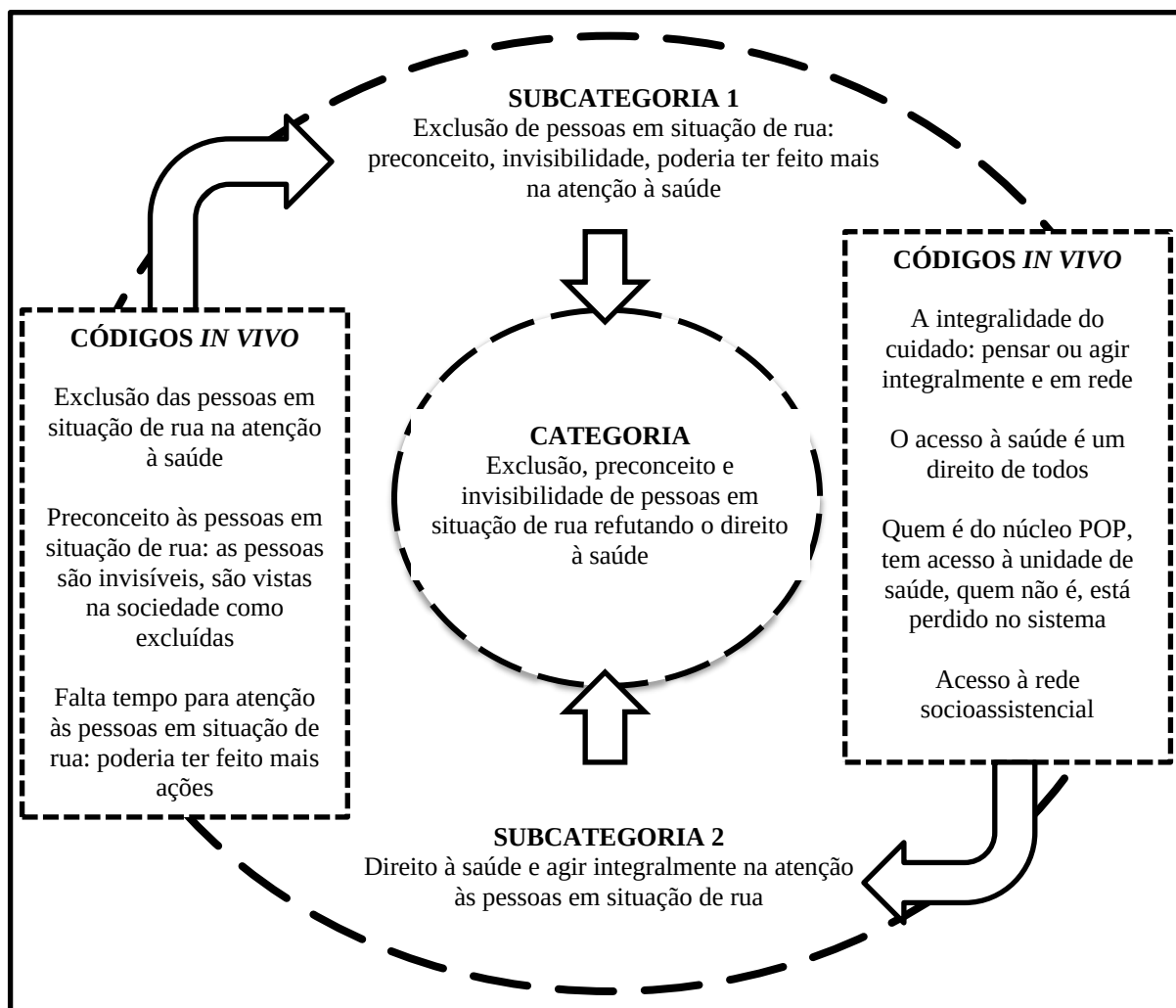


Figura 2 - Categoria “Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde”, subcategorias e códigos *in vivo*, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022.

Exclusão de pessoas em situação de rua: preconceito, invisibilidade, poderia ter feito mais na atenção à saúde

As pessoas em situação de rua carregam consigo o estigma que valida os preconceitos que enfrentam na sociedade. Fica perceptível, na voz de alguns participantes deste estudo, a invisibilidade da população em situação de rua na comunidade e nos serviços de saúde (Memorando).

Dizeres, como “*a demanda é a da área*”, “*a gente já tem o costume de fazer a visita em casa do paciente*”, “*eu sigo andando porque ele não tem residência*”, “*eles não vão estar dentro da rede*”, “*eles têm que ter minimamente o CPF*”, evidenciam que as pessoas em situação de rua vivem a exclusão institucional:

A demanda em si da ESF, só a própria demanda que tem, já chega ao patamar que não tem nem como fugir dessa área. Eu acho, assim, não tem como misturar as coisas, sendo que já tem essa casa de apoio, que faz esse trabalho (E6).

A gente não costuma ter muito contato com eles, a gente vê as pessoas e tudo mais, mas não tem contato. [...] porque a gente já tem o costume de fazer a visita em casa do paciente, aí ele passa por mim, passa o morador de rua por mim, eu sigo andando porque ele não tem uma residência (E10).

Já teve da pessoa chegar e eles não quererem que sentasse no lugar ali, porque o lugar não é de tecido. Às vezes, ele tinha feito xixi na roupa, ele estava sujo de coco, então acontece (E18).

Os ACS trabalham focado nos moradores que têm residência, que têm endereço. [...] É que o sistema é muito centrado nos padrões biomédicos, tanto da enfermagem quanto da medicina. [...] por isso que falo que o nosso cuidado é muito biomédico, eles vão receber curativo no dente, atendimento emergencial da saúde mental, medicação psicofármaco, cuidado de câncer. Isso tudo eu já vi, mas eles não vão estar dentro da rede. Eles não estarão inscritos, porque não tem um planejamento para eles. [...] não falo por causa dos profissionais, é porque o sistema está subfinanciado, vive dificuldades e eu acho que a estrutura do país é excludente (E22).

A gente tem que buscar no sistema, porque, para consultar, eles têm que ter minimamente um CPF, porque, com o CPF, a gente busca o cartão SUS, a gente faz o cadastro com o endereço da Casa de Acolhimento, porque eles não têm endereço fixo, pelo menos isso para gente fazer o cadastro deles no sistema de informação, para usar a rede do SUS. [...] e aí, fora isso, essas questões de atendimentos na rua e tudo, isso não é a gente na unidade. É mais a secretaria de desenvolvimento social que faz, não é a secretaria de saúde (E33).

Não há ação programática para a atenção às pessoas em situação de rua:

Não vi nada direcionado para população em situação de rua. Curioso, não é? Eles têm grupo de tabagismo, diabéticos e hipertensos; eu tenho que trabalhar com as gestantes fazendo o pré-natal odontológico, mas com a população de rua, um trabalho iniciado na Atenção Primária, eu não vi nada a respeito, se tem, eu desconheço até o momento (E24).

Dessa forma, o preconceito e a exclusão institucional das pessoas em situação de rua são ratificados pelo rótulo de inferioridade que o restante da população atribui a elas. Os profissionais da saúde também reforçam o estigma e, assim, a assistência à saúde é comprometida (Memorando).

Nos serviços de saúde, os profissionais, participantes deste estudo destacam a rejeição dos usuários ao se depararem, na unidade da APS, com pessoas que vivem nas ruas e o preconceito vivenciado por elas:

Porque, assim, muitas vezes o pessoal rejeita, não é? Vinha aqui na unidade, o pessoal via que estava meio assim, já sentava um pouco mais longe e eles percebiam isso também. Assim, não pelos funcionários, mas usuários aqui da ESF via que estava um pouco alterado, muitas vezes chegava aqui bem louco, alterado pelas drogas, até o alcoolizado vem aqui. Então, chegava e perturbava todo mundo, conversava demais, falava demais e o pessoal ia afastando (E2).

E o preconceito continua...

Ai (risos) tão difícil, não é? (risos) Tratar os diferentes de forma igual então, assim, é muito complicado, não é? Porque, assim, geralmente, a população em situação de rua, ela chega no equipamento já muito maltratada, não só aqui na assistência, mas também na saúde. Então, uma palavra que a pessoa fala, um questionamento, às vezes, ele chega e não tem lugar para sentar... Então, tudo isso já dificulta o acesso dele e, quando

a gente consegue, muitas vezes com aquela dificuldade toda, de sensibilizar ele para ir porque precisa fazer o tratamento, chega lá eles barram numa questão dessa. Se tiver um comentário de ele não ter tomado banho ou estar com a roupa suja, já serve para ele ir embora, então é um grande dificultador! Mas a gente já teve questões assim “ah, ele vai passar pelo dentista, fala para ele não beber” “ah, leva ele primeiro e dá banho”, a gente ouve muito! A gente não obriga ninguém a tomar banho, banho é uma questão cultural, cada um cuida de si, cada um sabe de si e eu acho que isso é uma questão muito difícil! Não é porque ele está na rua que ele não quer tomar banho, tem muita gente que tem casa que não gosta de tomar banho, não é? Então, assim, a gente tenta que eles tenham a maior facilidade no acesso, mas a gente sabe que esbarra em algumas questões. (E18)

Não só o preconceito, mas também o autopreconceito:

É... eu consigo observar bastante preconceito que tem com essas pessoas, não só dentro do POP, mas também fora. Questão de saúde, educação, emprego e renda. Muitos deles, quando chegam em qualquer estabelecimento, já têm um pré-julgamento com elas: que está sujo, fedido, não tem direito a isso, não tem direito àquilo. Eu observo bastante eles mesmos com preconceito e com receio da situação que eles estão (E19).

Várias formas de preconceito e discriminação:

Semana passada, tinha um paciente aqui negro, para variar, negro! Muito mal cheiro, ele foi para a dentista, ele foi atendido. Até achei que eles o encaminhariam para mim, pois ele estava delirando. Não! Não foi encaminhado, e foi devolvido. [...] ele deitou ali, os pacientes foram embora, ficaram lá para frente, e ele ali, nesse banco (E22).

Não há planejamento de ações que assegurem a inclusão com assistência qualificada, que impactem diretamente no acesso dessas pessoas às ações e serviços de saúde. Fica a desejar, pois, com falta tempo para as pessoas em situação de rua, sem estratégias prévias, há desassistência:

Às vezes, fica um pouco a desejar, não foi feito tanta coisa que a gente gostaria. Por quê? Por causa de tempo [...] então, poderia ter feito mais ações, é... promoção da saúde para eles! Assim, requer tempo, requer planejamento. Foi período de pandemia também, estava tudo muito corrido, então não teve ações, esse planejamento para ser desenvolvido, mas ter feito [risos]. A gente tem que arrumar tempo, porque, se for olhar, só tem ele. [...] talvez falha minha também, que talvez pode ser falha até nossa, minha enquanto agente de saúde, para estas questões, às vezes, sentar mais com a equipe e falar: “Vamos fazer alguma coisa para eles?” [...] o município, eu também não digo só a ESF, o conjunto com a secretaria de saúde, desenvolver uma ação melhor para a promoção da saúde deles [...] mas, assim, eu acho que poderia ter abraçado mais (E2).

Hoje, a gente está com grande dificuldade de ter um aumento da demanda, no último levantamento que a gente fez: 93 pessoas em situação de rua no município. A nossa equipe é equipe mínima, então a gente não consegue atender a todos e ainda fazer grupos e buscar um monte de coisas para eles (E18).

Torna-se fundamental estabelecer mecanismos de atenção integral às pessoas em situação de rua como direito instituído. As demandas dessas pessoas incluem fatores de responsabilidade do Estado que vão além da atenção à saúde, mas que afetam diretamente a captação desses serviços; portanto, sem a integralidade na rede de atenção, as ações de saúde não contemplam essas pessoas:

Alguns só vinham quando era o dia do projeto, vinham todos, parecia festa, tinha uma alimentação para eles, tinha o banho, o acompanhamento do médico, do enfermeiro, fazia aqueles exames do teste rápido, então, quando eles chegavam para nós, eles já tinham passado por várias etapas de atendimento, então eles gostavam. [...] não devia ser tratado o morador de rua só, também a família dele, as pessoas que convivem, não vou falar a esposa, os filhos, o pai e mãe não, porque, às vezes, a família não são esses. A família, agora, são outros, é o amigo, aquele que dorme junto lá no chão, eu vejo nesse sentido: do respeito, do amor, do cuidado, da transparência, da verdade nesses atendimentos (E5).

A efetivação do trabalho em rede ainda é uma dificuldade a ser vencida:

Tem uma coisa que eu acho muito interessante, que é a questão do trabalho em rede. Porque todas as políticas públicas são orientadas naquela ideia do atendimento integral às pessoas e eu vejo esse serviço muito falho, os profissionais ainda não entenderam. Assim, muitas questões das políticas em geral e, assim, não consegue atender. A população em situação de rua está crescendo cada vez mais, são várias questões econômicas, são muitas coisas! Mas estamos aí para correr atrás do fortalecimento da rede, manter articulação entre os serviços, mas ainda eu vejo que o atendimento não é integral, tem essa dificuldade (E17).

A visão da integralidade do ser e do agir sobre os determinantes do processo saúde-doença:

Eu, particularmente, penso muito sobre isso, porque eu vejo que o POP auxilia, sim, em um banho, dormir fora do vento, fora do frio, mas não é o suficiente. Porque eu acho que deveria ter um local onde trouxesse um treinamento para essas pessoas, para elas poderem entrar no mercado de trabalho, porque eu acho que não é só por conta do vício que eles estão ali na rua, talvez também por falta de oportunidades [...] talvez por falta de experiência, talvez por falta de limpeza, de higiene própria, então, mais do que dormir, deveria ter oficinas para poder ensinar eles a ter esse trabalho, uma meta de ter um novo trabalho. Vamos supor, se eles vão aprender a produzir o sapato e dentro das oficinas ofertar também a higiene própria [...] a roupa a mesma coisa, [...] então dar oportunidade para costurar aquela roupa também, para ele sair dali com duas, três roupas, uns ou dois calçados e ter oportunidade de entrar no mercado de trabalho, porque hoje não é só a experiência (E14).

Por exemplo, eu tenho histórico grande na saúde mental daqui. Os doentes mentais estão submetidos a ser medicados, eles não têm um cuidado que considere a vida deles como algo que tem que ser protegido. É o que acontece com os moradores de rua, “bebeu demais... usou drogas demais...”, cuida, depois não faz mais nada, porque o sistema não está implicado na vida do usuário. Apesar que eu acho que eles têm ganhos fantástico com o SUS, com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Com a democracia, as pessoas ganham, mas elas poderiam ganhar mais (E22).

Tem que saber conversar muito bem com essas pessoas. Abordar de uma maneira que elas vão se sentir acolhidas, para tentar reintegrar elas ao meio com mais condição. Muitas delas não têm emprego, está desempregado, está sem condições de trabalho, de um ambiente para tomar um banho. Então, a gente precisa ter um olhar muito apurado e também ouvir deles se estão precisando de ajuda, porque, às vezes, a gente oferece uma coisa que eles não desejam, eu acho que depende muito bem de casar a ideia da pessoa com quem está ofertando. É saber lidar, às vezes, até mesmo saber orientar: “Está usando seu remédio? Você tem receita?”. Acaba que, nessa saída de casa, perdem medicações, não tem algo regular para ser usado, não toma café da manhã, não almoça e, conseqüentemente, perde a sequência do tratamento, e aí isso é muito prejudicial para o paciente. Acaba sofrendo muito! (E32)

Mesmo diante de tanto estigma e barreiras sociais, três dos participantes deste estudo denotam que o acesso aos sistemas de saúde é um direito constitucional garantido a toda a

população, sem restrições:

Eu entendo, assim, que é direito de todos, o indivíduo chega no estabelecimento, no posto de saúde, independentemente de ter moradia fixa ou não, ele tem que ser atendido (E7).

A gente não pode negar o atendimento, a gente sabe que o SUS é para todo mundo. É para todos! (E16)

A gente tem trazido para a saúde a questão da Resolução 40, que é uma resolução que trata especificamente da população em situação de rua. E ela busca garantir que a pessoa em situação de rua não tenha que apresentar um documento para ser atendida, porque, assim, a gente sabe que são números. Que tudo são números para o governo. Eu preciso ter um cartão do SUS, eu preciso ter uma identidade, porém a gente tem que entender que a documentação civil é direito, não é dever do usuário, ele tem o direito de portar esses documentos, e isso era um dificultador de acesso. [...] a pessoa em situação de rua também é usuária da saúde, tem que ter os mesmos acessos e as mesmas garantias de qualquer cidadão comum, porque ela é um cidadão comum, por mais que ele está passando pelo fenômeno da rua [...] tem que analisar toda essa trajetória dele para poder facilitar o acesso dele, se ele já foi maltratado ou se sentiu humilhado no equipamento da saúde, ele vai ter dificuldade de acesso, ele não vai conseguir ir facilmente. [...] ele não precisa de caridade, ele precisa de acesso aos seus direitos, precisa conseguir garantia de direito e o acesso à saúde é garantia de direito, ele não tem que solicitar um favor [...] a gente precisa repensar as formas de acesso e não acontece só na saúde, a gente vem lutando muito com isso, questão do cadastro único [...] então, assim, é uma guerra constante, mas a gente não desiste não (E18).

Ainda que o direito à saúde seja de todos, existem lacunas sociais que levam à marginalização das populações vulneráveis. Nos cenários deste estudo, quem tem acesso ao serviço de acolhimento às pessoas em situação de rua assegura a assistência à saúde, mas quem não tem, flutua pelo sistema:

Aí as pessoas que não têm cadastro no núcleo POP estão meio que perdidos no sistema, não tem acesso à unidade de saúde, até porque fica difícil de ter o vínculo, cadastramento. Aqui, da mesma forma, os que não tem cadastramento no núcleo POP acaba não sendo cadastrado na nossa unidade. A estratégia basicamente é essa: quem é do núcleo POP é reconhecidamente morador de rua e tem acesso à unidade de saúde nossa, quem não é, está perdido no sistema (E8).

Porque, geralmente, quando eu atendo, geralmente é paciente vindo do POP mesmo, não chega aqui procurando “Ah, eu sou morador de rua”, geralmente ele já vai lá ou vai na UPA (E11).

Torna-se preciso e urgente a intersetorialidade, a integralização dos serviços socioassistenciais, já que a demanda das pessoas em situação de rua vai além das necessidades de saúde:

Agora, aqui tem o CRAS. Então, agora eles estão procurando mais porque o CRAS está aqui do lado. Eles mesmo procuram o CRAS (E23).

Quando as pessoas chegam aqui para o acolhimento, nós fazemos uma avaliação para entender um pouco do histórico. Primeiro, a gente faz uma escuta e, a partir disso, a gente levanta as demandas junto a ele [...]. Os usuários querem auxílio, documento que se perde muito, têm outras prioridades... só que, quando nós enxergamos e vemos a possibilidade de uma avaliação médica [...] a gente já encaminha para a unidade de saúde (E35).

DISCUSSÃO

A manifestação da exclusão, do preconceito e invisibilidade das pessoas em situação de rua se faz realidade nos dois cenários desta pesquisa. Esse fato refuta o direito universal, equitativo e integral à saúde. Percebe-se nas falas dos entrevistados, deste estudo, o impacto da exclusão das pessoas em situação de rua pelo Estado e a sociedade.

Uma das muitas exclusões que essas pessoas encontram diariamente é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CAMARGOS, 2016; VALE; VECCHIA, 2019). Convivem recorrentemente com representações sociais pejorativas, histórias de perdas, subalternização e desqualificação, levando-as ao processo de autoexclusão, a ser uma pessoa desprendida da sociedade e sem direitos, que internaliza sua imagem desqualificada, estigmatizada e sem esperança (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019).

As pessoas em situação de rua compõem um grupo heterogêneo e, por isso, a exclusão desses indivíduos não é linear. Apesar de os paradigmas sociais perpassarem por efeitos deletérios, as pessoas que vivem nas ruas, como mulheres e pessoas com transtornos mentais, sofrem um processo discriminatório potencializado (BRITO; SILVA, 2022). Assim, contextualiza, nas realidades pesquisadas, que diversos fatores, como a higienização precária, a dependência química e não portar os próprios documentos, constituem barreiras sociais e de assistência, além de corroborar com a estrutura social discriminatória preconcebida que marginaliza ainda mais essas pessoas.

A estigmatização é resultado da exclusão social que confere depreciação e coloca as pessoas em desvantagem em relação à população em geral e mais vulneráveis às violências e violações (ESMERALDO; XIMENES, 2022).

O processo de ida para as ruas, frequentemente, está associado ao rompimento do vínculo familiar. A falta de proteção social torna o fator central para o processo de exclusão. Assim, a pessoa excluída é tomada pela solidão, isolamento e estigma (SOUZA; VIEIRA, 2022).

A abordagem com acolhimento nos serviços de saúde é ferramenta crucial para o enfrentamento da exclusão, visto que a presença da pessoa em situação de rua incomoda, dificulta o acesso como direito à atenção integral à saúde (PRADO *et al.*, 2021, VIEGAS *et al.*, 2021). Essas pessoas são estigmatizadas pelo cheiro, pela aparência e pelo comportamento, tornando-se reféns das suas próprias histórias (PAIVA, 2021), fatos corroborados pelos resultados deste estudo.

Na APS, o processo de exclusão tem sido produzido pela falta de empatia e de

compressão das singularidades dessas pessoas, pela exigência de documentação de identificação, pelas atitudes preconceituosas e estigmatizantes de profissionais, além da própria estrutura de trabalho, que está centrada no atendimento de usuários adscritos com referência de endereço domiciliar (MELO *et al.*, 2021), realidade também evidenciada neste estudo, já que essas pessoas sem domicílio vivenciam a exclusão institucional, pois não há para elas o planejamento da atenção no cotidiano da APS.

Em ambos cenários desta pesquisa, observou-se que a garantia da assistência à saúde está associada ao vínculo com alguma instituição da Rede Socioassistencial. Evidencia-se a ineficiência de estratégias e de planejamento para a organização das ações, dos serviços e de políticas mais inclusivas, o que reforça a condição de vulneração dos que vivem nas ruas.

Neste contexto, é imprescindível desenvolver métodos e ações assistenciais que valorizem a vida e as experiências de cada um desses indivíduos, pois sua invisibilidade é marcada pela ausência de políticas públicas efetivas que contemplem suas reais necessidades (ALECRIM *et al.*, 2022).

A complexidade que envolve as pessoas em situação de rua vai além das necessidades biológicas. Há diversas necessidades defasadas, sobrepostas e extremamente complexas, por isso é fundamental oferecer serviços de atendimento integral relacionados à saúde, moradia, alimentação, higiene, vestuário, fortalecimento das relações interpessoais e direito ao registro civil, sua identidade (CAMARGO, 2016). Assim, evidencia-se, neste estudo, que sem dimensionar a integralidade do ser, a sua reinserção social se compromete. Ações isoladas, sem planejamento intersetorial, surtirão pouco ou nenhum efeito.

No Brasil, o direito universal à saúde foi conquistado após a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cabendo ao poder público prover, por meio de políticas sociais e econômicas, ações que favoreçam a redução do risco de doenças e outros agravos, além de proporcionar o acesso universal a programas e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Apesar desta garantia, as pessoas em situação de rua continuam enfrentando situações excludentes, estigmatizantes e segregadoras, distanciando-as do direito aos cuidados de saúde mais básicos.

O sentimento de inferioridade social já perdura na autopercepção das pessoas em situação de rua e, ao confrontar a reafirmação dessas percepções frente ao restante da sociedade e nos serviços procurados, elas se retraem e se tornam muito mais distantes (JORGE, 2022). Portanto, a postura profissional presunçosa e estereotipada se torna um grande dificultador do acesso à saúde para essas pessoas.

Neste sentido, destaca-se a importância de profissionais de saúde serem acolhedores,

empáticos, dinâmicos, estratégicos, criativos para práticas inclusivas, que estimulem a atenção integral (ALECRIM *et al.*, 2022), a fim de contemplar melhorias na experiência empírica na atenção às pessoas em situação de rua.

Desenvolver ambientes relacionais entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada exige que o profissional de saúde ultrapasse os muros da unidade de saúde e entre em contato face a face no ambiente onde vivem as pessoas, com busca ativa efetiva. Dessa forma, a integralidade pode ser fortalecida por meio da abertura à diferença, às singularidades das pessoas em situação de rua, para o rompimento do estigma e preconceito e contemplar a produção do cuidado sobre os pilares do SUS (JUNIOR; BELLOC, 2019).

A atenção às pessoas em situação de rua necessita estar alicerçada em atitudes que contemple o acolhimento, a escuta e o vínculo. Para tal fim, um desfecho positivo contempla a empatia, a compreensão às diferentes trajetórias de vida, o diálogo horizontalizado, os projetos de vida, as redes de apoio já constituídas e a singularidade da pessoa cuidada (GRAMAJO *et al.*, 2023).

Apesar de constituir equipamento norteador para as práticas de cuidado em saúde no SUS, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ainda enfrenta fragilidades e desafios no atendimento das pessoas em situação de rua. De modo a superar a fragmentação, segmentação, exclusão e violência institucional no atendimento dessas pessoas, é necessária a implementação de estratégias de cuidado específicas para elas, principalmente no cotidiano da APS, que deve prezar pelas ações programáticas. Promover a universalidade de acesso, a integralidade, a qualidade da assistência, a eficiência e a equidade para as pessoas em situação de rua é cumprir todos os marcos legais, constitucionais e o direito à saúde como fundamental ao ser humano (SOUSA *et al.*, 2019).

O trabalho proativo e amparado em estratégias de cuidado diferenciado conduz a atenção à saúde daqueles que vivem nas ruas, estabelecendo diagnósticos precoces, tratamentos flexíveis, olhar para as singularidades, além de viabilizar atendimentos *in loco*, onde a vida acontece. Estudos realizados nas cidades Ribeirão Preto-SP e São Paulo-SP, além de nos países Brasil e Bélgica, evidenciaram que as pessoas em situação de rua dificilmente recorrem a APS para assistência e cuidado, visto que as rotinas de atendimento não incluem ações programáticas para essas pessoas. No cotidiano, estigmatizam, excluem e afastam ainda mais essas pessoas dos cuidados primários (MELO *et al.*, 2021). Para superar essas situações, é preciso compreender a complexidade do fenômeno, considerando as especificidades dessas pessoas e como elas compreendem o processo saúde-doença (VALE; VECCHIA, 2019).

O planejamento do cuidado em ação intersetorial em rede possibilita a construção de

articulações que visem superar os desafios na prestação do cuidado, com influência sobre os fatores que determinam o processo saúde-doença, como um sono reparador em ambiente com teto e seguro, alimentação de qualidade, higiene corporal, prática de atividade física e de lazer, possibilitando uma rede social/familiar/comunitária fortalecida (NARDES; GIONGO, 2021; VIEGAS *et al.*, 2021).

A intersetorialidade em cooperação entre as diversas iniciativas em prol dessas pessoas possibilita o fortalecimento do vínculo, operando na garantia de direitos e a oferta de cuidados efetivos e afetivos (GRAMAJO *et al.*, 2023). Um dos municípios experienciou a estratégia de coordenar os esforços de vários serviços e de profissionais para melhor atender essas pessoas em suas necessidades, o que foi considerado exitoso.

Os serviços de saúde têm a responsabilidade de pensar caminhos de mudança a partir de uma perspectiva ampla que valorize a vida e o vínculo junto às pessoas em situação de rua e que possibilite novos olhares e novos dispositivos de cuidado articulados para uma atenção integral (MATOSO *et al.*, 2019).

Na perspectiva do IS (BLUMER, 1966), o contexto vivido e replicado coletivamente, o qual ressignifica a exclusão em suas diferentes formas de manifestação, precisa ser analisado por meio das ações, significados e sentimentos que reforçam a segregação e a invisibilidade das pessoas privadas de moradia e direitos fundamentais à vida com dignidade. Transformações no ambiente de trabalho da APS, para atendimento dessas pessoas, possibilitarão que os profissionais se defrontem com situações que precisem refletir e interpretar para, então, agir. Nesse sentido, é preciso trabalhar o fenômeno da rua por meio de um processo interativo entre as pessoas que o vivencia e os profissionais que as assistem, já que os comportamentos das pessoas são influenciados por seus valores, crenças, cultura e construção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de moradia é uma questão multifacetada que, inevitavelmente, coloca aqueles que a vivencia em maior risco de danos e de exclusão social, está ligada a vários fatores que implicam a ação do Estado com políticas inclusivas e garantia dos direitos fundamentais à vida com dignidade.

Este estudo aponta a exclusão institucional de pessoas em situação de rua. Permite compreender como a falta de planejamento da atenção à saúde para essas pessoas afeta diretamente no acesso e na integralidade da atenção. O cenário deste estudo é a APS, considerada a porta de entrada preferencial do SUS, que deve garantir atenção e cuidado de forma equânime. Contudo, a despeito dos avanços de políticas públicas voltadas às populações

em condição de vulnerabilidade, as pessoas em situação de rua permanecem sujeitas a um sistema que as marginaliza e isola. Nesse contexto, a busca por assistência culmina em insensibilidade, preconceito, ao invés de coibi-lo, e em até negativas de atenção.

As complexas necessidades de saúde das pessoas em situação de rua reforçam que o efetivo trabalho em rede intra e intersetorial pode superar a exclusão institucional vivenciada por elas. Foi demonstrado que a Rede Socioassistencial viabiliza o acesso à saúde, conforme as demandas urgentes de cada uma, e que a invisibilidade e o preconceito dependem de atitudes éticas, empáticas e solidárias dos profissionais da APS e das redes, como também da sociedade, em respeito à dignidade dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

CAMARGO, B. P. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–3, 2016. Acesso em 17 fevereiro 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1269](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1269)

ESMERALDO, A. F. L.; XIMENES, V. M. Mulheres em Situação de Rua: Implicações Psicossociais de Estigmas e Preconceitos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 42, 2022. Acesso em 22 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003235503>

GRAMAJO, C.S.; MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SILVA, P. S.; PAIVA, A.M.N. (Sobre)viver na Rua: Narrativas das Pessoas em Situação de Rua sobre a Rede de Apoio. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 43, 2023. Acesso em 22 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243764>

MATOSO, L.M.L.; MATOSO, M.B.L.; SILVA, J.J.S.; NASCIMENTO, B.M. Redução de riscos e danos: ações em saúde com pessoas em situação de rua no interior nordestino. **Revista Contexto & Saúde**, v. 19, n. 37, p. 183–188, 2019. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2019.37.183-188>

MELO, L.J.F.; ARAGÃO, F.B.A.; CUNHA, J.H.S.; CARNEIRO, T.G.; FIORATI, R.C. Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária. **REFACS (online)**, v.10, n.1, jan/mar, 2021. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i0.5051>

NARDES, S.; GIONGO, C. R. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. **Estudos feministas**, v. 29, n. 1, 2021. Acesso em 22 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011>

PAIVA, A. M. S. P. Pessoas em situação de rua: avanços e dificuldades na consolidação das premissas constitucionais de 1988. **Rev. FAPAD**, v.1, p.1-19, e048, 2021. Acesso em 25 fevereiro 2023.

PRADO, M.A.R.; GONÇALVES, M; SILVA, S. S.; OLIVEIRA, P.S.; SANTOS, K.S.; FORTUNA, C.M. Homeless people: health aspects and experiences with health

services. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 1, p. e20190200, 2021. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>

SANCHOTENE, I. P.; DE ANTONI, C.; MUNHÓS, A. A. R. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 18, n. 1, p. 146, 2019. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <http://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.1.29297>

SCHWEITZER, L.; DA ROSA TOLFO, S. Rualização: vivências de pessoas em situação de rua. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 12, n. 1, p. 54–65, 2022. Acesso em 28 fevereiro 2023.

SOUSA, M.F.; PRADO, E.A.J.; LELES, F.A.G.; ANDRADE, NF.; MARZOLA, R.F.; BARROS, F.P.C.; et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 82–93, 2019. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>

SOUZA, K. C. D.; VIEIRA, M. C. Pobreza e Resiliência nas Narrativas de Educandos da EJA em Situação de Rua. **Educacao e realidade**, v. 47, 2022. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236108942>

VALE, A. R. DO; VECCHIA, M. D. “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 e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 222–234, 2019. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>

VIEGAS, S. M. F; NITSCHKE, R. G.; BERNARDO, L; THOLL, A. D. ; BORREGO, M. A. R.; SOTO, P. J. L; TAFNER, D. P. O. V. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>

5.3 EQUIDADE NO ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES: ACOLHIMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: compreender a equidade e o acolhimento das pessoas em situação de rua no cotidiano da equipe da Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo qualitativo, que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados como método, e o Interacionismo Simbólico, como referencial teórico, desenvolvido junto a 36 profissionais que compõem as equipes da ESF e da Rede Socioassistencial de dois municípios que não possuíam equipe de Consultório na Rua. **Resultados:** aponta-se como ocorrem no cotidiano a identificação e o reconhecimento de pessoas em situação. O acolhimento acontece em demanda espontânea mediante o adoecimento

dessas pessoas. O encaminhamento é realizado pelos profissionais da Rede Socioassistencial, mesmo com a fragilidade do vínculo esses profissionais atuam na minimização das iniquidades de acesso à saúde e na utilização oportuna dos serviços. O significado de equidade ainda não é claro para alguns participantes que fizeram referência à igualdade no atendimento e à universalidade do acesso. **Considerações finais:** o acolhimento equânime de pessoas em situação de rua ainda é interdependente da Rede Socioassistencial perante o acolhimento da demanda espontânea no cotidiano da atenção primária. As iniquidades advêm de relações estabelecidas em sociedade que distanciam ainda mais essas pessoas dos serviços de saúde e são marcadas pela invisibilidade, estigma, exclusão e segregação. Este estudo evidencia a relevância da intersetorialidade para efetivar a equidade em saúde e da atenção primária para a ampliação do acesso e o acolhimento de pessoas que vivem em situação de rua, como direito instituído para todos.

Descritores: Pessoas Mal Alojadas; Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde; Acolhimento; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Para garantir que todas as pessoas atinjam seu potencial de saúde sem ser prejudicadas por qualquer discriminação, os profissionais de saúde possuem papel fundamental no desenvolvimento de atitudes equânimes e redução das iniquidades em saúde. Para tanto, faz-se prioritário que os serviços de saúde reorientem práticas em direção à equidade, em um processo linear e dinâmico, uma vez que uma resposta eficaz depende da sensibilidade dos profissionais, do contexto e das circunstâncias em que ocorrem as práticas em saúde (VAN ROODE *et al.*, 2020).

Como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988), a equidade em saúde visa reduzir as iniquidades que perpassam o acesso e a assistência às populações vulneráveis. As desigualdades sociais estão amplamente associadas à injustiça social, o que é evitável e requer transformações que melhorem o acesso universal à saúde e promovam a equidade. Para isso, é primordial reconhecer os fatores que favorecem as iniquidades, pois, afinal, existem circunstâncias que geram segregação, exclusão e discriminação, enquanto outras podem diminuir as desigualdades sociais na atenção e cuidados à saúde quando respeitam e respondem as necessidades reais das pessoas (DOVER; BELON, 2019).

Em condições vulneráveis determinadas por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos ou comportamentais, a incidência das iniquidades coloca pessoas,

como as em situação de ruas, em risco de rupturas de redes para a atenção à saúde. Assim, é primordial o desenvolvimento de ações integradas de saúde e em rede para o alcance da equidade (FIORATI *et al.*, 2018; VIEGAS *et al.*, 2021).

A estrutura organizacional do sistema de saúde se relaciona diretamente no enfrentamento das iniquidades na saúde, principalmente quando se considera a Atenção Primária à Saúde (APS), serviço alicerçado nos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, longitudinalidade, integralidade, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

O alcance da equidade requer a identificação para a abordagem das desigualdades existentes. Nesse sentido, as populações mais vulneráveis estão em maior desvantagem, pois frequentemente têm necessidades de saúde que não são atendidas e propiciam complicações de agravos e ampliam as desigualdades (ALLISON *et al.*, 2023). Contemplar a equidade melhora os resultados de saúde da população e reduz as disparidades existentes (VAN ROODE *et al.*, 2020).

O acolhimento com escuta qualificada possibilita o desenvolvimento de ações equitativas, visto que garante, em tempo oportuno, o primeiro atendimento, abrindo espaço para novas relações e fortalecimento do vínculo, atitudes que abrem portas para novas procuras e, conseqüentemente, para o acompanhamento longitudinal junto à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios que não possuem equipe de Consultório na Rua (eCR). Deve-se acolher com vistas a superar medidas curativas para abrir espaço ao diálogo holístico, equitativo e resolutivo, com humanização do cuidado (CARVALHO; SILVA; RABELO, 2020).

As pessoas em situação de rua, muitas vezes não se reconhecem como indivíduos de direito e enfrentam discriminação ao acessar os serviços de saúde (PRADO *et al.*, 2021) como resultado frequente do despreparo profissional no atendimento dessas pessoas. Entretanto, tal ocorrência caminha na contramão dos princípios propostos pelo SUS, que preza o atendimento universal, integral e equânime (CERVIERI, *et al.*, 2019).

Para atingir a atenção universal, equânime e integral para as pessoas em situação de rua, é preciso, primeiramente, reconhecê-las no território, identificar suas necessidades sociais e as condições de saúde ou adoecimento e o(s) motivo(s) que as levaram às ruas. Portanto, a equidade perante as vulnerabilidades necessita de novas estratégias de cuidados que contemplem a integralidade, a longitudinalidade e as práticas intersetoriais. Indo além dos protocolos, técnicas e insumos, a prática equânime processar-se-á, principalmente no modo como os serviços de saúde se estabelecem para essas pessoas (QUEIROZ, *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, indaga-se: como se dá a equidade no acolhimento e atenção às

pessoas em situação de rua no cotidiano da APS em municípios sem eCR? O presente estudo visa compreender a equidade e o acolhimento das pessoas em situação de rua no cotidiano da equipe da APS.

MÉTODOS

Este estudo é resultado de uma dissertação de mestrado, sendo elegida a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008) como referencial metodológico, e o Interacionismo Simbólico (IS) (BLUMER, 1969), como referencial teórico, desenvolvido junto a 30 profissionais que compõem as equipes da ESF e seis informantes-chave profissionais, da Rede Socioassistencial, de dois municípios de médio porte do estado de Minas Gerais, Brasil, que não possuíam eCR.

A coleta de dados teve duração de 11 meses, de janeiro a novembro de 2022, ocorrida em ambiente de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes, perante a premissa da TFD e operacionalizada por dois pesquisadores treinados. A entrevista aberta e memorandos constituem as fontes de evidências. Diagramas foram elaborados na constituição da teoria. Os memorandos e diagramas são documentos primordiais para os pesquisadores, visto a possibilidade de registrar o progresso, as considerações, os sentimentos e as direções da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A entrevista contou com roteiro semiestruturado, com questões que instigavam as experiências dos profissionais na atenção à saúde de pessoas em situação de rua e de caracterização dos participantes. Foi audiogravada e transcrita na íntegra e analisada concomitante à coleta de dados.

O critério de inclusão determina profissional com no mínimo um ano de experiência na função, e o de exclusão, aquele que, no momento da coleta de dados, estivesse de férias ou afastado do trabalho. A amostragem foi determinada pela saturação teórica, totalizando 36 profissionais. Os participantes foram convidados presencialmente, esclarecidos sobre a pesquisa, objetivo e de sua relevante participação, ao aceite voluntário foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Eles foram identificados por um código (E1, E2, E3...) “E”, de “entrevistado”, o número arábico indica a sequência de realização da entrevista.

O processamento, a análise e a categorização dos dados foram concluídas seguindo as recomendações da TFD, em quatro etapas: (a) codificação aberta para a nomeação e desenvolvimento dos conceitos; (b) codificação axial, opera o reagrupamento dos dados da etapa anterior, relacionando as categorias às subcategorias; (c) codificação seletiva, que consiste em integrar e refinar a teoria agregando as subcategorias e categorias para formulação

da categoria central, também denominada de teoria; (d) codificação para o processo, que consiste no mover das informações para identificar a ação/interação no tempo e espaço do que se é vivido, para avançar no conhecimento da realidade fundamentada nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O IS leva ao questionamento e discussão dos significados intrínsecos vivenciados frente a um objeto que se deseja compreender, em interação social (BLUMER, 1969).

Na codificação axial, foram construídas cinco categorias: 1) *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*; 2) *Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua*; 3) *Na Atenção Primária, o encontro com pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?*; 4) *Demanda espontânea, complexidade da atenção e proatividade profissional em municípios sem Consultório na Rua*; 5) *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua*. Este artigo aborda esta última categoria. Essas cinco categorias formulam a categoria central ou teoria, denominada *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, sob o Parecer nº 5.173.172. Foram respeitados os preceitos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

RESULTADOS

Considerando a caracterização dos participantes da pesquisa, são predominantes mulheres (N=25), com faixa etária média de 39 anos, com desvio padrão de 22 e 59 anos, sendo que metade (N=18) tem superior completo, com a maioria sendo pós-graduados (N=12), de nível técnico (N=5). O tempo de formação foi de 9,6 anos, com variação entre 1 e 30 anos.

A Figura 1 apresenta a categoria *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua*, as subcategorias, os códigos *in vivo*/propriedades.

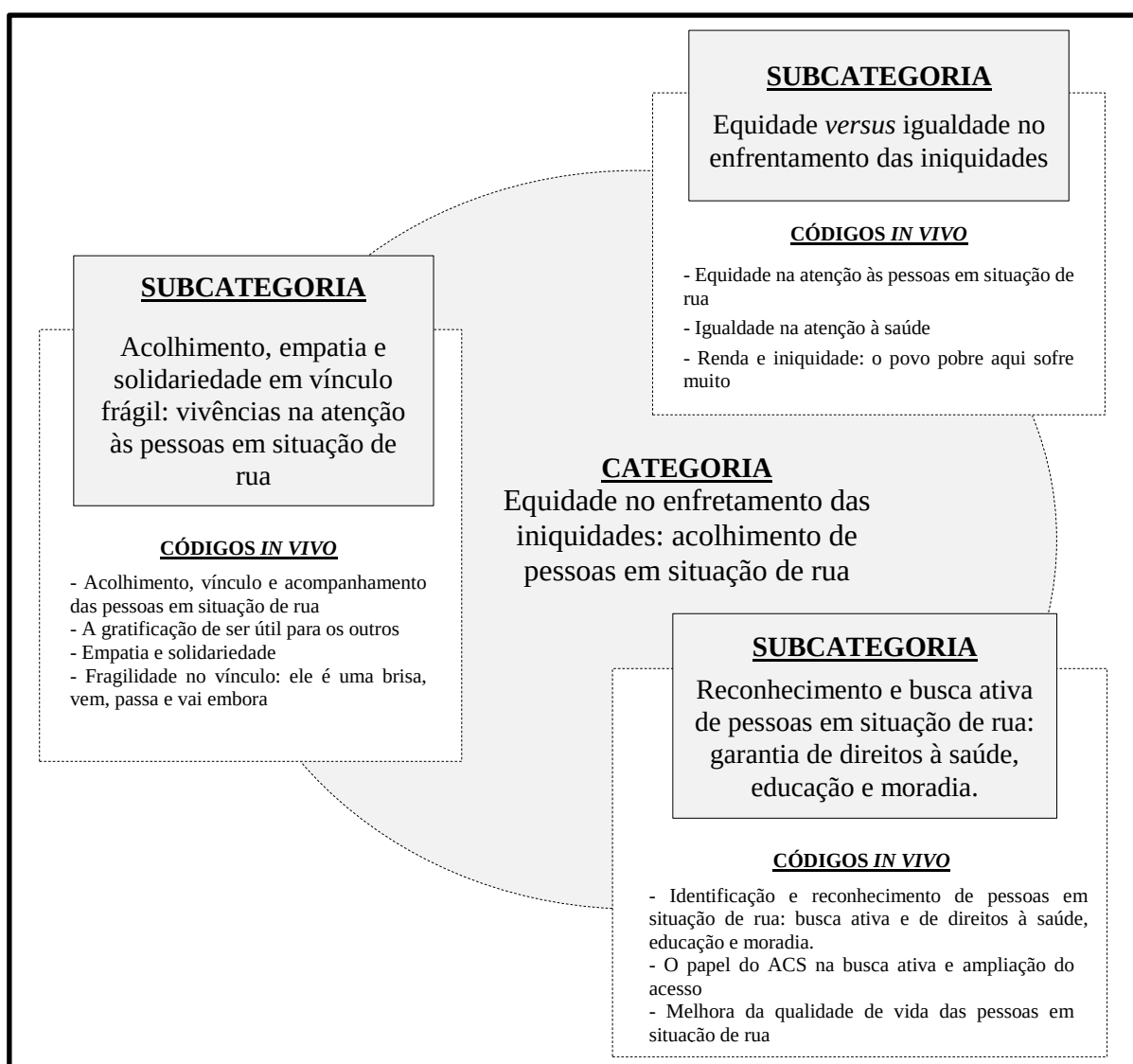


Figura 1 - Categoria *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua*, subcategorias e códigos *in vivo*/propriedades, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022

Reconhecimento e busca ativa de pessoas em situação de rua: garantia de direitos à saúde, educação e moradia

A identificação e o reconhecimento de pessoas em situação de rua no cotidiano da equipe da APS ocorrem pelo encaminhamento do Centro de Referência para as Pessoas em Situação de Rua (Centro POP), pelo trâmite do agente comunitário de saúde (ACS) no território, na busca ativa e de direitos à saúde, educação e moradia para essas pessoas:

Já chegavam, a gente já sabia que era morador de rua, porque já viam com encaminhamento, essa identificação era a contrarreferência que eu recebia [...] só de falar Casa POP, a gente já sabia que era morador de rua, a identificação, para mim, se dava pela Casa POP (E1).

A imagem... às vestes, o comportamento das pessoas, é através disso mesmo (E10).

Porque é questão de investigação, começa a perguntar o endereço, se tem moradia, aí eles falam: *“Eu fico na praça”*. Aí já começa a ver também a situação... tem aquele olhar diferencial, no vestir, no odor, que infelizmente é assim que funciona, não é? O pré-julgamento, aí identifica: aquele mora na rua! E coincide de passar na praça e eles estarem lá. Eles não têm residência fixa (E15).

O serviço especializado em abordagem social, ele anda no território fazendo busca ativa para identificar essas pessoas [...] a gente faz a busca ativa e a convida a participar do serviço. As pessoas, muitas vezes, são tidas como invisíveis pela sociedade, a gente vai e busca essas pessoas e tenta conscientizá-las em relação aos seus direitos: o acesso à saúde, à educação, à moradia... (E17)

A pessoa mesma se identifica com a condição de viver nas ruas. Ela somente aparece no serviço de saúde em momento agudizado e quer ajuda imediata:

Assim, pelo físico e pelo próprio usuário mesmo, ele já chega para a gente falando que ele é morador de rua e precisa de um atendimento. Eles não têm documento, não têm nada registrado e sempre vêm desesperado, querendo uma ajuda com alguma coisa. Então, assim, dá para identificar de longe, não só pela vestimenta não, mas pela fala deles, eles chegam sem documento, desesperado, querendo uma solução, entendeu? (E21)

A aparência faz se identificar como pessoa em situação de rua, mencionada com pormenores que a discrimina: é pela aparência mesmo, todo sujo, mal trapinhos. Tem alguns que vêm até unidade para usar o banheiro, às vezes, de demanda espontânea procurar o atendimento. Mas outros, que a gente vê que fica ali na praça, mal trapinhos, dormindo na rua, drogados, alcoolizados, é nessa situação que a gente identifica (E26).

O papel do ACS é fundamental para a busca ativa e a ampliação do acesso às pessoas em situação de rua:

O papel fundamental é o do ACS, porque são eles que trazem as pessoas para gente, algumas pessoas vêm por livre demanda, mas algumas você tem que ir lá buscar, sabe? Então, assim, esse papel de ampliação de acesso a essa população, principalmente é do ACS, é o mais importante! Apesar de eu tratar os pacientes, conversar, orientar, eu não consigo sair na rua, até pela demanda do serviço (E27).

No cotidiano, as melhorias da qualidade de vida das pessoas em situação de rua se concretizam:

Foi super bacana, eu vi resultados, vi melhora, a gente pode melhorar a estética, qualidade de vida, porque tinha uns que falava assim: *“Ai, mas meus dentes são tão feios, eu não consigo sorrir”*. Tinha uns que falavam assim: *“Eu queria arrumar um emprego, mas ninguém vai me empregar com a boca desse jeito”*. Aí, eu falava com eles: *“Nós vamos melhorar sim, se você me ajudar, a gente faz tudo que for preciso”* (E3).

O que eu tinha de sugestão era de ter um espaço pra que pudessem tomar um banho, ter uma alimentação, [...] e não passaram nem dois anos eles fizeram o núcleo POP, era o que eu tinha em mente, uma sugestão, pra melhoria de vida deles era essa (E10).

Salienta-se que, nos municípios pesquisados, as ações intersetoriais estão fortemente associadas aos cuidados em saúde das pessoas em situação de rua, para o enfrentamento das iniquidades em saúde e garantia dos direitos fundamentais. Como pilar da intersetorialidade, está a Rede Socioassistencial, que busca o acesso dessas pessoas à porta da APS (Memorando).

Acolhimento, empatia e solidariedade em vínculo frágil: vivências e atenção às pessoas em situação de rua

Foi evidenciado como ocorre no dia a dia o acolhimento e o acompanhamento das pessoas em situação de rua, mesmo com a fragilidade do vínculo com a equipe da APS:

Na nossa microárea, ele mora debaixo de uma lona, ele quer ficar nessa situação. Aí, a gente o atende aqui, a gente acolhe, entendeu? Ele é cadastrado como morador de rua, ele vem aqui na unidade para a consulta, a gente acompanha, monitora. A ACS vai naquela barraquinha dele, aí ele é acompanhado. Os que estão na nossa área a gente acompanha (E2).

A gente trabalha com os encaminhamentos, acolhe aquele usuário, vai construir um projeto com ele, um plano. A gente vai abordar as questões de vida dele, da demanda que ele traz, a gente vai encaminhar para o serviço (E17).

Olha, quando eles chegam aqui, primeiro momento que a gente tem com eles é a acolhida, já tenta identificar algumas questões de saúde. A ficha de identificação deles é um cadastro que a gente faz, já pergunta quanto tempo de rua eles têm, se eles fazem algum tratamento de saúde, se toma alguma medicação de uso contínuo, se tem histórico na família de questões mentais, então é uma ficha que ela já tem essas perguntas. Aí, identificando que tomam medicação, que já fez algum tratamento, a gente tenta monitorá-los, tira xerox de todos os exames, de todas as receitas que eles conseguem. Se for na consulta, a gente os lembra um dia antes: “Oh, você está lembrando que amanhã tem consulta? Oh, você está lembrando que amanhã você tem que fazer exame?”. A gente tenta fazer isso constantemente com eles, porque é importante eles estarem com a saúde em dia (E18).

O atendimento é mais rápido e específico pelo desejo da pessoa em situação de rua de ser medicada, como também para não perder o contato e vínculo, pois ela pode alterar emoções e comportamentos pela vivência na dependência química:

É um paciente que sempre é atendido na unidade de maneira mais rápida, porque é um paciente que a gente precisa dar um olhar mais específico, por questão de desejo, até mesmo de ser medicado, buscar ajuda... muda muito, de um dia para outro, ele já está totalmente alterado, em quesito de pensamento, emoções, dependência. Às vezes, o paciente está há cinco dias sem usar uma droga e, às vezes, eles têm recaída, por perder o contato e o vínculo. Aí, a gente sempre tem que ter um olhar mais apurado para esse tipo de paciente (E32).

Nas realidades estudadas, nota-se que a maioria dos profissionais entrevistados possui experiências no atendimento às pessoas em situação de rua e que as ações intersetoriais favorecem a utilização oportuna e eficaz dos serviços de saúde (Memorando).

Torna-se mais fácil atender às necessidades das pessoas em situação com encaminhamentos e abordagem intersetorial:

A Casa POP, hoje, é uma referência, a gente não trabalha fazendo busca, na verdade, a gente só os recebe. A prefeitura tem um serviço de abordagem social que os encaminha para nós. Por ser uma referência, a maioria é reincidente, então já sabe como funciona a casa, passado o período que eles podem retornar, eles vêm e ficam aqui os três meses que eles têm o direito de ficar. Aí, após os três meses, a equipe técnica estuda um

possível destino para eles, outra Casa de Acolhimento [...] até conseguirem autonomia própria, de caminhar com as próprias pernas (E34).

Surge a gratificação de ser útil para os outros, de fazer o bem para as pessoas em situação de rua se sentirem dignos:

Para eles se sentirem dignos, são seres humanos, precisam viver bem. Apesar de todas dificuldades que nós temos aí, nós temos ainda uma coisa muito bonita e gostosa que é a vida, viver é muito bonito! Viver pra gente só não, viver pros outros é melhor que a gente viver pra gente. Eu trabalho desde os meus 18 anos em serviço público e a coisa que eu mais aprendi nessa vida até hoje é a gratificação de você ser útil pros outros. Você, com amor, faz bem feito aquilo que você põe a mão pra fazer e o resultado pro outro é muito bom! A gente ganha mais do que eles (E5).

Ter empatia e solidariedade, aproximar-se das pessoas que vivem nas ruas sem julgamentos:

Eu creio que seja mais empatia ao próximo... solidariedade também. Se colocar no lugar do outro, mais o amor ao próximo (E25).

O mais importante é você ter uma boa relação com esse tipo de pessoa, sabe? Porque você não pode chegar para uma pessoa que está na condição de moradora de rua e querer obrigar a fazer as coisas “Não, agora você tem que largar o cigarro, largar a bebida, você vai ser internado, vai ser isso”. Não! Eu acho que a gente tem que se aproximar com empatia mesmo, sabe? Entender a situação, sem julgamento, principalmente o papel do ACS, acho muito importante, porque acaba que são eles que são nossos olhos e ouvidos (risos), assim, na região, sabe? (E27).

Há fragilidade no vínculo, a pessoa em situação de rua é uma brisa, vem e passa, ela vai embora:

Ele é um usuário arredio. Ele só busca a demanda dele. É um usuário assim: uma brisa. Ele só vem e passa e vai embora. Ele não permanece. Dificilmente, você tem vínculo, você tem contato, você não sabe o que aconteceu depois que ele saiu daqui. Ele vem, buscou os remédios, carimbou a receita, você não sabe mais nada dele. A gente não sabe se ele tomou o remédio, se ele melhorou, se ele morreu. A gente não sabe. Não tem retorno. Não tem contato. Um usuário perdido. O usuário é brisa mesmo, ele vem, passa e vai embora (E28).

Equidade *versus* igualdade no enfrentamento das iniquidades

A equidade na atenção às pessoas em situação de rua é compreendida, desde tendo uma agenda diferenciada com vistas ao acesso até tratando os desiguais diferentemente:

Eles tinham que ter mais atenção e tinha que ter uma agenda diferenciada pra eles, não tirando as regras e os horários, pois eles precisam aprender de novo, reaprender que viver dessa maneira eles não tem horário mesmo. Mas o atendimento deles tinha que ser mais urgente, porque, quando eles vêm aqui, a situação deles está pior que o normal, não é como nós, que vem atrás de uma consulta por causa de uma queixa, são várias queixas ao mesmo tempo (E9).

Porque, assim, quando você igualiza tudo, você trata de forma injusta. Você tem que tratar de forma que a pessoa precisa naquele momento, independente de quem ela seja e da situação que ela se encontra (E16).

Equidade.... é tentar construir esse acesso de igualdade para as pessoas que não têm acesso aos seus direitos que, muitas vezes, são negados pelo Estado. Tentar alcançar a igualdade com atendimento diferente (E17).

Equidade é tratar os desiguais de formas diferentes [...] dar mais atenção, e fornecer mais detalhadamente (as informações), ter mais paciência, ter mais tranquilidade para avaliar e explicar, porque demanda muito um cuidado especial a esse tipo de situação (E32).

Para o alcance da equidade, tornam-se precisas políticas públicas transversais de alcance intersetorial:

É um público que não é visto na sociedade e, infelizmente, quando é visto, é mal visto, mal interpretado, mal compreendido [...] quando a gente fala de equidade, eu penso que seja realmente criar políticas públicas, e aí isso precisa ser construído. O serviço para população de rua cresceu muito. Antes, a gente tinha só o serviço de acolhimento, e hoje, já tem a abordagem, tem o serviço do migrante funcionando, já tem a casa de passagem, teve o centro de atendimento que fechou recentemente. Tem a proposta, por exemplo, de albergue, então estão sendo construídas, e aí eu acredito que a equidade seja isso: a construção de políticas públicas para essas pessoas em situação de rua (E35).

Ao questionar os participantes da pesquisa, deveras foi expresso que o acolhimento é de forma igual e há uma igualdade no tratamento e na atenção à saúde, indiferente de quem seja:

Ah, eu acho que o acolhimento é igual para todos. A gente não planeja acolhimento, é na hora realmente que você atende a pessoa que você vai fazer o diferencial ali [...] o diferencial vai ser quando redirecionar para a gente saber o que vai fazer para aquele paciente (E4).

Eles são tratados iguais aos outros, eles não têm um tratamento diferenciado dos outros por ser morador de rua. [...] a gente não exclui, porque, às vezes, uma forma de querer proteger eles demais é quase que excluir eles da sociedade, achar que dependem de mais atenção. Não! Eles precisam ser iguais aos outros (E5).

Não tem um diferenciamento não, de chegar um morador de rua, de atendimento aqui não. [...] às vezes, aqui já aconteceu até de colocá-los pra tomarem banho aqui na unidade, sabe? Então, a gente os trata da mesma forma que os outros, não muda não (E12).

Aqui, o tratamento é igual para todo mundo, aqui dentro ninguém é diferente de ninguém, aqui, ninguém tem mais e ninguém tem menos. Aqui, todo mundo é ser humano e a gente está aqui para promover saúde, e não valores (E20).

Não é diferenciado o morador de rua com uma pessoa que está na pobreza, na miséria, alguma coisa não, todos nós tratamos da mesma forma. Em questão de ter um diferencial para morador de rua, nós não temos aqui. [...] eu entendo como direito para todos iguais, como um todo (E21).

Apesar de a equidade ser um princípio doutrinário do SUS, seu significado não se fez claramente revelado por alguns participantes deste estudo, com referência à igualdade de direitos e a universalidade do acesso (Memorando).

Há apontamento da redução da desigualdade e iniquidades pelo acesso ao trabalho e à renda:

Uma outra questão que eu acho que nesta cidade não avança é na questão de geração de renda, [...] a geração de renda decolava as pessoas, o trabalho não é enxergado como algo que possa estabilizar as pessoas. Você não tem uma política pública para conquista do trabalho, nem para crianças e adolescentes pobres. [...] Então o povo pobre aqui sofre

muito. O sistema é muito desigual (E22).

DISCUSSÃO

Na tentativa de mudar os cenários que excluem e segregam, os serviços de assistência social têm coordenado seus esforços, por meio de articulações intersetoriais, para garantir atitudes equânimes no campo da saúde (ALECRIM *et al.*, 2022). As pessoas vulneráveis são as pessoas que mais precisam de cuidado e são as que têm mais chance de não o obtê-lo (WENDT *et al.*, 2022).

Para a promoção da equidade, é imprescindível despir-se das noções pré-concebidas sobre as pessoas em situação de rua. A construção social estigmatizada deve, portanto, ficar fora dos serviços de assistência a essas pessoas que têm muito a nos mostrar para além dos estigmas já estabelecidos. Nesse sentido, a complexidade em torno dessas pessoas implica um acolhimento com escuta efetiva. É preciso que os profissionais despertem o olhar e a escuta para além do encontro com essas pessoas, descortinando-as das invisibilidades e reconhecendo-as na forma que produzem a vida nas ruas, vendo no encontro a capacidade de trocas. Torna-se essencial superar as práticas que estigmatizam e culpabilizam as pessoas cuidadas pelo seu sofrimento perante as vivências de preconceitos e à violência institucional (SILVA JUNIOR, BELLOC, 2019).

A promoção da visibilidade, o acolhimento e o atendimento humanizado incluem as pessoas em situação de rua no cotidiano da APS que, muitas vezes, apresentam insegurança e receio na procura pelos serviços de saúde (COUTO *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, a garantia que elas sejam cadastradas pelos ACS e atendidas pelas equipes ESF é primordial, visto que essa prática fortalecerá o vínculo e promoverá a equidade de acesso, potencializando a APS enquanto espaço universal de cuidado (ALECRIM, *et al.*, 2022).

O fortalecimento do trabalho do ACS na identificação das pessoas em situação de rua no território fortalecerá as práticas equânimes, visto seu potencial de trabalho na busca ativa e ampliação do acesso, em razão de ter como local de trabalho o espaço da microárea, onde processam-se os encontros. Portanto, o protagonismo do ACS é fundamental na potencialização do contato entre o serviço de saúde e a comunidade. Isso posto, é imprescindível que os ACS percebam as pessoas além das visitas aos domicílios, mas no contexto do território como um todo, focados na redução dos estigmas, preconceitos e discriminação, tendo o vínculo e o acolhimento como instrumentos de conhecimento, aceitação, respeito às diferenças, valorização e apoio, na produção de cuidado descolonizador para a transformação do sujeito ‘paciente-passivo’ em ‘agente-participativo’ no autocuidado (JABUR; CONCEIÇÃO; SOUSA, 2022).

A abordagem intersetorial constitui importante instrumento de planejamento do cuidado equânime aos mais vulneráveis, ação evidenciada em estudo realizado no município de São Paulo, Brasil. Evidencia que ações intersetoriais da Rede Socioassistencial junto à APS possibilitaram que pessoas em situação de rua fossem abordadas, atendidas, cadastradas e acompanhadas (VALE; VECCHIA, 2019). Neste sentido, é valioso desenvolver um processo de diálogo e articulação entre a sociedade civil e representantes do setor público, para a construção de uma rede intersetorial de proteção social (OLIVEIRA; LUBE GUIZARDI, 2020).

Os resultados deste estudo evidenciam a importância das ações intersetoriais na superação das iniquidades evitáveis, injustas e desnecessárias no atendimento às pessoas em situação de rua, visto que se operacionaliza a articulação com os mais diversos serviços, de modo a favorecer a atenção integral e resolutive. Os movimentos intersetoriais favorecem o atendimento dinâmico, seja no território ou na unidade de saúde. O conhecimento e o comprometimento profissional a respeito das ações intersetoriais possibilitam a superação das ações restritivas e pontuais para o alcance de objetivos comuns e compartilhados no atendimento com equidade (FREITAS *et al.*, 2022).

Os cuidados primários estão associados à redução das iniquidades e da mortalidade entre os grupos mais vulneráveis, além de favorecer melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e na diminuição das desigualdades (MACINKO; MENDONÇA, 2018). A APS favorece a promoção da equidade no cuidado em rede de pessoas em situação de rua, perante a alta prevalência de agravos à saúde e à necessidade de potencializar a autonomia e o autocuidado (HINO *et al.*, 2022), em busca de favorecer as potencialidades individuais e coletivas para redução de danos à saúde decorrentes da falta de acesso a ações básicas e das desigualdades injustas e evitáveis (VIEGAS *et al.*, 2021).

Em suma, as respostas eficazes na superação das iniquidades possuem correlação com os profissionais que operam nos serviços e de outros elementos que sustentem essa causa, como políticas públicas, valores, recursos, capacidade operacional e infraestrutura (VAN ROODE *et al.*, 2020). Diversas ações intersetoriais são desenvolvidas e necessárias para contemplar minimamente as variadas demandas singulares de pessoas em situação de rua. Analogamente a um dos municípios cenários deste estudo, o Centro POP da cidade de São Paulo-SP é definido como um espaço dinâmico para ações de inclusão produtiva, não apenas por meio de sua efetivação, mas também pela articulação com diversos setores públicos e privados na garantia do acesso a direitos e sensibilização da sociedade (PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019).

Este estudo evidencia que, apesar da fragilidade no vínculo dos profissionais da APS

com as pessoas em situação de rua, os atendimentos são efetuados com empatia e solidariedade, em práticas equânimes. Neste contexto, o estabelecimento de vínculo bilateral entre o profissional e o usuário está veementemente relacionado ao cuidado longitudinal fortalecido, que possibilita a construção de práticas de saúde alicerçadas nos valores e histórias de vida (SEIXAS *et al.*, 2019).

Estudo realizado no Sul do Brasil destaca o valor da colaboração intersetorial para lidar com a exclusão e as injustiças enfrentadas pelas pessoas que vivem nas ruas (VIEGAS *et al.*, 2021). Por conseguinte, reconhecer a influência das políticas públicas é fundamental, mas também garantir que esse grupo tenha a oportunidade de se reconhecer e ser reconhecido como sujeito de direito é responsabilidade do Estado, dos profissionais de saúde e de quem quer que esteja direta ou indiretamente envolvido na assistência integral dessas pessoas (PRADO *et al.*, 2021).

Uma vez que o termo “equidade” ainda não está ressignificado por parte dos participantes deste estudo, torna-se precisa a sensibilização de modo que sua aplicabilidade transforme as abordagens junto aos grupos vulneráveis.

Os participantes deste estudo costumam usar os termos “igualdade” e “equidade” como sinônimos. É importante esclarecer que “igualdade” se refere a um estado que se almeja alcançar por meio da justiça, enquanto “equidade” se refere a estratégias ou iniciativas que visam eliminar a disparidade entre os que alcançaram e os que não alcançaram a igualdade desejada. Desse modo, a ESF surge como tentativa de reorientar o modelo assistencial para uma maior sintonia com o cotidiano das pessoas, para desenvolver uma abordagem que impacte tanto a saúde quanto a independência das pessoas, além de contribuir para a saúde geral da comunidade (CARVALHO; SILVA; RABELO, 2020).

Defender o direito universal à saúde das pessoas vulneráveis é colaborar na redução das desigualdades injustas e evitáveis, garantindo o direito universal à saúde. As violações dos direitos básicos das pessoas em situação de rua estão diretamente ligadas a condições que geram injustiça e iniquidades, fato que reforça a importância do desenvolvimento de estratégias que resgatem os “princípios e valores da universalidade, acessibilidade, integralidade, qualidade e inclusão na atenção à saúde” (VIEGAS *et al.*, p. 2, 2021). Para isso, é importante a profissionalização dos profissionais de saúde, a fim de reduzir barreiras entre eles e as populações marginalizadas. Sem recursos humanos suficientes, a qualidade da assistência e o acesso de populações vulneráveis, inquestionavelmente, serão dificultados no cotidiano da APS. Nesse sentido, há lacunas na assistência à demanda espontânea e nas ações programáticas em saúde (NORMAN, 2019) que precisam ser sanadas, para o enfrentamento das iniquidades

e a garantia do acesso universal à saúde de pessoas em situação de rua.

A partir da perspectiva interacionista de Blumer (1969), foi possível compreender, perante a prática dos profissionais da APS e da Rede Socioassistencial, como processa-se a equidade na interação junto às pessoas em situação de rua, já que cada interação advém de experiências singulares subjetivas mediante o objeto deste estudo. Abarcando esse entendimento, foi possível entender como em um mesmo espaço geográfico possuem profissionais que ocupavam diferentes universos, isto é, diferentes vivências e pontos de vida sobre um mesmo objeto. Para entender como se contempla a equidade no cotidiano dos profissionais da APS e da Rede Socioassistencial, foi preciso, primeiramente, compreender o seu universo particular, por meio dos conceitos/códigos *in vivo* expressos e, posteriormente, analisar o significado dos objetos ao seu redor, isto é, do coletivo de vivências reais dos 36 participantes deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equidade e o acolhimento das pessoas em situação de rua ainda possuem dificultadores de diversas origens que distanciam essas pessoas dos serviços de saúde. As ações para o enfrentamento das iniquidades são fundamentais para eliminar gradativamente as lacunas para o acesso universal. Nos municípios cenários deste estudo, ações intersetoriais possibilitam minimizar as violências simbólicas e institucionais que as pessoas em situação de rua vivenciam. O trabalho desenvolvido pelos profissionais do Centro POP de um dos cenários é essencial para a manutenção da equidade de forma longitudinal e facilitar o acesso equânime à saúde.

Este estudo demonstra que a equidade ainda é um tema que precisa ser discutido e trabalhado junto aos profissionais de saúde da APS, pois seu significado e aplicabilidade no cotidiano dos serviços na atenção aos mais vulneráveis interdepende de atitudes, postura e proatividade dos profissionais, como também da capacidade organizacional dos serviços, para evitar práticas injustas e desnecessárias.

Embora a análise fundamentada nos dados apresente que há condições díspares para uma atenção equânime às pessoas que vivem nas ruas, nos cenários deste estudo, os serviços buscam atendê-las em demanda espontânea, mediante suas necessidades.

Os esforços intra e intersetoriais em rede de atenção possibilitará a atenção universal e equânime, por meio de busca ativa e vinculação dessas pessoas nos serviços da APS. O fortalecimento da relação entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é fundamental para a construção de um SUS mais equânime. Esses sistemas operam no mesmo

território e a superação das desigualdades em saúde é fortemente ligada a uma abordagem ampliada da produção do cuidado.

Destaca-se ainda a importância do fortalecimento do ACS para abordagem e inserção de pessoas em situação de rua no contexto da APS, deste modo, repensar sua prática e sensibilizá-lo para as diversas formas de ocupação territorial, cadastramento e acompanhamento é fundamental no enfrentamento das iniquidades em saúde.

O acesso universal pela porta da inclusão, perante as diversidades, precisa ser vivenciado cotidianamente nos serviços de saúde. As políticas públicas existentes ainda se apresentam ineficientes para contextualizar a inclusão de todos e a diminuição das iniquidades em saúde. Por conseguinte, alicerçar a equidade em base participativa de todos os envolvidos favorecerá a garantia do acesso à saúde com qualidade, resolutividade e oportunidade diversa e justa para todos.

Enfim, é preciso ampliar e garantir acesso equânime à saúde de pessoas em situação de rua e aos demais direitos fundamentais à vida com dignidade.

REFERÊNCIAS

ALECRIM, T. F. de A., PALHA, P. F., BALLESTERO, J. G. de A., PROTTI-ZANATTA, S. T. Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira. **Revista USP**, v. 56, e20220026. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en>

ALISSON, R.; ROBERTS, D.J.; BRIGGS, A.; ARORA, S.; ANDERSON, S. The role of health protection teams in reducing health inequities: findings from a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 23, n. 231, 2023. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15143-7>

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Berkeley: University of California Press. 1969.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 fevereiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em 07 fevereiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018**. Estabelece que as

especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 07 fevereiro 2023.

CARVALHO, A. M. DE P.; SILVA, G. A. DA .; RABELLO, E. T.. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, 2020. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>

CERVIERI, N.B; ULIANA, C.H.; ARATANI, N.; FIORIN, P.M.; GIACON, B.C.C. O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 15, n. 4, p. 1–8, 2019. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151229>

COUTO, J.G.A.; GODOI, H. FINKLER, M. MELLO, A.L.S.F. Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. **Cadernos saude coletiva**, v. 29, n. 4, p. 518–527, 2021. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040223>

DOVER, D.C., BELON, A.P. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. **Int J Equity Health**, v. 18, n. 36, 2019. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0935-0>

FIORATI, R.C.; SOUZA, L.B.; CÂNDIDO, F.C.A.; SILVA, L.N.F.; FINZETO, L.C.; ALVES, L.S.; et al. Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à atenção primária à saúde. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1705, 2018. Acesso em: 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230523p1705-1716-2018>

FREITAS, G.L.; SILVA, B.I.S.; ALECRIM, T.F.A.; ZANATTA, S.T.P.; FIORATI, R.C. População em situação de rua: a complexidade do cuidado e a busca pela intersetorialidade. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES (Orgs). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 27-32 Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c03>

HINO, P.; FORNARI, L.F.; EGRY, E.Y.; SANTANA, C.L.A.; OLIVEIRA, E. Indicadores de boas práticas em saúde para a população de rua: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR004766>

JABUR, P.A.C.; CONCEIÇÃO, C.H.O.; SOUSA, T.R. Encontro na cidade: práticas de se habitar como vínculos para a produção de cuidado pelas ruas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 01, pp. 17-26. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202271.19412021>

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p.

1945, 2019. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1945)

OLIVEIRA, A.; LUBE GUIZARDI, F. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 3, 2020. Acesso em 15 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190650>

PINHO, R. J. DO; PEREIRA, A. P. F. B.; LUSSI, I. A. DE O. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, p. 480–495, 2019. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1842>

PRADO, M.A.R.; GONÇALVES, M; SILVA, S. S.; OLIVEIRA, P.S.; SANTOS, K.S.; FORTUNA, C.M. Homeless people: health aspects and experiences with health services. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 1, p. e20190200, 2021. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>

QUEIROZ, I., NUNES, D.R., ABREU, I.F., FERREIRA, L.F., SILVA, L.A., ROQUE, M.H.G., et al. The approach to homeless people in the unified health system: a reality that needs to be changed. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8230–8243, 2021. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-350>

SEIXAS, C.T.; BADUY, R.S.; CRUZ, K.T.; BORTOLETTO, M.S.S. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu)**, v. 23, 2019; Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>

SILVA JUNIOR, D. V.; BELLOC, M. M. Habitar invisível: produção de vida e cuidado na experiência urbana. **Interface**, v. 22, n. 67, p. 1-12, 2018. Acesso em 12 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0452>

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estud. psicol.**, v. 24, n. 1, p. 42-51, 2019. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190005>.

VAN ROODE, T., PAULY, B.M., MARCELLUS, L.; STROSHER, H.W.; SHAHRAM, S.; DANG, P.; et al. Values are not enough: qualitative study identifying critical elements for prioritization of health equity in health systems. **Int J Equity Health**, v. 19, n. 162, 2020. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01276-3>

VIEGAS, S. M. F; NITSCHKE, R. G.; BERNARDO, L; THOLL, A. D. ; BORREGO, M. A. R.; SOTO, P. J. L; TAFNER, D. P. O. V.. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>

WENDT, A.; MARMITT, L.P.; NUNES, B.P.; DUMITH, S.C; CROCHEMORE-SILVA, I. Socioeconomic inequalities in the access to health services: a population-based study in

Southern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, 2022. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.03052021>

5.4 ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RESUMO

Planejar o cuidado junto às pessoas em situação rua constitui uma importante intervenção emancipatória, colocando-as no protagonismo do autocuidado dentro do seu contexto real, potencializando suas capacidades individuais, sociais e coletivas. Este estudo teve por objetivo compreender a implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua e as vivências de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados e o Interacionismo Simbólico, desenvolvido com 36 participantes em dois municípios sem equipes de Consultório na Rua. Os resultados apresentam que, no cotidiano, as pessoas em situação de rua não aceitam regras e não acatam orientações da equipe de saúde, descumprindo as recomendações de cuidados. Apontaram-se os entraves enfrentados pelas equipes para a longitudinalidade do cuidado e implementação de estratégias de autocuidado, como o nomadismo, o abandono do tratamento proposto, a falta de proatividade e a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde. Este estudo reforça a importância de planejar, junto às pessoas que vivem nas ruas, meios para o autocuidado perante suas condições e escolhas, sensibilizando-as para a necessidade de superação de deficiências existentes no cotidiano e buscando apoio na Rede Socioassistencial.

Descritores: Pessoas Mal Alojadas; Atenção Primária à Saúde; Assistência Centrada no Paciente; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Estimular o autocuidado das pessoas em situação de rua envolve a construção do cuidado participativo e corresponsável (VIEGAS *et al.*, 2020) frente ao fenômeno social, histórico, global, multifacetado de viver nas ruas e com diversas implicações, como o preconceito, o medo, a violência e suas dimensões, a violação dos direitos humanos básicos, como o acesso à saúde, a educação, a moradia, o emprego, a renda e o lazer (SILVA *et al.*, 2020).

O autocuidado constitui importante atitude de promoção da saúde. Por essa razão, trazer

as pessoas em situação de rua para o planejamento do cuidado constitui uma importante intervenção emancipatória, visto que as colocam no protagonismo do autocuidado dentro do seu contexto real, com possibilidades de potencializar suas capacidades individuais, sociais e coletivas e de criar condições propícias para o cuidado, de forma integral e seguro, dentro da realidade de cada pessoa (XIMENES *et al.*, 2021). Para isso, é preciso ultrapassar a dimensão do cuidado que se sucede em condutas e procedimentos, prescrições e normatizações, de modo a valorizar os projetos de vida do outro na sua individualidade e subjetividade (SILVA *et al.*, 2018).

O déficit de autocuidado está relacionado diretamente à falta de moradia, visto que o lar proporciona, além do abrigo e refúgio, proteção e preservação da individualidade. A sua ausência está intrinsecamente relacionada à perda de cuidados básicos, como banho e higiene pessoal (NASCIMENTO *et al.*, 2022). Portanto, torna-se um desafio a construção do autocuidado junto às pessoas em situação de rua.

Ainda que a visão moralista, negativa e preconceituosa a respeito da condição de vida e do comportamento das pessoas em situação de rua, frequentemente, interfira no acesso e na continuidade do cuidado ofertado, no isolamento social, na piora da qualidade de vida, na perda de autoestima, a mesma, consequentemente, prejudica as ações de autocuidado e afastam-nas dos serviços de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Outras estratégias devem ser adotadas para enfrentamento desses fatores.

Devido à precariedade das condições socioeconômicas, essas pessoas estão mais vulneráveis à infecção, ao adoecimento e a piores desfechos clínicos, o que está diretamente relacionado à ausência de autocuidado, tratamentos oportunos e eficazes (SILVA *et al.*, 2021), resultando na necessidade de cuidados complexos e da interdisciplinaridade (KLOP *et al.*, 2018).

É difícil sensibilizar para o autocuidado efetivo sem que haja interação entre o serviço de saúde, o profissional e a pessoa cuidada. Dessa forma, a construção do autocuidado precisa ser compreendida nas diversas maneiras de cuidar de si e do outro, além dos fatores que influenciam essa prática e as relações estabelecidas (SILVA *et al.*, 2018).

Perante o cotidiano de equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) de dois municípios sem equipes de Consultório na Rua (eCR), indaga-se: como as equipes de APS desenvolvem estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua?

Este estudo tem por objetivo compreender a implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua e as vivências de profissionais da APS.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008) e o Interacionismo Simbólico (IS) (BLULMER, 1969).

A pesquisa qualitativa oferece a oportunidade de conhecer as pessoas e a realidade vivenciada, as interações estabelecidas, comportamentos, emoções e sentimentos, o funcionamento organizacional, movimentos sociais, os fenômenos culturais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Uma vez que o significado é produzido durante a interação humana entre os indivíduos, o IS estabelece que os seres humanos se comportam de acordo com os significados construídos em suas interações. Esses possibilitam que as ações do outro interfiram no comportamento das pessoas, possibilitando examinar, moderar, substituir, intensificar e até resignificar o comportamento (BLUMER, 1969).

A fim de ampliar a compreensão e proporcionar maior esclarecimento sobre as ações a serem projetadas, a TFD oferece maior discernimento sobre o tema em estudo. Nesse método, o pesquisador precisa seguir um alto grau de rigor na execução das etapas propostas, em que os dados brutos e desorganizados serão rigidamente analisados e categorizados, fazendo comparações para extrair significados inovadores, integrados e realistas à teoria sobre o objeto estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Este estudo foi realizado com 30 profissionais da APS e seis informantes-chave da Rede Socioassistencial de dois municípios do Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, que não possuíam eCR. Para maior confiabilidade nos dados apresentados, foram seguidas as recomendações do guia *COndolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ).

O critério de inclusão considerou o profissional ter mais de um ano de atuação na APS. Quanto aos informantes-chave, esses foram mencionados pelos profissionais da APS, tornando-se essenciais na amostragem teórica. Eles fazem parte da equipe do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e da Casa de Acolhimento às pessoas em situação de rua.

Os dados foram coletados seguindo o método proposto por Strauss e Corbin (2008), por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, conduzida por dois pesquisadores treinados. O roteiro da entrevista conta com perguntas referentes à caracterização dos participantes e questões abertas, que abordam as experiências dos profissionais na atenção às pessoas em situação de rua no cotidiano da APS. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, em ambiente que garantisse a privacidade, o sigilo das informações e o conforto durante a abordagem do participante.

A análise dos dados aconteceu imediatamente após cada entrevista, conforme preceitos da TFD. A análise conduziu alterações necessárias para a abordagem na próxima entrevista. Caso ocorresse novo significado que o roteiro da entrevista não abrangia, era criada nova questão ou acrescido o novo significado em alguma questão que fosse pertinente à abordagem. Esse procedimento garante que o pesquisador esteja constantemente em contato com os dados coletados, permitindo a interpretação precisa e imparcial dos fatos. Afinal, o estabelecimento de conexões sólidas entre informações previamente conhecidas e anteriormente desconhecidas é o que torna uma determinada descoberta possível (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A primeira etapa de análise é a codificação aberta, perante uma análise linha a linha para identificar os significados/conceitos, em busca de similaridades e diferenças, categorizando os códigos *in vivo* ou criando propriedades. A segunda etapa se faz na codificação axial. Os códigos *in vivo* foram reagrupados em subcategorias e categorias, de modo que explicassem os fenômenos em investigação. Na terceira, a codificação seletiva, as categorias foram integradas e refinadas, de modo a denominar a categoria central. Durante toda análise, ocorreu a codificação para o processo, que consiste na observação proposital da ação/interação dos significados, que possibilita a conexão entre as categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Todos os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. O estudo seguiu, em todas as suas etapas, as diretrizes éticas para pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Parecer 5.173.172.

RESULTADOS

Os participantes da pesquisa tinham idade entre 22 e 59 anos, sendo 25 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, distribuídos em 7 equipes da ESF em uma Casa de Acolhimento às pessoas em situação de rua e um Centro POP. Quanto à formação profissional, são 7 enfermeiros, 1 auxiliar de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem, 3 dentistas, 1 técnico de saúde bucal, 2 auxiliares de saúde bucal, 4 médicos, 9 agentes comunitários de saúde, 3 psicólogos, 1 atendente de saúde bucal, 1 cuidador social e 3 assistentes social.

A teoria que emergiu deste estudo foi derivada de 8 categorias, 10 subcategorias, 35 códigos *in vivo* e 5 propriedades, sendo denominada *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem consultório na rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*. Neste artigo, abordaremos a categoria *Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua*, conforme apresentada na Figura 1.

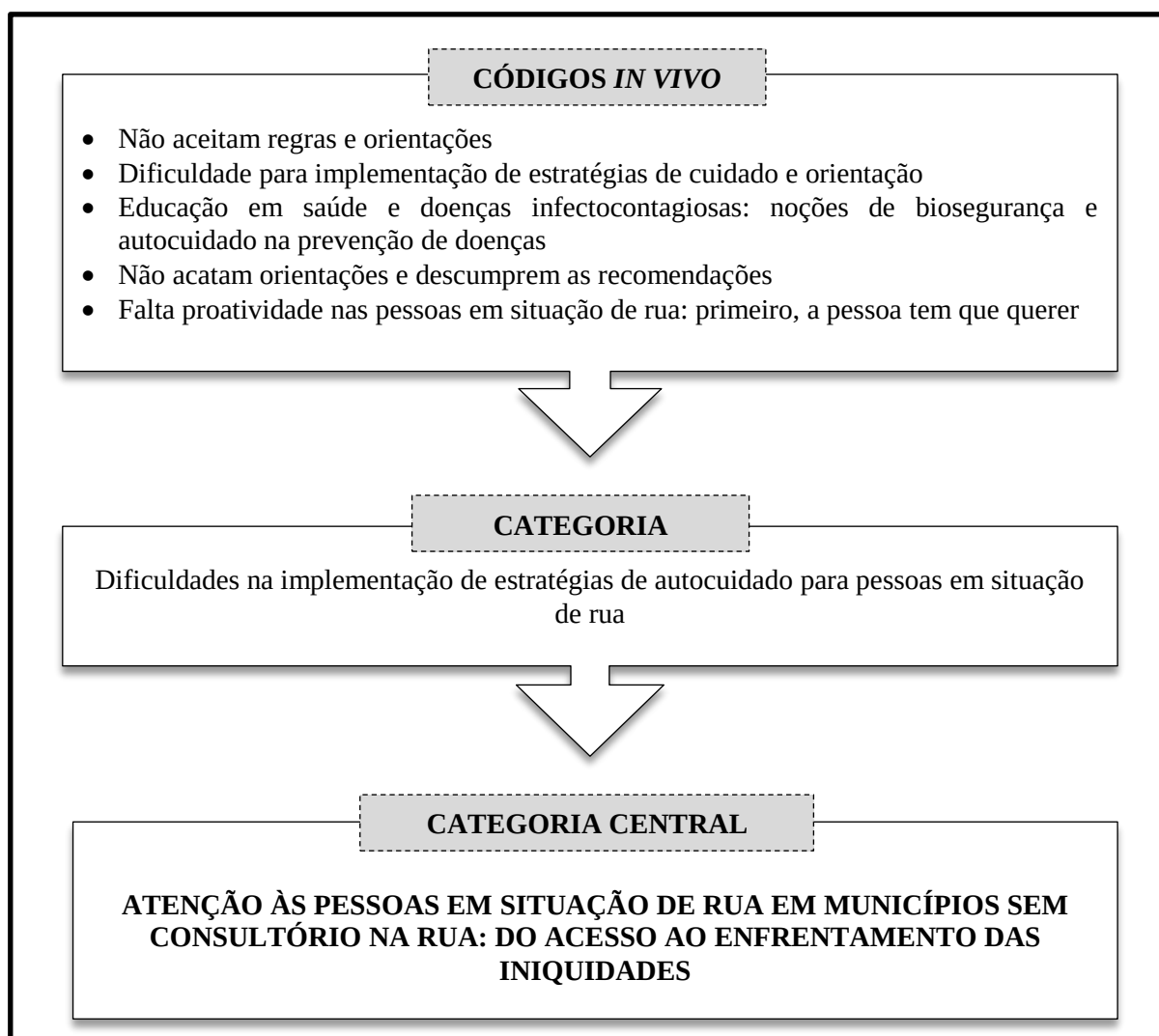


Figura 1 - Categoria “Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua e códigos in vivo, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022

Nas realidades pesquisadas, foi unânime a abordagem dos participantes deste estudo sobre as pessoas em situação de rua não aceitarem regras e nem orientações:

É difícil, por ser morador de rua, eles não aceitam as regras, eles chegavam aqui na unidade, ligavam o rádio, aí a gente pedia para desligar o rádio, eles não queriam desligar o rádio (E1).

Muitos chegam aqui, vêm da rua e na rua não existe regra: “Meu espaço, as minhas regras”, chega aqui, tem regras, e aí já começa a ficar loucos (E35).

Então, essa barreira, eu tive com muitos, durante todo percurso, até hoje eu tenho [...] cada um eu procuro abranger de uma forma, para conscientizar que tem regras, que todos os lugares têm regras. Eles têm muita dificuldade de seguir regras. Teve um que até falou comigo: “Por isso que eu moro na rua, porque eu não gosto é de regras” (risos). Mas aí eu falei que, para você ter atendimento, tem que ter regras, porque senão fica difícil de a gente controlar (E3).

Eu o orientei sobre o POP, aí ele falou das regras que não conseguiu, não deu certo com o POP por conta das regras (E4).

Porque eles têm as regras na Casa de Acolhimento, às vezes, eles não adaptam as regras,

eles saem e voltam para rua, aí perde essa continuidade do cuidado (E32).

No cotidiano do viver na rua, não acatam orientação da equipe de saúde e descumprem as recomendações de cuidados:

Mas não acatam as orientações, a gente orienta uma coisa, talvez eles fazem igual. Eu encontrava muito uma que pegava reciclagem e ela com o pé todo inchado, e não vinha. Então, a gente orientava que isso pode ter uma infecção. Aí, às vezes, um curativo também, vinha aqui na unidade fazia o curativo, orientava e, às vezes, não retornava para curativo na outra semana (E2).

Eles começaram a tumultuar a ESF. Uma vez no mês, a gente os atendia, aí eles começaram a ir, por exemplo, no meio de semana, aí eles não chegaram no horário de acolhimento, que era 7 horas da manhã ou meio-dia. Eles chegavam, vamos supor, 10h00 da manhã, aí você estava fazendo atendimento, eles queriam que você parasse para serem atendidos (E3).

Destarte, as equipes de APS enfrentam dificuldades para a implementação de estratégias de cuidado e de orientação para o autocuidado e promoção da saúde:

É difícil fazer promoção da saúde com eles, porque a busca é difícil, a aceitação é difícil, manter o acompanhamento desse público é bem difícil. Hoje, eu não vejo uma forma nova, não consigo pensar nada além da forma tradicional, não (E31).

Perante o nomadismo e o abandono do tratamento, a continuidade do cuidado não acontece, e as vivências são do atendimento à demanda espontânea:

Não tem como planejar muito. Essa população, ela é muito flutuante, não tem como vinculá-la na unidade de saúde [...] não adianta eu querer fazer um cadastro dele, vinculá-lo, pois semana que vem ele está do outro lado da cidade. Então, assim, não dá para dar continuidade ao atendimento deles [...] aí, acaba sendo só demanda espontânea mesmo, de quando eles precisam (E33).

O que acontece com eles é que eles não têm aquele cuidado de estar retornando naquele atendimento. Inicia e fica parado. Se não for atrás, eles não voltam (E5).

A dificuldade maior que a gente tem é a de continuidade do tratamento. Esses pacientes que estão em situação de rua, de forma geral, não permanecem na cidade, eles migram, então dificilmente a gente tem alguma adesão (E8).

A fragmentação da Rede de Atenção à Saúde também influencia na continuidade do cuidado, por não ter a contrarreferência:

Aqui, na situação que a gente vive, a rede ela é muito fragmentada, extremamente fragmentada, CAPS não conversa com a Atenção Primária, a gente pede uma reivindicação dos profissionais da Atenção Primária (E22).

A realidade da educação em saúde, de medidas preventivas perante as doenças infectocontagiosas e noções de biossegurança:

Paciente lá que tinha tuberculose, então, assim, e Casa POP também não tinha técnico de enfermagem lá dentro, então eram pessoas leigas na questão de conhecimento da saúde, então qualquer coisa eles ficavam desesperados com medo de pegar tuberculose, ficava ligando aqui na ESF, aí eu tinha que ir lá orientar (E1).

Estamos ainda na pandemia do coronavírus [...] quando eu ia cadastrar ele lá ou

encontrava alguém, eles já vinham sem a máscara [...] às vezes, a gente os encontrava na rua, todos sem máscara, batendo papo bem aglomerado, sabe? Principalmente, eu presenciei um que estava com tuberculose que abandonou o tratamento, e estava lá reunido com os outros. Aglomerados! (E2)

No entanto, há a manifestação de biossegurança na prevenção de doença infectocontagiosa:

Eles têm muito medo, como a gente fazia atendimento de vários no mesmo dia, eles tinham muito medo, por exemplo, entrava um no consultório, quando ele saía, os outros perguntavam: “Vocês limparam tudo? Você esterilizou tudo? Porque ele tem hepatite.” [...] eu vi isso neles, o cuidado que eles querem com eles (E3).

Há falta de proatividade nas pessoas em situação de rua, pois, primeiro, a pessoa tem que querer:

Sou bem sincero. Primeiro, a pessoa tem que querer, porque, se ela não quiser, você pode tentar fazer o que quiser que ela não vai aceitar ajuda [...] uma pessoa que é morador de rua, a primeira coisa que ele tem que querer são melhoras, porque na vida tudo é querer. Se eu quero melhorar e tenho essas possibilidades, igual está tendo agora, ele vai para frente (E6).

Depende também do cidadão, não adianta, porque a gente acolhe, faz os primeiros socorros, orienta, tudo. Se eles não retornarem para poder terminar o tratamento, nós não temos condições de correr atrás deles, eles têm que querer o tratamento, entendeu? [...] então, assim, vai do usuário também, não só da equipe. A equipe está fazendo a parte dela, mas ele também tem que querer tratar. [...] o usuário também tem que fazer a parte dele, tem que querer, e é muito difícil! Tem muitos que não querem sair dessa vida, mas nós estamos aqui para o quê? Para os primeiros atendimentos e direcionamento. Agora, também, tem que ser com eles, porque nós temos outros tipos de doenças, outros tipos de pacientes, então não se pode ficar só focado no morador de rua (E21).

As realidades pesquisadas são de municípios de médio porte populacional do estado de Minas Gerais, Brasil, sem eCR, com formas distintas de organização do trabalho cotidiano para atenção às pessoas em situação de rua, visto que em um deles possui o Centro POP; no outro, as ações são prestadas pelo Centro de Referência de Assistência Social e Casa de Acolhimento. Evidenciaram-se ações pontuais das equipes da APS em atendimento em demanda espontânea. O agente comunitário de saúde possui maior contato com as instituições da Rede Socioassistencial para encaminhar as demandas para os demais profissionais da equipe, como também é o profissional que identifica essas pessoas no território de abrangência da ESF (Memorando).

Tem um que eu já fui atrás dele várias vezes para tentar acolher, porque ele está com o pé muito inchado, problema de veias, então só que ele não aceita atendimento. Ele fala que pode deixar que ele vai na UPA. Então, eu já abordei, já tentei várias vezes trazer ele aqui, mas eu acho que ele tem medo da gente levar ele para algum lugar de acolhimento de permanência, aí ele acaba rejeitando, aí fica lá, a Deus dará (E26).

Agora, na unidade que eu trabalho, não tem esse tipo de acesso. Acesso tem, só que não tem a procura deles. É muito raro mesmo. [...] se tivesse a gente, com certeza estava lá para atender, mas não tem a procura (da unidade de saúde) do usuário que fica em

situação de rua (E30).

A falta de proatividade das pessoas em situação de rua para o autocuidado determina a vivência da demanda espontânea, em condições de agravos que poderiam ter sido evitados ou acompanhados pelos serviços de saúde antes de se tornarem agravos complexos (Memorandos).

E poderia melhorar mais o interesse deles, porque eles mesmos não preocupam com isso. Quando as preocupações deles vêm, é porque já está muito ruim. Então, poderia ter mais interesse da parte deles (E34).

DISCUSSÃO

O autocuidado é uma medida de proteção à saúde, porém as pessoas em situação de rua nem sempre conseguem cuidar de si efetivamente, devido às condições do viver sem teto e às vulnerabilidades inerentes a esse processo (VIEGAS *et al.*, 2020; CENTENARO *et al.*, 2022). São dependentes da solidariedade de outras pessoas ou ações institucionais para o desenvolvimento das ações de autocuidado, seja pela falta de recursos individuais ou até mesmo pela insipiência do Estado em prol dessas pessoas (NASCIMENTO *et al.*, 2022). As condições de vulneração potencializam os riscos de agravos à saúde (CENTENARO *et al.*, 2022).

A perda da autoestima e a falta de preocupação com o autocuidado são situações comuns na realidade das pessoas em situação de rua que, frequentemente, estão associadas às condições precárias de saúde e insuficientes para a manutenção da vida perante o sofrimento cotidiano e a ausência de perspectiva de vida (HINO; SANTOS; ROSA, 2018).

O cuidar de si envolve o modo de ser e de viver, passando pelos diversos conhecimentos do senso comum. Neste sentido, ao pensar estratégias de autocuidado, é primordial considerar os saberes existentes nas relações sociais que influenciam nos modos de cuidar de si. As práticas de autocuidado baseadas no senso comum, aquelas que as pessoas adquirem em suas relações sociais, são legítimas e precisam ser consideradas no planejamento do cuidado, pois tal postura possibilita o vínculo e as interações entre os atores, o que favorecerá as mudanças de atitudes tanto individual quanto coletivamente (SILVA *et al.*, 2020).

O cuidar do outro é uma prática comum entre as pessoas em situação de rua. Devido à exclusão social, eles não reconhecem a saúde como direito, vivenciam a solidariedade do grupo em prol do cuidado, utilizam conhecimentos e tratamentos do senso comum para recuperação da saúde nas ruas. Assim, recorrem aos serviços de saúde somente em situações de urgência e emergência (CAMPOS; CARDOSO; MORETTI-PIRES, 2019).

Estudo realizado em Mato Grosso, Brasil, apontou que mesmo que as pessoas em situação de rua conheçam a importância do autocuidado e redução de danos no consumo de substâncias psicoativas, essas pessoas não implementam as estratégias conhecidas, alegando

que o consumo dessas substâncias proporciona ação anestésica aos problemas enfrentados nas ruas (NASCIMENTO *et al.*, 2022). Esses achados corroboram com os resultados deste estudo, que relatam dificuldade de construção de estratégias de autocuidado junto a essas pessoas, já que não seguem as orientações e recomendações ofertadas.

Um estudo realizado na Holanda constatou que a baixa adesão ao tratamento não estava relacionada somente às pessoas em situação de rua, mas também às características do serviço de saúde. Estabelece, ainda, que é preciso repensar as práticas de cuidados, de modo que seja prestado um cuidado singular e longitudinal para a superação de comportamentos estigmatizantes e tratamentos prescritivos, sem considerar as condições do ser cuidado. É preciso vivenciar a prática humanizadora em respeito à dignidade, para configurar a acessibilidade e a equidade (KLOP *et al.*, 2018; VIEGAS *et al.*, 2020).

Ao considerar o nomadismo e a construção do cuidado longitudinal junto às pessoas em situação de rua, torna-se complexo e desafiador perante o constante processo itinerante entre praças, marquises, bairros, outras cidades. A eCR vem possibilitar o cuidado além dos domicílios, famílias e instituições, ofertando-o nas ruas, mediante os ritmos da vida, desejos e trajetos (FREITAS; JUSTO, 2019). Um estudo com profissionais de eCR do município do Rio de Janeiro, Brasil, evidencia que o cuidado dessas pessoas, *in loco*, foi associado ao aumento da autoestima e à promoção do autocuidado (TEIXEIRA *et al.*, 2019)

Estudo realizado em Campina Grande, Paraíba, Brasil, com profissionais da APS, com formação de nível superior, revelou que o abandono no tratamento da tuberculose pelas pessoas em situação de rua estava relacionado às recomendações profissionais que não consideravam suas especificidades e, frequentemente, encaminhava-os para serem acompanhados em centro especializado (QUEIROGA; SÁ; GAZZINELLI, 2018). Em outro estudo, realizado na cidade de São Paulo-SP, Brasil, os profissionais de saúde relatam que a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso está relacionada à ausência de infraestrutura, baixa escolaridade, alimentação precária, desemprego, etc. (SILVA *et al.*, 2021).

Estudo realizado em Ilhéus, Bahia, Brasil, evidencia que, entre as pessoas em situação de rua, o autocuidado teve forte relação com o atendimento às necessidades humanas básicas e de saúde, não se limitando apenas ao cuidado da doença (SILVA *et al.*, 2020).

É preciso ir além do processo saúde-doença para o cuidado integral e considerar os hábitos de vida e as barreiras que dificultam o acesso e o sucesso no tratamento proposto, além de possibilitar atuações profissionais intersetoriais e em rede, programáticas para o alcance, identificação e avaliação das pessoas em situação de rua (QUEIROGA; SÁ; GAZZINELLI, 2018).

Embora estudo realizado no município de São Paulo, Brasil, aponte que o diagnóstico de doenças graves mudou a percepção dessas pessoas quanto ao autocuidado com a saúde, o mesmo proporcionou mudanças no estilo de vida e no cuidado com a saúde e trouxe novos significados para suas vidas (HINO; SANTOS; ROSA, 2018). Este estudo não apontou tais evidências referentes ao autocuidado e mudanças significativas no estilo de vida.

A fragmentação da Rede de Atenção à Saúde é outro revés na construção de estratégias de autocuidado junto às pessoas em situação de rua, visto que a falta de comunicação e a ação intersetorial fragilizada inviabilizam o cuidado integral e singular, a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento dos casos (QUEIROGA; SÁ; GAZZINELLI, 2018).

Os comportamentos de risco que as pessoas em situação de rua repetidamente vivenciam, como o uso de drogas, a prostituição, o compartilhamento de perfurocortantes, a violência física, o sexo desprotegido, etc, trazem a necessidade de assistência qualificada, acolhedora e do estímulo ao autocuidado (PATRÍCIO *et al.*, 2020).

Apesar das adversidades enfrentadas pelos profissionais de saúde na construção de estratégias de autocuidado junto às pessoas em situação de rua, esse contexto abre campo para reflexões sobre o desenvolvimento de ações de redução de danos que possibilite a pessoa em situação de rua reconhecer sua condição de saúde e ter escolhas seguras, sem exigências, com garantia de sua autonomia e discernimento (NASCIMENTO *et al.*, 2022).

Os profissionais de saúde são atores essenciais na promoção do autocuidado com acolhimento qualificado, educador e orientador. A atitude acolhedora favorecerá o acompanhamento longitudinal e o estreitamento dos laços com os serviços de saúde (XIMENES *et al.*, 2021), possibilita que a pessoa cuidada seja coparticipante e corresponsável pela manutenção da sua saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2022).

Cuidar-se na rua é uma realidade difícil, e as ações intersetoriais favorecem o saber e o agir compartilhado, já que o autocuidado não diz respeito somente ao cuidado biomédico, pois envolve também a segurança, a educação, a promoção social e a garantia dos direitos humanos, além de valorizar a cultura, as crenças, os conhecimentos e os valores individuais. Para potencializar o autocuidado junto às pessoas em situação de rua, é preciso viabilizar a autonomia e a autodeterminação. Os encontros assistenciais precisam ser livres de preconceito, estigma e de ações higienistas. A ação intersetorial deve fomentar a reinserção social, o restabelecimento de vínculos, a promoção do emprego, da renda e da cidadania e a garantia da plena participação em todas as construções dos atores envolvidos (SILVA *et al.*, 2020).

À luz do IS (BLUMER, 1969), é entendível o quanto a implementação do autocuidado é complexa no contexto vivido pelas pessoas em situação de rua, visto que os atos do ser

humano são influenciados por vários elementos, sendo sua conduta formada por meio da interpretação desses atos. As orientações para se cuidar recorrentemente não são atendidas pelas pessoas em situação de rua, por não serem considerados os desejos, as necessidades e os objetivos. Afeta, assim, o autocuidado, já que o comportamento é modificado e pode ser orientado pela imagem que a pessoa faz de si mesmo e do outro em inter-relação. No contexto deste estudo, o autocuidado é influenciado pelas interações entre os sujeitos envolvidos, que podem ser iniciadas, abandonadas, adiadas e confinadas à intenção ou fantasia, ou até mesmo à transformação, tornando-se sensível e vivenciado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se trata de autocuidado com a saúde, significa uma necessidade de garantia dos direitos fundamentais à vida, o que inclui que as pessoas tenham um lugar seguro para viver, o suficiente para comer e os meios para cuidar de si mesmas.

Os achados deste estudo contribuem para a área da saúde e demais setores da sociedade, reforçando a importância de construir, junto às pessoas que vivenciam a vulneração nas ruas, práticas singulares e reais para o autocuidado, a fim de torná-las participativas, corresponsáveis em ações terapêuticas, com superação de deficiências existentes no viver nas ruas com ações intersetoriais e solidárias. Como contribuições e implicações para a prática, este estudo aponta a necessidade de políticas que integram as dimensões do viver nas ruas às complexas razões, escolhas ou detreminações que representam as condições de vulneração que clamam por estratégias que viabilizem o autocuidado ou o cuidar do outro, mesmo em locais sem implementação de eCR.

REFERÊNCIAS

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Berkeley: University of California Press. 1969.

CAMPOS, D. A. DE; CARDOSO, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 79–90, 2019. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023703314>

CENTENARO, A.P.F.C; BECK, C.L.C.; SILVA, R.M.; CAMPONOGARA, S.; SILVEIRA, A; CABRAL, F.B. Autocuidado de catadores de material reciclável: ações de Enfermagem à luz da Pesquisa Convergente-Assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Acesso em 12 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0111>

FREITAS, C. J. DE; JUSTO, J. S. Entre a paragem e o trânsito: Atenção Psicossocial para a errância e o nomadismo. **Gerais**, v. 12, n. 2, p. 300–318, 2019. Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.36298/gerais2019120208>.

HINO P.; SANTOS J.O.; ROSA, A.S. People living on the street from the health point of view. **Rev Bras Enferm**, v.71, suppl. 1, 2018. Acesso em 08 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>

KLOP, H.T.; EVENBLIJ, K.; GOOTJES, J.R.G.; VEER, A.J.E.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B.D. Care avoidance among homeless people and access to care: an interview study among spiritual caregivers, street pastors, homeless outreach workers and formerly homeless people. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 1095, 2018. Acesso em: 13 fevereiro 2023. DOI: <http://dx-doi.ez32.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12889-018-5989-1>

NASCIMENTO, V.F.; FERREIRA, K.A.; HATTORI, T.Y.; TERÇAS-TRETTEL, A.C.P.; LEMES, A.G.; LUIS, M.A.V. Relações de pessoas em situação de rua com uso de substâncias psicoativas. **Revista Sociais e Humanas**, v. 35, n. 1, 2022. Acesso em 13 fevereiro 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2317175843479>.

PATRÍCIO, A.C.F.A.; FIGUEIREDO, M.S.B.R.; SILVA, D.F.; RODRIGUES, B.F.L.; SILVA, R.F.; SILVA, R.A.R.S. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e44520, 2020. Acesso em: 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44520>

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

QUEIROGA, R. P. DE Q.; SÁ, L.D.DE; GAZZINELLI, A. Tuberculosis in the homeless population: performance of primary health care professionals. **Rev Rene**, v. 19, 2018. Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932463>

SILVA, D.O.; OLIVEIRA, J.F.; PORCINO, C.; GOMES, A.M.T.; SUTO, C.S.S.; CARVALHO, E.S.S. Homeless people's social representations about self-care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180956, 2020. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0956>

SILVA, I.C.N.; SANTOS, M.V.S.; CAMPOS, L.C.M.; SILVA, D.O.; PORCINO, C.A.; OLIVEIRA, J.F. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 52, n. 0, p. e03314, 2018. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023703314>

SILVA, T.O.; VIANNA, P.J.S.; ALMEIDA, M.V.G.; SANTOS, S.D.; NERY, J.S. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 30, n. 1, p. e2020566, 2021. Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>

TEIXEIRA, M.B.; BLEMONTE, P. ENGSTROM, E.M.; LACERDA, A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 92–101, 2019. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103->

[11042019S707](https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1810297)

VIEGAS, S.MF.; NITSCHKE, R. G. ; THOLL, A. D. ; BERNARDO, L. A. ; POTRICH, T. ; MONCADA, M. J. A. ; NABARRO, M. . The routine of the Street Outreach Office Team: procedures and care for homeless. **Global Public Health** (online), v. 16, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1810297>

XIMENES, A.M.; BRANDÃO, M.G.S.A.; MUNIZ, I.F.; ARAGÃO, C.P.; CAETANO, J.A.; BARRO, L.M. Proposta de plano de cuidados para pessoas em situação de rua. **Revista de Atenção à Saúde**, v.19, n. 67, p. 154-164, 2021. Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7152>.

5.5 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, O ENCONTRO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: COMO SÃO E POR QUE SAÍRAM DE CASA?

RESUMO

Os encontros são portas abertas para um efetivo acolhimento, criação de vínculo e possibilidade de produção do cuidado em saúde. **Objetivo:** analisar o reconhecimento, o contato, o encontro profissional/pessoa em situação de rua no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, resultado de uma dissertação de mestrado ancorada nos referenciais metodológico e teórico da Teoria Fundamentada nos Dados e do Interacionismo Simbólico, respectivamente. Participaram 30 profissionais da Atenção Primária e seis informantes-chave da Rede Socioassistencial, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. **Resultados:** revelam o nomadismo, o imediatismo e a valorização do vínculo e sua relação com o local de permanência das pessoas em situação de rua e com os cuidados em saúde. O encontro/acolhimento entre as pessoas em situação de rua e os profissionais da Atenção Primária é articulado pela da Rede Socioassistencial, possibilitando a atenção à saúde, a troca e a construção de saberes entre os profissionais e essas pessoas. Interferem na atenção à saúde o nomadismo e o imediatismo dessas pessoas que vinculam a busca pelos serviços em momentos de urgência. **Considerações finais:** o encontro pautado no respeito à dignidade da pessoa garante o acesso ao cuidado efetivo e de qualidade, sem preconceito e discriminações. A atuação dos agentes comunitários de saúde possibilitou o reconhecimento e inserção dessas pessoas no cotidiano da equipe de referência, a Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Pessoas Mal Alojadas; Atenção Primária à Saúde; Pessoal da Saúde; Populações Vulneráveis; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A inclusão das pessoas em situação de rua na Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio mundial que vem responder às complexidades que essas pessoas enfrentam para acessar os cuidados primários, já que a maioria das demandas dessas pessoas é sensível a esse nível de complexidade. No contexto brasileiro, a APS é reorganizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), alicerçando-se no território, família e domicílio, fato pelo qual desafia os profissionais de saúde desses serviços e os gestores no que tange à mudança do modelo assistencial biomédico e reestruturação dos processos de trabalho na APS, para incluir as pessoas em situação de rua, em suas particularidades, e garantir os mesmos direitos da população geral (SANTOS; ALMEIDA, 2021). Para esse fim, em 2011, no Brasil, foram instituídas as equipes de Consultório na Rua (eCR) (BRASIL, 2017), uma vez que as equipes da APS/ESF nem sempre estão preparadas, por não compreender ou considerar as singularidades para acolher com encontros efetivos e resolutivos, perante as complexas demandas de pessoas em situação de rua (PRADO *et al.*, 2021).

A capacidade de proximidade, acolhimento, escuta qualificada e intenção cooperativa é uma forma operacional que possibilita o estabelecimento do encontro entre os profissionais e as pessoas que vivem nas ruas, para o desenvolvimento da relação de cuidado, promoção da saúde, prevenção de doenças, redução de danos e continuidade do tratamento (JABUR; CONCEIÇÃO; SOUSA, 2022), meios que fazem da APS um importante equipamento de construção de vínculo junto às pessoas em situação de rua.

É preciso que os encontros sejam marcados pelo acolhimento com escuta qualificada e empatia e que a singularidade seja condutora das ações precisas, com o profissional despedido de pré-conceitos e de práticas que estigmatizam e deslegitimam a pessoa em sua essência e subjetividade. Nesse sentido, os encontros precisam ser construídos, reconstruídos e reinventados (VIEGAS *et al.*, 2020; OLIVEIRA; BOTECA; ROSA, 2022).

Aprimorar o processo de reconhecimento da realidade do território é uma condição importante e necessária para o planejamento das ações, pois permite reconhecer e considerar as características únicas e específicas do território e das pessoas que nele habitam e convivem, como as populações específicas, itinerantes e dispersas, que são de responsabilidade da equipe da APS enquanto estiverem no território adscrito (BRASIL, 2017).

Quem são as pessoas em situação de rua? Vivenciam diferentes contextos até estarem nas ruas. Os fatores que levam as pessoas a viverem na rua são variados, interligados e complexos, incluindo perdas dos vínculos familiares, fragilidade nos vínculos afetivos, sofrimento mental, abuso de álcool e outras drogas, desemprego e dependência química

(VIEGAS *et al.*, 2020; GRAMAJO *et al.*, 2023).

Fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas em situação de rua é compreender a rua enquanto lugar de sustento, moradia e cuidado, além de entender as razões que levaram essas pessoas ao contexto da rua, da vulnerabilidade, considerando suas especificidades e potencialidades, como também a diversidade existente entre essas pessoas (MARQUES *et al.*, 2022).

Dentre outras tantas motivações, as formas como os profissionais de saúde acolhem as pessoas e conduzem os atendimentos influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde. Uma comunicação eficiente e a colaboração entre os profissionais de saúde são essenciais para ampliar o acesso e fazer do acolhimento um encontro efetivo e resolutivo (VIEGAS *et al.*, 2020; VACARI; LAGO; BULGARELLI, 2022).

Perante a temática, questiona-se: como ocorre na APS o reconhecimento e contato com as pessoas em situação de rua? Como é o encontro profissional/pessoa em situação de rua na prática cotidiana dos serviços? Quais são as experiências dos profissionais na atenção às pessoas em situação de rua? Destarte, este estudo teve por objetivo analisar o reconhecimento, o contato e o encontro profissional/pessoa em situação de rua no cotidiano da APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, resultado de uma dissertação de mestrado, ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), enquanto referencial metodológico, e no Interacionismo Simbólico (IS), enquanto referencial teórico.

A TFD viabiliza que o pesquisador retroceda e analise criticamente a realidade em estudo, o pensar abstratamente de forma criativa e sensível, comparando os significados expressos perante o contexto social vivido e compreendido (STRAUS; CORBIN, 2008).

Por sua vez, o IS possibilita a compreensão de como os indivíduos interpretam os objetos e outras pessoas com quem interagem e como esse processo de interpretação orienta o comportamento individual em contextos particulares (BLUMER, 1969).

O estudo foi realizado em dois municípios de médio porte população (IBGE, 2022) da Macrorregião Oeste de Minas Gerais (MG), Brasil, sem estruturação de eCR.

A seleção dos participantes se deu a partir de critérios pré-estabelecidos, que englobavam os profissionais da APS com pelo menos um ano de atuação (n=30) e como informante-chave profissionais da Rede Socioassistencial (n=6). Foram selecionadas as equipes da ESF que possuíam experiência ou contato com as pessoas em situação de rua no dia a dia dos serviços de saúde. Quanto aos serviços da Rede Socioassistencial, o Centro de Referência

Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e a Casa de Acolhimento foram referidas pelos profissionais da APS, participantes da pesquisa, devido à sua vinculação com a unidade de saúde.

Os profissionais foram convidados a participar do estudo de forma aleatória. O grupo amostral foi determinado pela saturação teórica dos dados, isto é, dos conceitos que possibilitaram a construção da teoria (STRAUS; CORBIN, 2008), totalizando 36 entrevistas, as quais apresentaram densidade dos códigos *in vivo* e das propriedades, capazes de explicar o objeto deste estudo.

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores, que foram previamente capacitados quanto às orientações teórico-metodológicas da TFD e abordagem do participante em entrevista aberta e registro em memorandos. Os dados foram coletados no período de 11 meses, compreendido entre janeiro e novembro de 2022. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas que faziam menção à atenção às pessoas em situação de rua no cotidiano da APS, bem como perguntas para caracterização dos participantes. As entrevistas foram gravadas em meio eletrônico, para auxílio na transcrição e análise dos dados.

A pesquisa obedeceu às diretrizes éticas dispostas na Resolução 510, de 07 de abril de 2016. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o Parecer 5.173.172 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei. Todos os participantes assinaram e receberam uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantida linguagem acessível à compreensão do participante da pesquisa.

Quanto à condução da análise dos dados, foram seguidas as etapas da TFD: codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva e codificação para o processo. Esse encadeamento possibilitou o desenvolvimento e formulação teórica. Na codificação aberta, o pesquisador realiza um rigoroso exame dos dados obtidos, no qual busca identificar diferenças e similaridades, categorizando-os em código *in vivo* ou propriedade. Na codificação axial, as subcategorias formam as categorias, enquanto que, na codificação seletiva, as categorias são integradas e refinadas de modo a formar um esquema teórico maior, a categoria central denominada *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*, contextualizando a teoria.

Durante todo esse transcurso, está a codificação para o processo, movimento que consiste no ir e vir dos dados, onde eles são confrontados e contestados propositalmente, de modo a avaliar os movimentos e se os dados mudam no tempo ou espaço (STRAUS; CORBIN, 2008).

O processo de análise produziu cinco categorias, as quais denominaram-se: 1) *Demanda espontânea, complexidade da atenção e proatividade profissional em municípios sem Consultório na Rua*; 2) *Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde*; 3) *Na Atenção Primária, o encontro com pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?*; 4) *Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua*; 5) *Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua*.

Neste artigo, serão apresentados os resultados da categoria *Na Atenção Primária, o encontro com pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?*

Este estudo seguiu as diretrizes estabelecidas pelo *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ).

RESULTADOS

Dos 36 participantes, 11 (30,6%) eram do sexo masculino, e 25 (69,4%), do sexo feminino. A idade média foi de 39 anos. Quanto ao nível de formação, 20 (55,55%) possuíam nível superior, 5 (13,88%), nível técnico, e 11 (30,55%), formação de nível médio. No que tange ao cargo de atuação, 5 eram enfermeiros, 4, médicos, 3, dentistas, 2, psicólogos, 9, ACS, 4, técnicos de enfermagem, 2, auxiliares de dentista, 2, técnicos de referência da Rede Socioassistencial, 1, assistente social, 1, gerente de unidade ESF, 1, coordenadora, 1, auxiliar de enfermagem, e 1, atendente de saúde bucal. O tempo médio de atuação no cargo foi de 5,2 anos.

Conforme apresentando na Figura 1, é possível identificar os códigos *in vivo* e as propriedades, que originaram a categoria e suas subcategorias.

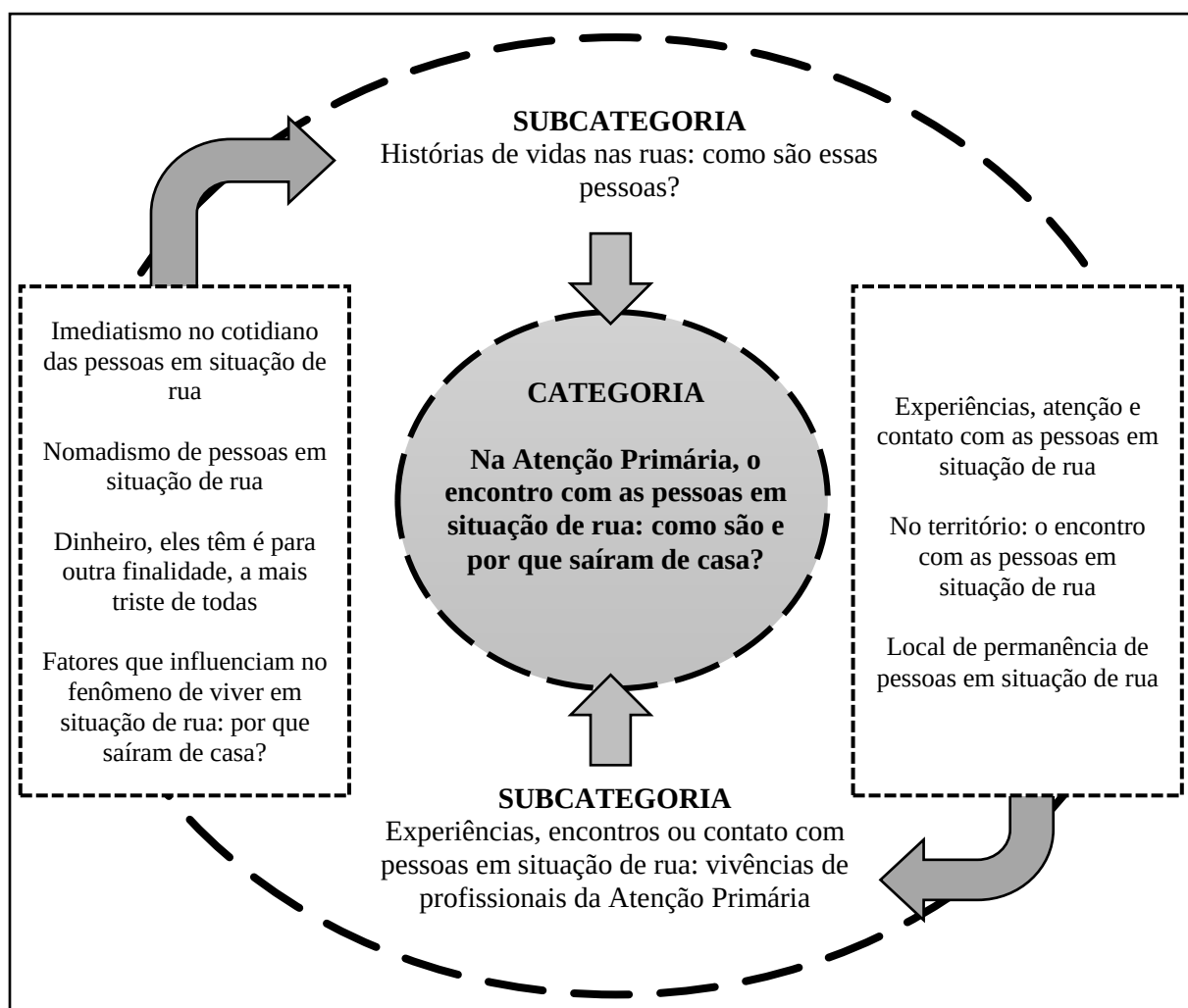


Figura 1 - Categoria *Na Atenção Primária, o encontro com as pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?*, subcategorias e códigos *in vivo*, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022.

Experiências, encontros ou contato com pessoas em situação de rua: vivências de profissionais da Atenção Primária

As experiências vivenciadas pelos profissionais da APS denotam o acolhimento com valorização da dignidade da pessoa em situação em situação de rua e como se dá a atenção à saúde no cotidiano:

Quando nós os atendemos aqui na ESF, foi nesse sentido, sabe, de ajudá-los a ver que eles são importantes, iguais as outras pessoas, não diferentes dos outros. E aí, foi muito bom! Eles ficavam numa alegria, numa felicidade de ser acolhidos, e a gente os ouve, e eles ouvem a gente conversando naquele momento do atendimento. E depois, quando a gente os encontra na rua, eles não esquecem da gente: "Oi dona!". Alguns lembram do nome (E5).

É uma experiência de vida, assim, eu acho que a gente aprende muito com eles, sabe? Porque eles ensinam muito para a gente em questão do que é a vida, sabe? É muito difícil viver na rua, alguns vivem porque querem mesmo e muitos vivem porque algo aconteceu para estarem ali. [...] e é uma experiência de vida mesmo, às vezes, as pessoas julgam sem saber (E13).

Oh, muito eu não tenho, não (experiência), estou começando a ter agora nesse exato momento que eu percebo que tem uma demanda muito grande, até por causa da Casa de Acolhimento ser aqui perto, entendeu? Então, a maioria deles frequenta aqui mesmo (E21).

Olha, aqui na unidade, a gente encontra muitos pacientes que vêm em busca de receitas, pacientes que ficam um período longo na rua e, às vezes, é encontrado por alguém, como uma instituição. Começa a frequentar a unidade em busca de ajuda, tratamentos mais voltados para psiquiatria, vício, dependência química e acabam necessitando da nossa ajuda e até mesmo para encaminhamento para psicólogo, psiquiatra, reavaliações contínuas de doenças crônicas. Muitas vezes, os pacientes desejam internação em casas terapêuticas e acaba sendo recorrente o atendimento a esse perfil de pacientes (E32).

No território, o encontro com as pessoas em situação de rua, vivências dos agentes comunitários de saúde (ACS):

Eu os encontrava até na rua, nas minhas visitas diárias, aí eles me paravam também, eu dava atenção pra eles, algumas vezes eu conseguia conversar com eles fora da casa também. [...] às vezes, eu passava e eles chamavam: “Oh, moça da saúde”, “Oh, moça do SUS”, faça o favor. Aí a gente tinha que parar, conversar. Muitas vezes, também, eu conseguia conversar com eles fora da casa. [...] aí eu perguntava e muitas das queixas eram lá mesmo. Aí eu já falava: “Olha, eu vou agendar uma consulta, mas eu vou ter que avisar a casa POP pra você”. Por quê? Pra eles poder, tipo assim, estar ciente do que está acontecendo com aquela pessoa e lembrar, porque o morador de rua esquece muito, não tem aquele compromisso (E2).

Então, eu vejo muitos deles em barzinho, butequinho, o povo chama de ‘copo sujo’. Eles ficam muito ali, às vezes, bebendo junto com a turminha deles, outras vezes, lá na pracinha do centro pedindo às pessoas dinheiro, ajuda... eu os vejo muito, assim, nessas áreas públicas, e quando a gente chega para conversar com eles, eles ouvem, eles acolhem. Não são muito resistentes. É possível chegar e conseguir conversar, Convencê-los: “Vai lá na ESF, nós vamos te atender”. Como eu já fiz parte do projeto, muitos me conhecem e eu os conheço, eles me veem: “Oh, dona Maria, eu estou com o dente doendo de novo, o que eu faço?”. Eu já os oriento a procurar a ESF de novo para a gente poder olhar novamente o que eles precisam (E5).

O ACS identifica uma nova pessoa em situação de rua na área de abrangência e revela ao enfermeiro da equipe:

Já aconteceu dos ACS chegarem perto de mim e falar: “Tem um paciente ali, dormindo em cima de um papelão, perto de uma loja, o que a gente pode fazer para ele? Olha, vocês vão chegar perto dele, vai falar para ele que existe o programa do POP, para poder ver se ele quer ir até lá. Aí, se vocês tiverem alguma dúvida, ou se ele estiver precisando de alguma coisa, pedir para vir aqui para conversar comigo também”(E14).

Em um dos municípios, o ACS relata a articulação profissionais da Rede Socioassistencial para o atendimento de pessoas em situação pela equipe da ESF, responsável pela área de abrangência onde se localiza o Centro POP (Memorando).

O local de permanência de pessoas em situação de rua influencia sobre qual unidade de APS se tornará referência para o atendimento:

A nossa área aqui, especificamente, não é uma área que tem morador de rua, porque tem alguns locais da cidade que tendem a ter mais. Mais central, perto da rodoviária, aqui não é tanto local de ter pessoas em condição de rua, porque aqui nem praça não tem (E8).

O tempo é determinante para a pessoa em situação de rua, em fase de contemplação, voltar à dependência, então precisa de urgência no atendimento:

Então, o paciente precisa de mais urgência para ser atendido, deseja ser internado em uma casa terapêutica. O paciente já está em fase de contemplação. Se perdemos muito tempo em querer agendar, o paciente pode voltar ao vício, ele pode voltar à dependência, ele pode deixar de frequentar a unidade, e a gente perdê-lo por um período curto de tempo (E32).

Histórias de vidas nas ruas: como são essas pessoas?

O imediatismo é uma das características de pessoas em situação de rua:

Eles querem ser atendidos antes dos outros pacientes, sabe? Então, assim, quando eles começaram a ser atendidos aqui, eles já vieram com aquela concepção que eles seriam atendidos primeiro, os exames deles seriam priorizados, entendeu? Então, nós tivemos uma certa dificuldade com eles (E1).

Só que eles querem aquilo para ontem, porque eles não ficam muito tempo na cidade [...] então você tem que jogar eles mais na urgência que tem (E9).

A demanda é muito específica, vem em busca da solução de um problema naquele momento, não sabe esperar:

A demanda deles é muito específica. Ele vem, ele só quer aquilo. Ele não vem buscar ajuda, ele quer resolver aquele problema [...] ele não quer saber que tem grupo de apoio, que tem isso, só quer aquilo. É muito específico, quer aquilo. Não adianta oferecer outras alternativas, ele quer o remédio (E28).

É mais atendimento agudo e que, no máximo, a gente tem que tentar resolver no dia, porque é difícil eles fazerem retorno (E32).

Eles chegam, tem cinco ou seis pessoas na frente, e aí eles não querem, muitas vezes, eles não esperam e vão embora. [...] eles não têm paciência para esperar (E33).

Tornam-se nômades, ao viverem em situação de rua:

Aí, nesse caso, eu acho meio complicado porque o pessoal de rua, cada hora, eles estão em um lugar, tem horas que eles vão estar, para eles é assim, onde estiver mais perto ou onde eles tiverem também afinidade e costume. [...] tem pessoas que também procuram o local mais perto, então tipo assim “Ah, se eu estou mais perto daquela unidade, eu já vou ali, já vou tentar resolver o meu problema” [...] ficou complicado em relação à unidade de referência, porque o morador de rua cada hora ele está em um lugar (E4).

Tinha uns que, quando a gente agendava o retorno, eles não apareciam, porque muitos deles não era da cidade. Vêm de outras cidades, fica uma semana, duas, depois eles somem, depois eles voltam de novo, então eles não são fixos, não são próprios do município (E5).

Eles migram muito, não é? Não tem local fixo, como é que você vai cadastrar ou ter controle dessa população? (E8)

Na rua, é um pouco difícil, porque eles são distintos, cada um fica num cantinho, vai para um lugar, você vê um ali no posto, você vê o outro lá na rodoviária. Para gente sair em busca desses pacientes, é um pouco complicado (E13).

Aí, é difícil, viu? Não é fácil! Porque eles ficam aqui uma semana e depois na outra semana já estão em outro lugar. Geralmente, eles não são daqui, são de outras cidades, eles não moram aqui. É complicado! (E23)

Ficam as questões: por que saíram de casa? Por que não ficou com a família?

Os que eu conheço, eles reclamam muito de solidão, porque eles buscam viver nesse mundo de drogas, de bebidas, fora de casa... eu perguntei pra eles assim: “Por que saíram da casa? Por que não ficou com a família?”. Aí, alguns falavam que a convivência deles com a família não deu certo, outros que sentiram que foi o vício que eles adquiriram, a família os desprezou, sabe? São pessoas muito necessitadas de ser ouvidas e ajudadas (E5).

As histórias de vidas que influenciam no fenômeno de viver em situação de rua:

Eu fui conversando com ele, ele me contou a história que bateu o carro, perdeu a esposa e o filho e o refúgio que ele encontrou foi beber, beber... e foi para a situação de rua. Ele não consegue mais ficar em casa, ele tem casa, ele tem irmãos, ele tem família, só que ele não consegue mais viver em casa, sabe? (E13)

Eu gostei muito, porque a gente passa pelas pessoas e a gente não vê que por trás delas tem histórias [...] muitos pensam assim, que a pessoa faz aquilo porque é vagabundo, não quer trabalhar e tudo mais, mas não! Você tem que ver a quantidade de motivos que leva a pessoa a fazer aquilo. E atrás daquele morador de rua você tem que ver a quantidade de artistas que eu descobri: pintor, cantor, você tem que ver o tanto de pessoas, até estudadas, que acabou indo para as ruas, por motivo de depressão, ansiedade... eu gostei muito, sabe, foi muito bom! (E10)

São vários fatores que implicam a escolha ou determinação de viver em situação de rua:

Muitos vivenciam percas de laços familiares, perda de emprego, falta de acessibilidade em tudo. Estão em situação de rua hoje por “N” motivos e, com a pandemia, eu observei que agravou mais ainda. Porque, com a falta de emprego, muitos não conseguem mais pagar aluguel, não conseguem ter acesso a nada (E19).

Mas hoje, assim, eu atendendo às pessoas que tem sofrimento mental, eu acho que é por questões socioeconômicas que ela vai se entregando, ela desiste, aí perde tudo: o lar, a família... e vai para essa situação de rua (E26).

Às vezes, a saída de casa provavelmente tem um motivo específico, cada um tem uma história, cada um tem uma cabeça, um problema familiar, drogas, dependência, alguma situação no quesito de moradia (E32).

A gente não justifica algumas questões por escolhas, [...] o histórico de vida deles é realmente diferente daquilo que a gente vê na sociedade. [...] a gente acha que vive num mundo de maravilhas, num mundo de fantasias, e não é bem assim, não é? [...] eu me deparo com um mundo muito mais real, um sofrimento muito mais real, uma pobreza muito mais real, uma dependência química muito mais real e muito avançada. Eu falo que o problema da situação de rua hoje em dia é o vício, eu acredito que muitos, assim, realmente, vão parar nas ruas por algumas demandas, algumas frustrações na vida que não souberam resignificar, mas eu acredito que muitos vão só pela dependência química mesmo, só que não tem como você falar da pessoa em situação de rua e não falar da dependência química (E35).

Outro fator é o de não ter vínculo nem com a família:

Esse usuário não tem vínculo, não. Ele não tem vínculo nem com a família. A maioria tem casa, às vezes, não é daqui, é de outra cidade. Eles mesmos contam: eu tenho pai, tenho mãe.... eles abandonam porque a vida que eles adotam, muitas vezes, são forçadas. É o tipo e vida que eles têm (E28).

Enfim, são muitas especificidades do viver na rua, até o dinheiro que eles têm é para

outra finalidade, a mais triste de todas:

Então, quando tem que pagar, fica difícil, porque tudo tem que ter dinheiro, eles nem têm, o dinheiro que eles têm é para outra finalidade, a mais triste de todas, na minha opinião (E5).

A escuta realizada pelos participantes deste estudo, na atenção às pessoas em situação de rua, possibilitou que suas histórias de vida fossem reconhecidas. Durante as entrevistas, os participantes legitimaram essas histórias que emanaram emoções, durante a entrevista, em parte dos profissionais (Memorando).

DISCUSSÃO

Os encontros são portas abertas de possibilidade na produção do cuidado em saúde (JABUR; CONCEIÇÃO; SOUSA, 2022).

Promover o encontro entre os profissionais da APS e as pessoas em situação de rua constitui uma potente ação de cuidado. Portanto, é necessário que os profissionais aproximem essas pessoas dos serviços de saúde para, posteriormente, sensibilizá-los quanto à importância do tratamento e às possíveis mudanças no seu cotidiano, com vistas à melhoria da qualidade de vida (MOTA *et al.*, 2019), mesmo que na rua. Dessa forma, a inclusão efetiva, a partir de um olhar sobre as reais necessidades individuais e coletivas, é uma iniciativa crucial para superar a situação de rua e recuperar a independência e o pertencimento social (PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019).

Para acolher com dignidade as pessoas em situação de rua, é preciso fortalecer os encontros que favoreçam a dignidade humana, (re)conhecendo as diversidades que marcam a vida dessas pessoas, como a vulnerabilidade social, a exclusão, o histórico familiar (MELO *et al.*, 2021), os seus cenários de vida, a desigualdade social e as características que envolvem os modos de morar e circular nas cidades (SANTOS; CECCIM, 2018). Isso requer uma abordagem livre de preconceitos e aprimorada na relação de confiança (MENDES; JORGE; PILECCO, 2019). Experiências relatadas pelos participantes deste estudo evidenciam que o encontro, o acolhimento e a escuta permitiram (re)estabelecer, gradativamente, a dignidade humana das pessoas em situação de rua como cidadãos de direitos.

Destarte, é a experiência do acesso que transversaliza a sua potência em um território de abrangência (VACARI; LAGO; BULGARELLI, 2022), para, então, atingir as necessidades individuais e coletivas de saúde (SANTOS; CECCIM, 2018). Quando se trata do território e do contato com as pessoas, os ACS são operadores de encontros para fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade (JABUR; CONCEIÇÃO; SOUSA, 2022). São

agentes capazes de acolher demandas das pessoas que vivem na abrangência da equipe de APS/ESF, promovendo aproximações entre as pessoas em situação de rua e os profissionais (VAN WIJK; MANGIA, 2019), realidade encontrada em um dos cenários estudados, onde os ACS identificavam, acompanhavam e direcionavam essas pessoas para o atendimento na unidade de saúde.

A experiência das eCR é sinônimo de possibilidades de encontros com acolhimento, interação e vínculo (VIEGAS *et al.*, 2020). No território, é possível vislumbrar as possibilidades de produção da saúde em face da subjetividade dos sujeitos envolvidos, em que o cuidado é construído respeitando os modos de vida, a promoção da saúde e a defesa da cidadania (SANTOS; CECCIM, 2018). Nesse sentido, é primordial que nos municípios que não possuem as eCR, as equipes de APS/ESF reavaliem suas práticas, para possibilitarem e promoverem encontros entre esses serviços e as pessoas vivem na rua.

Com a implementação da eCR, poderão assegurar a equidade e atenção integral à saúde dessas pessoas (HINO; SANTOS; ROSA, 2018). Para efetivar a atenção à saúde de pessoas em situação de rua, observa-se a importância de alinhar e integrar políticas de assistência social às políticas de saúde (NASCIMENTO; SILVA; CARIAGA, 2022), com vistas a potencializar a atenção em rede intra e intersetorial na construção do cuidado emancipador juntos a essas pessoas.

Vale ressaltar que é preciso auxiliar na autopercepção da população de rua para se reconhecerem como cidadãos de direitos e de merecimento da visibilidade social (PRADO *et al.*, 2021) e potencializar a adesão aos serviços dos quais necessitam.

A construção da atenção à saúde necessita ser produzida em várias dimensões (biológica, psicológica, social e cultural), incluindo ferramentas sociais para cuidados de saúde individualizados, visto tratar-se de pessoas com condições de agravos múltiplos e heterogêneas (OLIVEIRA *et al.*, 2018), o que corrobora com os achados deste estudo pela utilização de ferramentas singulares em prol da atenção e cuidado a essas pessoas.

Os profissionais de saúde veem como um desafio particularmente difícil a promoção de relações com as pessoas em situação de rua, principalmente no que tange ao imediatismo, já que, na rotina da APS, o serviço deve ser organizado com agendamentos e programações, e não somente na demanda espontânea. O senso de urgência dessas pessoas em obter o resultado desejado está relacionado ao não conhecimento das ferramentas e dos recursos disponíveis no serviço, pois só os utiliza em casos de urgência imediata ou quando confrontados com uma deterioração dramática da sua saúde (VAN WIJK; MANGIA, 2019). Dessa forma, procuram atendimento apenas em situações de emergência, e o quer com rapidez (PRADO *et al.*, 2021).

No contato com as pessoas em situação de rua, os participantes desta pesquisa apontam o estilo de vida nômade como um revés, já que dificulta o acompanhamento longitudinal. Assim, o desenvolvimento de ações que respondam às necessidades dessas pessoas, no contexto da APS, precisa contemplar abordagens e atendimento onde essas pessoas se encontram, com favorecimento e construção do vínculo entre os atores, a equipe e os serviços de saúde, envolvendo, assim, os demais serviços da rede e também ações comunitárias (VAN WIJK; MANGIA, 2019).

Mesmo no ir e vir dos deslocamentos diários, essas pessoas possuem uma rotina, inclusive até se estabelecem, por curtos períodos de tempo, em local fixo para dormir e para o sustento, que está relacionado aos vínculos estabelecidos naquela região. Os deslocamentos, a circulação e a não fixidez quase sempre são involuntários, ocasionados por diferentes motivos, como a necessidade de novos auxílios, melhores estruturas para abrigo da chuva ou frio, conflitos grupais e até mesmo pelas ameaças e agressões da sociedade civil (SICARI; ZANELLA, 2018). Nesse sentido, a sensibilização dos profissionais de saúde das equipes da ESF possibilitará que essas pessoas sejam acolhidas e atendidas onde quer que se estabeleçam e procurem pelo atendimento, garantindo-lhes cuidado integral, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Os fatores que levam as pessoas às ruas são complexos (PINHO; PEREIRA; LUSSI, 2019), quase sempre são desencadeado e estão relacionados à perda de vínculos, ruptura familiares, desemprego, drogadição, exclusão social, dependência química e questões econômicas, sociais e de saúde, incluindo adoecimento mental. A sociedade rotineiramente desvincula-os do contexto que produziu essas situações, estigmatizando-os como vagabundos, loucos, sujos, perigosos e coitados. Essas atitudes, além de gerar violência e invisibilizar a pessoa, produzem efeitos deletérios, como sofrimento, baixa autoestima, destituição de direitos e cidadania, abandono de tratamento e desassistência, além de dificultar ainda mais o acesso a necessidades humanas básicas e a reinserção na vida familiar, social e cultural (BRITO; SILVA, 2022; GRAMAJO *et al.*, 2023).

Um dos fatores supracitados, a ruptura dos laços familiares, leva a relações tensas e repletas de desavenças quando a causa foi o uso abusivo de álcool e outras drogas (MOTA *et al.*, 2019). Cientes de seus riscos, essas pessoas driblam as desvantagens supracitadas sendo comunicativas, criando laços entre si e priorizando os serviços e profissionais que transmitem a confiança (BRITO; SILVA, 2022)

As histórias de vida das pessoas em situação de rua foram mencionadas pelos participantes deste estudo e resultaram em investimento afetivo, escuta qualificada,

humanização no olhar e no tocar, respeito às diferenças e escolhas, como também à autonomia da pessoa cuidada. Ao conhecer a história do outro, pode-se construir uma relação de confiança, vínculo, aproximação e desenvolvimento do cuidado (VAN WIJK; MANGIA, 2019).

Por fim, o que se preza são as experiências positivas, encontros que entrelaçam e contatos que acolhem. A criação de redes de apoio que combatem a discriminação dessas pessoas, que alertem para a sensibilidade dos profissionais, o olhar atento e acolhedor, a escuta ativa e a busca pelo encontro desses sujeitos no território fortalecerá o vínculo e a confiança com os serviços de saúde, o que produz efeitos importantes nos tratamentos descontinuados. Assim, o encontro empático possibilita o cuidado a favor da vida. A solidariedade atenua o sofrimento e as desigualdades, favorecendo a produção de subjetividades, desejos e projetos de autonomia (BRITO; SILVA, 2022).

Na perspectiva blumeriana (BLUMER, 1969), os encontros são frutos da interação entre as pessoas. No contexto deste estudo, é por meio da interação, somada a um processo contínuo de ajustes das propostas construídas, entre as pessoas em situação de rua e os profissionais de saúde, que haverá possibilidades de vínculo, aproximação e cuidado. Quando emergiram, nos códigos *in vivo* e nas propriedades codificadas neste estudo, a complexidade do vínculo e acompanhamento frente ao nomadismo e ao imediatismo, foi possível compreender quando Blumer (1969) nos trouxe que as ações do outro necessitam ser compreendidas frente ao seu universo de objetos, ou seja, transpondo para o contexto em discussão, antes de estabelecer uma barreira de acesso de pessoas em situação de rua às ações e serviços de saúde. Devido às circunstâncias em questão, é necessário examinar as mudanças que ocorreram no universo de objetos dessas pessoas, tal como compreender o processo de sair de casa e ir para as ruas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstra que a Rede Socioassistencial articula a APS para atenção às pessoas em situação de rua. O vínculo se dá por esta Rede, porém os profissionais da APS/ESF denotam que o nomadismo e o imediatismo são fatores que interferem na vinculação e no cuidado longitudinal a essas pessoas.

Denota-se que o encontro entre os profissionais de saúde e as pessoas em situação de rua deve ser pautado no respeito à dignidade da pessoa, para garantir o acesso ao cuidado de qualidade e efetivo, sem preconceito e quaisquer discriminações.

A atuação dos ACS possibilitou o reconhecimento e inserção dessas pessoas no cotidiano da APS, com ações de muitos dos profissionais participantes deste estudo, fato que justifica a importância do apoio e fortalecimento desse profissional com recursos disponíveis

para o acompanhamento das pessoas em situação de rua.

O local de permanência dessas pessoas foi determinante no acesso oportuno aos cuidados de saúde primários, fato que justifica a importância da discussão sobre a atenção à saúde dessas pessoas na ESF/APS, com apoio das redes de atenção em locais onde não tem a eCR, de modo a fortalecer a garantia do direito à saúde pela porta primordial de entrada no Sistema Único de Saúde.

Antes do julgamento, por que saíram de casa? Entender os motivos ou conhecer as circunstâncias pode implicar sobre práticas mais singulares, inclusivas e integrais.

REFERÊNCIAS

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Berkeley: University of California Press. 1969.

BRASIL. **Decreto nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017, edição: 183, seção: 1, pag. 68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 março 2023.0

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre revisão periódica da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em 09 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018**. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 07 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 março 2023.

BRITO, C.; SILVA, L. N. DA. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciencia&saude coletiva**, v. 27, n. 1, p. 151–160, 2022. Acesso em 21 fevereiro 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>

GRAMAJO, C.S.; MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SILVA, P. S.; PAIVA, A.M.N. (Sobre)viver na Rua: Narrativas das Pessoas em Situação de Rua sobre a Rede de Apoio. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 43, 2023. Acesso em 22 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243764>

HINO, P.; SANTOS, J. DE O.; ROSA, A. DA S. People living on the street from the health point of view. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 684–692, 2018.

JABUR, P. DE A. C.; CONCEIÇÃO, C. H. O. DA; SOUSA, T. R. DE. Encontro na cidade: práticas de se habitar como vínculos para a produção de cuidado pelas ruas. **Ciencia&saude coletiva**, v. 27, n. 1, p. 17–26, 2022. Acesso em 21 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19412021>

MARQUES, L.S.; COSTA, J.H.M.; GOMES, M.M.; SILVA, M.M. Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. **Ciencia&saude coletiva**, v. 27, n. 1, p. 123–132, 2022. Acesso em 09 março 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19542021>

MELO, L.J.F.; ARAGÃO, F.B.A.; CUNHA, J.H.S.; CARNEIRO, T.G.; FIORATI, R.C. Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária. **REFACS (online)**, v.10, n.1, jan/mar, 2021. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i0.5051>

MENDES, L. G.; JORGE, A. O.; PILECCO, F. B. Proteção social e produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG). **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 107–119, 2019. Acesso em 21 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S808>

MOTA, F.O.; FONSECA, R.F.A.M.; SANTOS, J.E.; GALLASSI, A.D. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, p. 806–816, 2019. Acesso em 21 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1809>

NASCIMENTO, E. B.; DA SILVA, J. L. J.; CARIAGA, M. H. Pessoa em situação de rua, Saúde e Serviço Social. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 13, n. 1, p. e30753–e30753, 2022. Acesso em 21 fevereiro 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/30753>

OLIVIERA, D.M.; EXPEDITO, A.C.; ALEIXO, M.T.; CARNEIRO, N.S.; JESUS, M.C.P.; MERIGHI, M.A.B. Needs, expectations and care production of people in street situation. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2689–2697, 2018. Acesso em 08 março 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>

OLIVEIRA, I. M. S.; ROSA, R. M.; BOTEAGA, G. P. População em situação de rua, violações de direitos e modos (est)ético-políticos de resistência: a rua como palco da acontecimentalização da existência. **Interação em psicologia**, v. 26, n. 2, 2022. Acesso em 09 março 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v26i2.76828>

PINHO, R. J. DO; PEREIRA, A. P. F. B.; LUSSI, I. A. DE O. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, p. 480–495, 2019. Acesso em 21 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1842>

PRADO, M.A.R.; GONÇALVES, M; SILVA, S. S.; OLIVEIRA, P.S.; SANTOS, K.S.; FORTUNA, C.M. Homeless people: health aspects and experiences with health

services. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 74, n. 1, p. e20190200, 2021. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>

SANTOS, A. R. DOS; ALMEIDA, P. F. DE. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 327–339, 2021. Acesso em 11 março 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112906>

SANTOS, C. F. DOS; CECCIM, R. B. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. **Interface**, v. 22, n. 67, p. 1043–1052, 2018. Acesso em 21 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 662–679, 2018. Acesso em 11 março de 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

VICARI, T.; LAGO, L. M.; BULGARELLI, A. F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 135–147, 2022. Acesso em 10 março 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209>

VAN WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciencia&saude coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3357–3368, 2019. Acesso em 11 março 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>

VIEGAS, S.MF.; NITSCHKE, R. G. ; THOLL, A. D. ; BERNARDO, L. A. ; POTRICH, T. ; MONCADA, M. J. A. ; NABARRO, M. The routine of the street outreach office team: Procedures and care for the Homeless. **Global Public Health**. v. 16, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2020.1810297> DOI: 10.1080/17441692.2020.1810297. Acesso em 22 fev 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho de dissertação permitiu a compreensão da atenção à saúde de pessoas em situação de rua, no cotidiano da APS, em dois municípios que não possuem eCR.

A teoria formulada e fundamentada nos dados coletados nos dois cenários, *Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*, possibilitou, à luz do IS, ressignificar conceitos. As equipes de APS/ESF têm vivenciado a atenção às pessoas em situação de rua, de forma centralizada em unidade de referência. Em um dos municípios, essa atenção é articulada pelos profissionais da Rede Socioassistencial. Assim, a atenção se dá com restrições de acesso, uma vez que a centralização da atenção em única unidade de saúde pode fechar outras portas.

Evidencia-se que as pessoas que possuem vínculo com o Centro POP, em um dos municípios, têm acesso facilitado às ações da equipe de referência da ESF, mas, quem não está vinculado, está perdido no sistema. Dificuldades de origens diversas continuam a impedir o acesso de pessoas em situação de rua aos cuidados de saúde necessários e à promoção da justiça social. A exclusão institucional das pessoas em situação de rua se torna um fator que interfere diretamente no acesso e na integralidade do cuidado, reforçando-se a importância da rede intra e intersetorial na superação dessa exclusão.

Combater as injustiças sociais é essencial na eliminação progressiva das lacunas que impedem o acesso universal. Neste estudo, os esforços da Rede Socioassistencial foram fundamentais para avanços significativos na redução das disparidades em saúde, ao articular o acesso à APS para garantir que as pessoas em situação de rua tenham cuidados de saúde básicos, além da alimentação, higiene e abrigo.

Apesar da ausência de eCR nos cenários deste estudo, ações intra e intersetoriais aliadas à proatividade do profissional têm favorecido o atendimento das pessoas que vivem nas ruas. A maioria dos participantes deste estudo possui experiência na atenção ou um contato com essas pessoas. O atendimento se dá em demanda espontânea, com queixas agudizadas ou em situações agravadas, pois há falta de planejamento da assistência voltada para essas pessoas no âmbito da APS/ESF, e o imediatismo e o nomadismo dificultam o planejamento do autocuidado, da assistência e do acompanhamento longitudinal.

Os participantes, ao abordarem a equidade na atenção às pessoas em situação de rua, apresentam suas noções sobre este princípio do SUS, refletindo sobre a possível inclusão dessas pessoas no sistema, no entanto alguns aproximam mais da igualdade e da universalidade sem

distinção do conceito da equidade. Afirmam que o acesso à saúde é um direito de todos, porém apontam que falta tempo para atenção às pessoas em situação de rua e que poderiam ter feito mais ações. Houve relato do pensar ou agir integralmente e em rede para melhora da qualidade de vida das pessoas em situação de rua. Houve menção de exclusão institucional e de preconceito com essas pessoas, fatores que são determinantes da restrição de acesso ao sistema de saúde.

Os resultados expressam a complexidade do atendimento a essas pessoas devido ao comportamento, em algumas vezes, de agressividade, pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. Foram reveladas a proatividade do profissional e a busca de apoio e de doações em ações solidárias para a continuidade do tratamento às pessoas em situação de rua em âmbito intrasetorial. Além disso, as ações intersetoriais são fundamentais para o cuidado, ancoradas em trabalho em equipe interdisciplinar e na solidariedade. Foi reforçada a gratificação de ser útil para os outros que traz mais para quem se solidariza.

Foi enfatizado que as pessoas em situação de rua, em sua maioria, não aceitam regras e orientações, descumprem recomendações de acompanhamento na saúde, vivenciam o nomadismo e imediatismo no cotidiano, e sofrem com a exclusão institucional, a invisibilidade e o preconceito. São incipientes as suas noções de biossegurança e autocuidado na prevenção de doenças infectocontagiosas, apesar de os profissionais abordarem essa prevenção em ações cotidianas de educação em saúde nos contatos em consultas, no acolhimento e nas ações no Centro POP.

No que tange ao autocuidado, reforça-se a importância da construção de prática singulares e reais junto às pessoas em situação de rua, considerando suas subjetividades, necessidades e desejos, tornando-os participativos e corresponsáveis nas ações terapêuticas. Foi considerada, pelos participantes, a falta de proatividade nas pessoas em situação de rua, pois primeiro, a pessoa tem que querer se cuidar e ser cuidada.

Foi questionado pelos participantes deste estudo sobre o porquê de saírem de casa, questionando-se: por que não ficou com a família? Alguns profissionais se emocionam ao enfatizarem as histórias de vidas nas ruas, os fatores que influenciam no fenômeno de viver em situação de rua e até sobre o dinheiro que eles têm, que têm outra finalidade, a mais triste de todas, as drogas.

Os resultados denotam que os municípios sem eCR devem investir na capacitação das equipes da ESF/APS para acolhimento e ampliação do acesso de pessoas em situação de rua, sem distinção e em todas as unidades saúde que houver a procura ou eficaz busca ativa dessas pessoas; sensibilizar os profissionais para o atendimento oportuno e resolutivo; e o fortalecimento da rede intra e intersetorial para a integralidade do cuidado.

Destarte, muitos são os significados oriundos das vivências dos 36 participantes deste estudo, pela aproximação ou pela experiência de trabalhar com a atenção às pessoas em situação de rua no cotidiano da APS, da Casa de Acolhimento ou do Centro POP.

Considera-se que o delineamento deste estudo, pelo método da TFD e o referencial teórico do IS, possibilitou ao pesquisador uma aproximação com a realidade vivenciada pelos participantes deste estudo, além da compreensão dos significados/conceitos teóricos relevantes para a temática proposta, que indicam o imprescindível planejamento da atenção à saúde de pessoas que vivem nas ruas assegurada nas diversidades do território, nas diferentes formas de ocupação, na identificação, no cadastramento e na construção de vínculo com essas pessoas, para redução das disparidades sociais e inclusão de todos no sistema pela porta da APS, sem preconceito ou segregação.

REFERÊNCIAS

- ALECRIM, T. F. de A., PALHA, P. F., BALLESTERO, J. G. de A., PROTTI-ZANATTA, S. T. Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira. **Revista USP**, v. 56, e20220026. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en>
- ALISSON, R.; ROBERTS, D.J.; BRIGSS, A.; ARORA, S.; ANDERSON, S. The role of health protection teams in reducing health inequities: findings from a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 23, n. 231, 2023. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15143-7>
- ALMEIDA, P.F.; MEDINA, M.G.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M.H.M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. v.42, n.spe1, 2018. Acesso em: 15 fev 2021. DOI: 10.1590/0103-11042018s116.
- ANDRADE, R. DE; COSTA, A.A.S.; SOUSA, E.T.; ROCON, P.C.O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227–239, 2022. Acesso 15 janeiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editores). JBI Manual for Evidence Synthesis. **JBI**, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em 17 dezembro 2021. DOI: 10.46658/JBIMES-20-01.
- BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Berkeley: University of California Press. 1969.
- BORYSOW, I.C.; CONILL, E.M.F.; JUAREZ, P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 3, 2017. Acesso em: 08 jan. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232017223.25822016.
- BORYSOW, I.C.; MOTA, A.; FURTADO, J.P. O Estado brasileiro e os cuidados em saúde para as pessoas em situação de rua: um estudo sócio-histórico. **Resgate: Revista Interdisciplinar de Cultura**. v. 28, 2020. Acesso em: 18 fev. 2021. DOI: 10.20396/resgate.v28i0.8656596.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 jan. 2021.
- BRASIL. **Decreto nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017, edição: 183, seção: 1, pag. 68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. **Decreto Presencial 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 dez. 2019, p. 16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.255, de 18 de junho de 2021** Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Gabinete do Ministro, 2021. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html. Acesso em 07 Dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre revisão periódica da Resolução Nº 196, de 10 outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 09 Mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre revisão periódica da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em 09 Mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018.** Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 25 janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 18 jan 2021.

BRITO, C.; SILVA, L. N. DA. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciencia&saude coletiva**, v. 27, n. 1, p. 151–160, 2022. Acesso em 21 fevereiro 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>

CAMARGO, B. P. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–3, 2016. Acesso em 17 fevereiro 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1269](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1269)

CAMPBELL, D.J.T.; O'NEILL, B.G.; GIBSON, K. THURSTON, W.E. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. **BMC**. v. 16, n. 139, 2015. Acesso em: 18 dez. 2021. DOI: 10.1186/s12875-015-0361-3

CAMPOS, D. A. DE; CARDOSO, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 79–90, 2019. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023703314>

CARVALHO, A. M. DE P.; SILVA, G. A. DA.; RABELLO, E. T.. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, 2020. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>

CARVALHO, F.F.B.; COHEN, S.C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde debate**, v. 41, n. spe3, 2017. Acesso em 26 fev. 2021. DOI: 10.1590/0103-11042017s320.

CENTENARO, A.P.F.C; BECK, C.L.C.; SILVA, R.M.; CAMPONOGARA, S.; SILVEIRA, A; CABRAL, F.B. Autocuidado de catadores de material reciclável: ações de Enfermagem à luz da Pesquisa Convergente-Assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Acesso em 12 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0111>

CERVIERI; N.B; ULIANA, C.H.; ARATANI, N.; FIORIN, P.M.; GIACON, B.C.C. O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 15, n. 4, p. 1–8, 2019. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151229>

CHÁVEZ, G.M.; VIEGAS, S.M.F.; ROQUINI, G.R.; SANTOS, T.R. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020a. Acesso em 21 setembro 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>

CHÁVEZ, G.M.; ALMEIDA, N.A.; NITSCHKE, R.G.; VIEGAS, S.M.F. Theorizing demand by family health strategy professionals and users: spontaneous, scheduled, suppressed. *Texto & Contexto - Enferm* [online]. 2020b, v. 29, e20180331. Acesso 27 outubro 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0331>

CHRYSTAL, J.G; GLOVER, D.J.; YOUNG, A.S.; WHELAN, F.; AUSTIN, E.L.; JOHNSON, N.K.; et al. Experience of Primary Care among Homeless Individuals with Mental Health Conditions. **PLoS ONE**. v. 10, n. 2, 2015. Acesso em 04 dezembro 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0117395

CHWASTIAK, L.; TSAI, J.; ROSENHECK, R. Impact of health insurance status and a diagnosis of serious mental illness on whether chronically homeless individuals engage in primary care. **Am J Public Health**. v. 102, n. 12, 2012. Acesso em: 23 dez 2021. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301025>

COUTO, J.G.A.; GODOI, H. FINKLER, M. MELLO, A.L.S.F. Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. **Cadernos saude coletiva**, v. 29, n. 4, p. 518–527, 2021. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040223>

CRUZ, J. R.; TAQUETTE, S. R. Viver na rua: vulnerações e a bioética da proteção. **Revista Bioética** [online], v. 28, n. 4, 2020. Acesso em: 15 jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284427>.

DAWES, J.; DEATON, S.; GREENWOOD, N. Homeless people's access to primary care

physiotherapy services: an exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, 2017. Acesso em: 03 jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012957>.

DISTRITO FEDERAL (Cidade). Censo da população em situação de rua no Distrito Federal - 2022. Censo demográfico. Distrito Federal, 2022. Disponível em: <http://infodf.codeplan.df.gov.br/pop-rua-df/>. Acesso em 01 outubro 2022.

DOVER, D.C., BELON, A.P. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. **Int J Equity Health**, v. 18, n. 36, 2019. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0935-0>

E-GESTOR AB – Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica. Secretaria da Atenção Primária à Saúde. Relatório de Cobertura da Atenção Básica, 2022. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 09 Mar. 2021.

E-GESTOR AB – Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica. Secretaria da Atenção Primária à Saúde. Relatório de Equipes Homologadas, 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relEquipesHomologadas.xhtml>. Acesso em: 08 outubro 2022.

ELWELL-SUTTON, T. FOK, J.; ALBANESE, F.; MATHIE, H. HOLLAND, R. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. **J Public Health (Oxf)**, v. 39, n. 1, 2017; Acesso em: 26 dez 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw008>.

ESMERALDO, A. F. L.; XIMENES, V. M. Mulheres em Situação de Rua: Implicações Psicossociais de Estigmas e Preconceitos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 42, 2022. Acesso em 22 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003235503>

FARIAS, J. M. DE; MINGHELLI, L. C.; SORATTO, J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. **Cadernos saude coletiva**, v. 28, n. 3, p. 381–389, 2020. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.1590/1414-462X202028030351.

FERRAZ, C.M.L.C.; VILELA, G.S.; DIONÍZIO, A.C.S.; CARAM, C.S.; REZENDE, L.C.; BRITO, M.J.M. Prática colaborativa na Estratégia Saúde da Família: Expressões, possibilidades e desafios para produção do cuidado. **REME**, v. 26, 2022. Acesso em 24 Janeiro 2023. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.40294.

FILGUEIRAS, C.A.C. Morar na rua: realidade urbana e problema público no Brasil. **Cad. Metrop.** v. 21, n. 46, 2019. Acesso em 21 de janeiro de 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2019-4613>.

FIORATI, R.C.; SOUZA, L.B.; CÂNDIDO, F.C.A.; SILVA, L.N.F.; FINZETO, L.C.; ALVES, L.S.; et al. Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à atenção primária à saúde. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 6, p. 1705, 2018. Acesso em: 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230523p1705-1716-2018>

FREITAS, C. J. DE; JUSTO, J. S. Entre a paragem e o trânsito: Atenção Psicossocial para a errância e o nomadismo. **Gerais**, v. 12, n. 2, p. 300–318, 2019. Acesso em 13 fevereiro 2023.

DOI: <https://doi.org/10.36298/gerais2019120208>

FREITAS, G.L.; SILVA, B.I.S.; ALECRIM, T.F.A.; ZANATTA, S.T.P.; FIORATI, R.C. População em situação de rua: a complexidade do cuidado e a busca pela intersetorialidade. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES (Orgs). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 27-32 Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c03>

GENTIL, L.; GRENIER, G.; BAMVITA, J.M.; FLEURY, M. Satisfaction with health and community services among homeless and formerly homeless individuals in Quebec, Canada. **Health Soc Care Community**. v. 28, n. 1, 2020. Acesso em: 14 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12834>

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018, p. 575-626.

GONDIM, G.M.M; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDI, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (ed.). **Técnico em vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

GONTIJO, M.D.; VIEGAS, S.M.F.; FREITAS, A.T.S.; MAIA, A.F.F.; NITSCHKE, R.G.; NABARRO, M. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. Escola Anna Nery, v. 24, n. 4, 2020. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0350

GRAMAJO, C.S.; MACIAZEKI-GOMES, R.C.; SILVA, P. S.; PAIVA, A.M.N. (Sobre)viver na Rua: Narrativas das Pessoas em Situação de Rua sobre a Rede de Apoio. Psicologia Ciência e Profissão, v. 43, 2023. Acesso em 22 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243764>

GUNNER, E.; CHANDAN, S.K.; MARWICK, S.; SAUNDERS, K.; BURWOOD, S. YAHOUCHE, A. et al. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. **Br J Gen Pract**. v. 69, n. 685, 2019. Acesso em: 03 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704633>

HALLAIS, J.A.S.; BARROS, N.F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 7, 2015. Acesso em 20 de fevereiro de 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>

HEALTH QUALITY ONTARIO. Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review. **Ont Health Technol Assess Ser**. v. 16, n. 9, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27099645/>. Acesso em: 04 dezembro 2021.

HINO, P.; FORNARI, L.F.; EGRY, E.Y.; SANTANA, C.L.A.; OLIVEIRA, E. Indicadores de boas práticas em saúde para a população de rua: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR004766>

HINO P.; SANTOS J.O.; ROSA, A.S. People living on the street from the health point of view. **Rev Bras Enferm**, v.71, suppl. 1, 2018. Acesso em 08 fevereiro 2023. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>

HUNGARO, A.A.; GAVIOLI, A.; CHRISTÓPHORO, R.; MARANGONI, S.R.; ALTRÃO, R.F.; RODRIGUES, A.L.; et al. Pessoas em situação de rua: caracterização e contextualização por pesquisa censitária. **Rev. Bras. Enferm.** v.73, n.5, 2020. Acesso em: 03 Mai 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0236>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/arquivo/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf. Acesso em 07 dezembro 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada Divinópolis/MG. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divinopolis/panorama>. Acesso em 08 outubro 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada Nova Serrana/MG. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/nova-serrana/panorama>. Acesso em 08 outubro 2022.

JEGO, M.; GRASSINEAU, D.; BALIQUE, H.; LOUNDOU, A.; SAMBUC, R. DAGUZAN, A.; et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. **BMJ Open**. v. 6, n. 11, Acesso em 11 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013610>

JABUR, P.A.C.; CONCEIÇÃO, C.H.O.; SOUSA, T.R. Encontro na cidade: práticas de se habitar como vínculos para a produção de cuidado pelas ruas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 01, pp. 17-26. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19412021>

JONES, A.L.; HAUSMANN, L.R.M.; HAAS, G.L.; MOR, M.K.; CASHY, J.P.; SCHAEFER JUNIOR, J.H.; ET AL. A national evaluation of homeless and nonhomeless veterans' experiences with primary care. **Psychol Serv**. v. 14, n. 2, 2017. Acesso em: 19 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1037/ser0000116>.

KAMI, M.T.M.; LAROCCA, L.M.; CHAVES, M.M.N.; PIOSIADLO, L.C.M.; ALBUQUERQUE, G.S. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. **Esc Enferm USP**, v.50, n.3, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27556715/>. DOI: 10.1590/S0080-623420160000400010. Acesso em 31 dezembro 2021.

KEOGH, C.; O'BRIEN, K.K.; HOBAN, A.; O'CARROLL, A.; FAHEY, T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. **BMC Health Serv Res**. v.15, n.58, 2015. Acesso em 27 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0716-4>

KERTESZ, S.G.; HOLT, C.L.; STEWARD, J.L.; JONES, R.N.; ROTH, D.L.; STRINGFELLOW, E.; et al. Comparing homeless persons' care experiences in tailored versus nontailored primary care programs. **Am J Public Health**, suplementar 2, 2013. Acesso em: 02

dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301481>

KLOP, H.T.; EVENBLIJ, K.; GOOTJES, J.R.G.; VEER, A.J.E.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B.D. Care avoidance among homeless people and access to care: an interview study among spiritual caregivers, street pastors, homeless outreach workers and formerly homeless people. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 1095, 2018. Acesso em: 13 fevereiro 2023. DOI: <http://dx-doi.ez32.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12889-018-5989-1>

LAMANNA, D.; STERGIOPOULOS, V.; DURBIN, J.; O'CAMPO, P.; POREMSKI, D.; TEPPER, J. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. **Health Soc Care Community**. v. 26, n. 1, 2018. Acesso em: 08 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12461>

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cad. Saúde Pública**. v.34, n.7, 2018. Acesso em 29 jan 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00117118>

LIRA, C.D.G.; JUSTINO, J.M.R.; PAIVA, I.K.S.; MIRANDA, M.G.O.; SARAIVA, A.K.M. Is the access of The Street population a denied right? **REME**, v. 23, 2019.. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.5935/1415-2762.20190004

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, 2018. Acesso em 19 setembro 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>

MAIRINK, A. P. A. R.; GRADIM, C.V. C.; PANOBIANCO, M. S. O uso da metodologia qualitativa da Teoria Fundamentada nos Dados na pesquisa em enfermagem. **Esc. Anna Nery**. v.25, n.3, 2021. Acesso em: 04 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0494>

MATOSO, L.M.L.; MATOSO, M.B.L.; SILVA, J.J.S.; NASCIMENTO, B.M. Redução de riscos e danos: ações em saúde com pessoas em situação de rua no interior nordestino. **Revista Contexto & Saúde**, v. 19, n. 37, p. 183–188, 2019. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2019.37.183-188>

MARQUES, L.S.; COSTA, J.H.M.; GOMES, M.M.; SILVA, M.M. Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. **Ciencia&saude coletiva**, v. 27, n. 1, p. 123–132, 2022. Acesso em 09 março 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19542021>

MCCALLUM, M.; MCNAB, D.; MCKAY, J. Using Always Events to derive patient-centred quality improvement priorities in a specialist primary care service providing care to a homeless population. **BMJ Open Quality**, v. 8, 2019. Acesso em 21 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2018-000507>

MELO, L.J.F.; ARAGÃO, F.B.A.; CUNHA, J.H.S.; CARNEIRO, T.G.; FIORATI, R.C. Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária. **REFACS (online)**, v.10, n.1, jan/mar, 2021. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i0.5051>

MENDES, L. G.; JORGE, A. O.; PILECCO, F. B. Proteção social e produção do cuidado a

travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG). **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 107–119, 2019. Acesso em 21 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S808>

MERRYMAN, M.B.; SYNOVEC, C. Integrated Care: Provider Referrer Perceptions of Occupational Therapy Services for Homeless Adults in an Integrated Primary Care Setting. **Work, Special Section: Homelessness**. v. 65, n. 2, 2020. Acesso em 04 fevereiro 2022. DOI: <https://doi.org/10.3233/WOR-203084>

MEDEIROS, F.C.; MATOS, A.C.V.; PAGNUSSAT, E.; OLIVEIRA, I.M.F.F.; Entre a benesse e o direito: as políticas de atendimento à população em situação de rua na América Latina. **Psicol. Estud.** v. 25, 2020. Acesso em: 28 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.45025>

MILLS, E.D.; BURTON, C.D.; MATHESON, C Engaging the citizenship of the homeless-a qualitative study of specialist primary care providers. **Fam Pract.** v. 32, n. 4, 2015 Acesso em: 15 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz036>

MOTA, F.O.; FONSECA, R.F.A.M.; SANTOS, J.E.; GALLASSI, A.D. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, p. 806–816, 2019. Acesso em 21 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1809>

NASCIMENTO, E. B.; DA SILVA, J. L. J.; CARIAGA, M. H. Pessoa em situação de rua, Saúde e Serviço Social. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 13, n. 1, p. e30753–e30753, 2022. Acesso em 21 fevereiro 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/30753>

NASCIMENTO, L.C.; VIEGAS, S.M.F.; MENEZES, C.; ROQUINI, G.R.; SANTOS, T.R. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020. Acesso em: 14 Maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300330>

NATALINO, Marco. **Nota Técnica: Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (Setembro de 2012 a Março de 2020)**. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf Acesso em: 29 Jan 2021.

NATALINO, Marco. **Nota Técnica: Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2022)**. Brasília: Ipea, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf Acesso em: 23 Mai 2023.

NARDES, S.; GIONGO, C. R. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. **Estudos feministas**, v. 29, n. 1, 2021. Acesso em 22 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011>

NASCIMENTO, V.F.; FERREIRA, K.A.; HATTORI, T.Y.; TERÇAS-TRETEL, A.C.P.; LEMES, A.G.; LUIS, M.A.V. Relações de pessoas em situação de rua com uso de substâncias

psicoativas. **Revista Sociais e Humanas**, v. 35, n. 1, 2022. Acesso em 13 fevereiro 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2317175843479>.

NORMAN, A. H. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1945, 2019. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1945)

O'CARROLL, A., WAINWRIGHT, D. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. **Int J Equity Health**, v. 18, n. 113, 2019. Acesso em: 21 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1002-6>

O'DONNELL, P.; TIERNEY, E.; O'CARROLL, A.; NURSE, D.; MACFARLANE, A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. **Int J Equity Health**. v. 15, n. 1, 2016. Acesso em 12 jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0487-5>

O'TOOLE, T.P.; BUCKEL, L.; BOURGAULT, C.; BLUMEN, J.; REDIHAN, S.G.; JIANG, L.; et al. Applying the chronic care model to homeless veterans: effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes. **Am J Public Health**, v. 100, n. 12, 2010. Acesso em 07 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.179416>

O'TOOLE, T.P.; JOHNSON, E.E.; REDIHAN, S.; BORGIA, M.L.; ROSE, J. Needing Primary Care But Not Getting It: The Role of Trust, Stigma and Organizational Obstacles reported by Homeless Veterans. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**. v. 26, n. 3, 2015a. Acesso em: 03 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0077>

O'TOOLE, T.P.; JOHNSON, E.E.; BORGIA, M.L.; ROSE, J. Tailoring Outreach Efforts to Increase Primary Care Use Among Homeless Veterans: Results of a Randomized Controlled Trial. **J Gen Intern Med**, v. 30, n. 2, 2015b. Acesso em 06 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3193-x>

OKUMOTO, O.; BRITO, S.M.F.; GARCIA, L.P. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 27, n. 3, 2018. Acesso em: 09 mai 2021. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300018>

OLIVEIRA, A.; LUBE GUIZARDI, F. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, 2020. Acesso em 15 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190650>

OLIVEIRA, D.M.; EXPEDITO, A.C.; ALEIXO, M.T.; CARNEIRO, N.S.; JESUS, M.C.P.; MERIGHI, M.A.B. Needs, expectations and care production of people in street situation. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2689–2697, 2018. Acesso em 23 de janeiro 2023. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0612](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612)

OLIVEIRA, I. M. S.; ROSA, R. M.; BOTEAGA, G. P. População em situação de rua, violações de direitos e modos (est)ético-políticos de resistência: a rua como palco da acontecimentalização da existência. **Interação em psicologia**, v. 26, n. 2, 2022. Acesso em 09 março 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.5380/riep.v26i2.76828>

OLIVEIRA, M.A.; BOSKA, G.A.; OLIVEIRA, M.A.F.; BARBOSA, G.C. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 55, 2021. Acesso em 19 janeiro 2023. DOI: 10.1590/S1980-220X2020033903744

OOSMAN, S.; WEBER, G.; OGUNSON, M.; BATH, B. Enhancing Access to Physical Therapy Services for People Experiencing Poverty and Homelessness: The Lighthouse Pilot Project. **Physiother Can**, v.71, n.2, 2019. Acesso em: 07 fevereiro 2022. DOI: <https://doi.org/10.3138/ptc.2017-85>

PAIVA, A. M. S. P. Pessoas em situação de rua: avanços e dificuldades na consolidação das premissas constitucionais de 1988. **Rev. FAPAD**, v.1, p.1-19, e048, 2021. Acesso em 25 fevereiro 2023.

PAIVA, I. K. S. DE; GUIMARÃES, J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 32, n. 4, 2022. Acesso em 24 janeiro 2023. DOI: 10.1590/S0103-73312022320408

PATRÍCIO, A.C.F.A.; FIGUEIREDO, M.S.B.R.; SILVA, D.F.; RODRIGUES, B.F.L.; SILVA, R.F.; SILVA, R.A.R.S. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e44520, 2020. Acesso em: 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44520>

PAULA, H.C.; DAHER, D.V.; KOOPMANS, F.F.; FARIA, M.G.A.; BRANDÃO, P.S.; SCORALICK, G.B.F. Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2843–2847, 2018. Acesso em 28 janeiro 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0616

PIMENTA, M. M. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. **Civitas**. v. 19, n. 1, 2019. Acesso em: 20 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30905>

PINHO, R. J. DO; PEREIRA, A. P. F. B.; LUSSI, I. A. DE O. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, p. 480–495, 2019. Acesso em 14 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1842>

PRADO; M.A.R.; GONÇALVES, M.; SILVA, S.S.; OLIVEIRA, P.S.; SANTOS, K.S.; FORTUNA, C.M. Homeless people: health aspects and experiences with health services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, 2021. Acesso em 28 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>

QUEIROGA, R.P.F.; SA, L. D.; GAZZINELLI, A. Tuberculosis in the homeless population: performance of primary health care professionals. **Rev Rene (Online)**, v.19, 2018. Acesso em: 07 janeiro 2022. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932463>

QUEIROZ, I., NUNES, D.R., ABREU, I.F., FERREIRA, L.F., SILVA, L.A., ROQUE, M.H.G., et al. The approach to homeless people in the unified health system: a reality that needs to be changed. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8230–8243, 2021. Acesso

Disponível em: <https://gdt.gradeopro.org/app/handbook/handbook.html>. Acesso em: 05 mai 2022.

SCHWEITZER, L.; DA ROSA TOLFO, S. Rualização: vivências de pessoas em situação de rua. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 12, n. 1, p. 54–65, 2022. Acesso em 28 fevereiro 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Gestão Regional. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf Acesso em: 20 Fev 2021.

SEIXAS, C.T.; BADUY, R.S.; CRUZ, K.T.; BORTOLETTO, M.S.S. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu)**, v. 23, 2019; Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 662–679, 2018. Acesso em 11 março de 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>

SILVA, A.B.; OLSCHOWSKY, A.; WETZEL, C.; SILVA, T.J; OAVANI, F.M. Desvelando a cultura, o estigma e a droga enquanto estilo de vida na vivência de pessoas em situação de rua. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 25, n. 10, 2020b. Acesso em: 25 fev. 2021. DOI: : <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.36212018>

SILVA, A.B.; OLSCHOWSKY, A.; NUNES, C.K.; BRAGA, F.S.; BOTEAGA, M.S.X. Homeless persons and villages: drugs, social marginalization, and territory of care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, supl. 1, 2020a. Acesso em 02 de fev. de 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0225>

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde debate**, v. 39, n. spe, 2015. Acesso 29 jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>

SILVA, D.O.; OLIVEIRA, J.F.; PORCINO, C.; GOMES, A.M.T.; SUTO, C.S.S.; CARVALHO, E.S.S. Homeless people's social representations about self-care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180956, 2020. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0956>

SILVA, I.C.N.; SANTOS, M.V.S.; CAMPOS, L.C.M.; SILVA, D.O.; PORCINO, C.A.; OLIVEIRA, J.F. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 52, n. 0, p. e03314, 2018. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023703314>

SILVA, T.O.; VIANNA, P.J.S.; ALMEIDA, M.V.G.; SANTOS, S.D.; NERY, J.S. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e serviços de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 30, n. 1, p. e2020566, 2021. Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>

SILVA JUNIOR, D. V.; BELLOC, M. M. Habitar invisível: produção de vida e cuidado na experiência urbana. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 67, 2018. Acesso em: 22 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0452>.

SOUSA, M.F.; PRADO, E.A.J.; LELES, F.A.G.; ANDRADE, NF.; MARZOLA, R.F.; BARROS, F.P.C.; et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 82–93, 2019. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>

SOUZA, K. C. D.; VIEIRA, M. C. Pobreza e Resiliência nas Narrativas de Educandos da EJA em Situação de Rua. **Educacao e realidade**, v. 47, 2022. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236108942>

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

SYNOVEC, C.E., MERRYMAN, M., BRUSCA, J. Occupational Therapy in Integrated Primary Care: Addressing the Needs of Individuals Experiencing Homelessness. **The Open Journal of Occupational Therapy**, v. 8, n. 4, 2020. Acesso em: 13 fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1699>

TEIXEIRA, M.B.; BLEMONTE, P. ENGSTROM, E.M.; LACERDA, A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe7, p. 92–101, 2019. Acesso em 27 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>

TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N.; CARMO, E.H.; OLIVEIRA, W.K.; PENNA, G.O. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 23, n. 6, 2018. Acesso em 27 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, 2018. Acesso em 19 setembro 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, suppl 2, pp. S190-S198, 2004. Acesso em: 21 setembro 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

TRICCO, A.C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.; COLQUHOUN, H.; KASTNER, M.; LEVAC, D.; et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Med Res Methodol**, v. 16, n. 15, 2016. Acesso em: 16 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>.

TRICCO, A.C.; LILLIE, E.; ZARIN, W.; O'BRIEN, K.K.; COLQUHOUN, H.; LEVAC, D.; et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-SCR): checklist and explanation. **Ann Intern Med**. v. 169, n. 07, 2018. Acesso em 20 mar 2022. DOI: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

UPSHUR, C.; WEINREB, L.; BHAREL, M.; REED, G.; FRISARD, C.; A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. **Journal of substance abuse treatment**, v. 51, 2015. Acesso em 24 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.00>

UPSHUR, C.C.; JENKINS, D.; WEINREB, L.; GELBERG, L.; ORVEK, E.A.; Prevalence and predictors of substance use disorders among homeless women seeking primary care: An 11 site survey. **Am J Addict**. v. 26, n. 7, 2017. Acesso em 15 fev 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajad.12582>

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estud. psicol.** v. 24, n. 1, 2019. Acesso em: 02 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190005>

VALE, A. R. DO; VECCHIA, M. D. “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 e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 222–234, 2019. Acesso em 23 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 30, n. 2, 2020. Acesso em: 05 fev 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>

VAN ROODE, T., PAULY, B.M., MARCELLUS, L.; STROSHER, H.W.; SHAHRAM, S.; DANG, P.; et al. Values are not enough: qualitative study identifying critical elements for prioritization of health equity in health systems. **Int J Equity Health**, v. 19, n. 162, 2020. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01276-3>

VAN WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciencia&saude coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3357–3368, 2019. Acesso em 11 março 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>

VARGAS, E.R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**.v. 42, 2018, Acesso em: 21 jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R.A.D.; CARVALHO, C.C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J.G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 23, n. 6, 2018. Acesso em: 28 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>

VICARI, T.; LAGO, L. M.; BULGARELLI, A. F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 135–147, 2022. Acesso em 21 janeiro 2023. DOI: [10.1590/0103-1104202213209](https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209)

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde. **Invest. educ. enferm**, v. 33, n. 2, 2015. Acesso em: 31 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a06>

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Colet* [online]. 2013, v. 18, n. 1, pp. 181-190. Acesso 27 out 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100019>

VIEGAS, S.M.F; NITSCHKE, R.G.; BERNARDO, L.A.; THOLL, A.D.; BORREGO, M.A.R.; SOTO, P.J.L.; et al. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. *Esc. Anna Nery*. v. 25, n. 3, 2021. Acesso em 25 fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0222>

VIEGAS, S.M.F.; NITSCHKE, R.G.; THOLL, A.D.; BERNARDO, L.A.; POTRICH, T.; MONCADA, M.J.A.; et al. The routine of the street outreach office team: Procedures and care for the Homeless. *Global Public Health*. v. 16, n. 6, 2020. Acesso em 22 fev 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1810297>

XIMENES, A.M.; BRANDÃO, M.G.S.A.; MUNIZ, I.F.; ARAGÃO, C.P.; CAETANO, J.A.; BARRO, L.M. Proposta de plano de cuidados para pessoas em situação de rua. *Revista de Atenção à Saúde*, v.19, n. 67, p. 154-164, 2021. Acesso em 13 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7152>

WENDT, A.; MARMITT, L.P.; NUNES, B.P.; DUMITH, S.C; CROCHEMORE-SILVA, I. Socioeconomic inequalities in the access to health services: a population-based study in Southern Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, 2022. Acesso em 07 fevereiro 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.03052021>

WHISLER, A.; DOSANI, N.; TO, M.J.; O'BRIEN, K.; YOUNG, S.; HWANG, S.W. The effect of a Housing First intervention on primary care retention among homeless individuals with mental illness. *PLoS ONE*, v. 16, n. 2, 2021. Acesso em: 04 dezembro 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246859>

WILLEMANN, M.C.A.; MEDEIROS, J.M.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 28, n. 3, 2019. Acesso em: 18 fev 2021. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300004>

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEPES/CCO: 5.173.172

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **“Atenção à saúde de pessoas em situação de rua em municípios de médio e grande porte populacional do Centro-Oeste de Minas Gerais: acesso e equidade”** que tem como objetivo compreender o acesso e equidade na atenção à saúde de pessoas em situação de rua em municípios de médio e grande porte populacional do centro-oeste de Minas Gerais (MG).

Os participantes do estudo serão profissionais de saúde que compõem a equipe de APS/ESF dos municípios em estudo. Como critério de inclusão será considerada a atuação mínima de um ano na APS/ESF, e de exclusão o profissional que se encontrar, no momento da coleta de dados, afastado, de atestado ou de férias regulamentares.

A sua participação consistirá em responder a uma entrevista, que será realizada individualmente na unidade de saúde, local de seu trabalho, conforme a sua disponibilidade. O roteiro dessa entrevista será composto por questões de caracterização do participante e perguntas referentes ao tema em estudo. A entrevista será audiogravada com a sua permissão e serão adotadas medidas para preservação do anonimato e sigilo das informações.

Os riscos deste estudo são mínimos e estão relacionados ao risco de constrangimento por desconhecimento do tema abordado e a quebra de sigilo, da privacidade e a confidencialidade das informações obtidas no estudo, mas será garantido que os dados serão utilizados apenas para fins científicos e mantendo o anonimato. Contudo, será informado de que não é obrigado a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade. Serão também adotadas as seguintes medidas de prevenção destes riscos: a garantia de que o entrevistador é devidamente treinado; a suspensão da entrevista ao perceber-se ansiedade excessiva; ou outra intercorrência, e a garantia do anonimato. Os pesquisadores irão tratar a identidade do participante com padrões profissionais de sigilo que será mantido por meio da adoção da letra E (Entrevistado) seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2, E3, E4...).

Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, comprovando o seu aceite em participar da pesquisa, bem como os esclarecimentos de possíveis dúvidas que venham surgir. Risco eventual da geração de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, os pesquisadores envolvidos assumem a responsabilidade pelo ressarcimento justo firmado em juízo. Você não terá gastos para participar deste estudo, mas no caso disto ocorrer, os gastos serão assumidos pelos pesquisadores e a sua participação não acarretará nenhuma compensação financeira adicional. Será garantido total sigilo e a obtenção de esclarecimentos sempre que o desejar. Em relação ao risco de constrangimento, você será encaminhado para atendimento, caso necessário, sob a responsabilidade do pesquisador.

O participante será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os resultados da pesquisa serão enviados para o participante e permanecerão confidenciais. O participante não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O TCLE será elaborado em duas vias, sendo assinadas e rubricadas pelo participante da pesquisa e a pesquisadora responsável.

Esclareço ainda que toda coleta de dados foi embasada nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo elas, a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, _____
fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Fui informada que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar o mestrando *Lucas Alves Gontijo*, a Professora orientadora *Selma Maria da Fonseca Viegas* ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei Campus Centro-Oeste CEPES/ CCO Local: Sala 304 – Prédio da Biblioteca do Campus Centro Oeste Dona Lindu da UFSJ.

Ao assinar este termo estou ciente e autorizo a gravação da entrevista. Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, poderá entrar em contato com a Prof^a. Dr^a. Selma Maria daFonseca Viegas e pelo e-mail selmaviegas@ufsj.edu.br. Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP UFSJ/CCO) que é um colegiado interdisciplinar e independente, com função pública, que deve existir nas instituições, para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade sendo bem atendidos e protegidos de qualquer dano e, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP UFSJ/CCO está localizado na Rua Sebastião Gonçalves Coelho, bairro Chanadour, 400, Bloco C, sala 304 CEP: 35501 – 296, Telefone: (37) 3690 – 4491, e-mail: cepco@ufsj.edu.br

Pesquisadora Responsável: Selma Maria da Fonseca Viegas E-mail:

selmaviegas@ufsj.edu.br

Fone: (37)3690-4467

Endereço: Universidade Federal de São João del-Rei. Campus Centro Oeste. Bloco A (CCO), Sala 2017. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 200, Chanadour, Divinópolis-MG, Brasil. 35.501-296.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável
 Prof^a. Dr^a. Selma Maria da Fonseca Viegas
 Docente da Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ - Campus Centro-Oeste Av.
 Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Sala 207, Bloco A. CEP 35501-296 Bairro: Chamador
 Divinópolis, MG Telefone: (37)3690-4467 UFSJ/CCO
 Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu da UFSJ
 (CEPES/CCO) Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400 Sala 101, Bloco B, Prédio da Biblioteca. CEP 35501-296
 Bairro: Chamador Divinópolis, MG
 Telefone: (37)3690-4491 UFSJ/CCO E-mail: cepcco@ufsj.edu.br

Divinópolis, ____/____/____

Rubricas:

APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. IDENTIFICAÇÃO: ____

1. Nome (iniciais):
2. Sexo:
3. Idade:
4. Profissão:
5. Possui pós-graduação/especialização? Qual?
6. Cargo:
7. Local de Trabalho:
8. Tempo de formação:
9. Tempo de atuação no cargo:

II. QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1- Fale-me sobre sua experiência com as pessoas em situação de rua.
- 2- Como se dá no cotidiano a atenção à saúde de pessoas em situação de rua na unidade que você atua ou no município?
- 3- Como se dá o reconhecimento do território de abrangência da unidade de saúde que você atua para a identificação das pessoas em situação de rua?
- 4- Como desenvolver possibilidades no cotidiano de trabalho para promover o acesso à saúde de pessoas em situação de rua?
- 5- O que você compreende por equidade na atenção à saúde?
- 6- No seu trabalho cotidiano e da equipe de saúde como se contempla a equidade perante as necessidades de saúde das pessoas em situação de rua?
- 7- Como os profissionais da equipe planejam e desenvolvem ações de promoção da saúde considerando as singularidades e necessidades de pessoas em situações de rua?
- 8- Como são planejadas estratégias de acolhimento e ampliação do acesso à atenção à saúde das pessoas em situação de rua, considerando o âmbito da gestão municipal, as equipes da ESF/APS e as unidades de referência?
- 9- Você deseja acrescentar algo sobre a atenção à saúde de pessoas em situações de rua? Algo que eu não te perguntei ou deseja falar ou que acha importante para esta temática em estudo.

APÊNDICE III – MEMORANDOS

Notas de memorandos de desenvolvimento da pesquisa e da análise dos dados, segundo Strauss e Corbin (2008).

Título do Estudo: Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades

MEMORANDOS OPERACIONAIS

(Procedimentos da coleta de dados e lembretes dos fatos)

Descrição do Cenário de Estudo:/...../2022

....

CENÁRIO/MUNICÍPIO

Pré-teste do Roteiro da Entrevista:/...../2022

O pré-teste foi realizado no dia ..., acompanhado, em entrevista com profissional

CENÁRIO/MUNICÍPIO

Início da Coleta de Dados:/...../2022

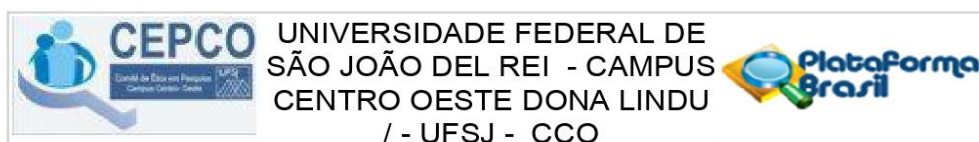
Notas operacionais: (referentes à coleta de dados, trabalho de campo, cenários, intercorrências etc...)

Notas de codificação: (referentes às etapas de codificação aberta, axial, seletiva e para o processo)

Notas teóricas: (registro do processo de formulação da teoria e formulação de diagramas)

ANEXOS

ANEXO I – PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ACESSO, INTEGRALIDADE, EQUIDADE E CUIDADO EM CONDIÇÃO DE VULNERAÇÃO

Pesquisador: Selma Maria da Fonseca Viegas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52587721.1.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.173.172

Apresentação do Projeto:

Tipo de estudo:

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, amparado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e no Interacionismo Simbólico (IS).

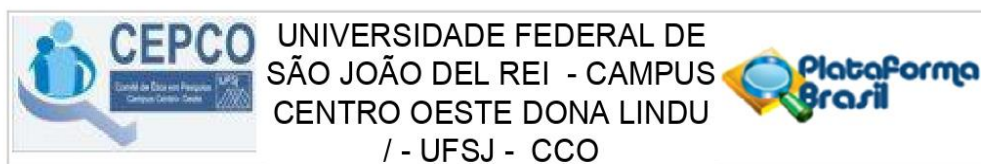
Justificativa para o estudo:

Conhecer a realidade sobre os fatos que envolvam a atenção às pessoas em situação de rua em municípios de médio e grande porte que não possuem ou possuem estruturação de equipe Consultório de Rua, permitindo a construção de uma teoria que compreenda a ação no contexto social de equipes de APS/ESF da área de abrangência, onde transitam e vivem essas pessoas. A pesquisa iniciará pelos cenários de Nova Serrana e Divinópolis abordando o acesso e a equidade na atenção à saúde de pessoas em situação de rua.

Cenário de estudo:

Este estudo adotar-se-á, a princípio, municípios de médio e grande porte populacional da Macrorregião Oeste do estado de Minas Gerais sem implementação de equipe Consultório de Rua (eCR). Como trata de um projeto piloto poderá se estender a outros municípios das demais macrorregiões sanitárias de Minas Gerais.

Endereço: AV. SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO, 400 - Sala 101 BLOCO C
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 5.173.172

População / amostragem:

A pesquisa será realizada com profissionais de saúde que compõem a equipe de APS/ESF ou da eCR dos municípios, sendo que a seleção das unidades de saúde das equipes acontecerá por meio de sorteio aleatório. Mas quando existir unidade de referência de atendimento às pessoas em situação de rua, ela deverá ser incluída, visto a experiência de atendimento a essas pessoas.

Quanto à amostragem, se dará por saturação teórica.

Recrutamento:

Os profissionais de saúde da APS/ESF dos municípios serão contatados e convidados a participarem da pesquisa voluntariamente por meio de e-mail ou telefone da instituição de saúde (lista fornecida pelo setor responsável da Secretaria Municipal de Saúde do município)

A coleta de dados poderá ser iniciada de forma remota ou presencial dependendo da duração do ensino remoto na Instituição Proponente, a UFSJ e classificação da onda da pandemia de COVID19. A coleta presencial considerará as medidas protetivas e preventivas de distanciamento de mais de dois metros entre entrevistador e participante, uso de máscara e álcool em gel ao adentrar o ambiente da instituição de saúde. Quando for possível a coleta presencial, a abordagem será direta pelo pesquisador e pessoalmente, em sala disponibilizada na unidade de saúde, após o participante ser esclarecido sobre o tema, o objetivo da pesquisa e os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, convidando-os a contribuir na pesquisa de forma voluntária.

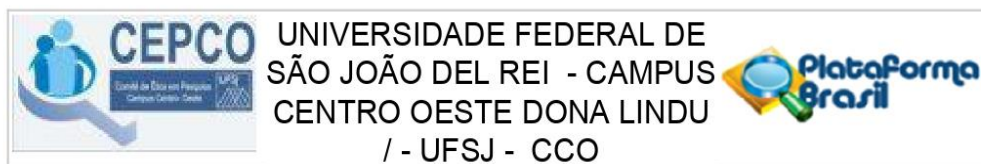
Crítérios de inclusão e exclusão:

Como critério de inclusão será considerado que o participante seja profissional da APS/ESF ou de eCR, com atuação mínima de um ano, e de exclusão aqueles que porventura encontrem-se, no momento da coleta de dados, afastados, de atestados ou de férias regulamentares

Estratégias de coleta de dados :

A coleta de dados se dará por meio de entrevista aberta individual, pelo(a) pesquisador(a) deste estudo, transcrita na íntegra e analisada concomitantemente, somente retornando ao campo para novas entrevistas após este processo, conforme premissa da TFD. A coleta de dados se baseará em roteiro de entrevista semiestruturado, com questões acerca do objeto do estudo "a atenção à saúde de pessoas em situação de rua"

Endereço: AV. SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO, 400 - Sala 101 BLOCO C
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINÓPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 5.173.172

Análise dos dados:

A análise dos dados começa imediatamente após a entrevista, segundo as recomendações de Strauss e Corbin (2008). Ela se dá em três etapas: a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Compreender a atenção à saúde de pessoas em situação de rua no cotidiano da equipe da ESF/APS ou da eCR.

Objetivos específicos

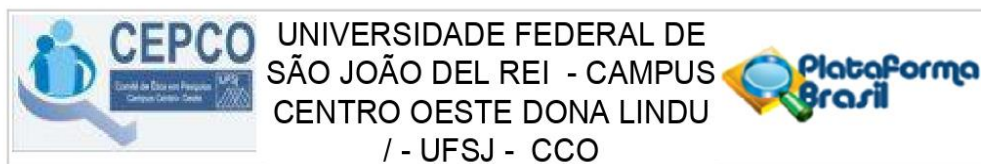
- Conhecer o acesso à saúde de pessoas em situação de rua na ESF/APS ou na eCR.
- Identificar as ações cotidianas da equipe ESF/APS ou da eCR para garantia da equidade na atenção às pessoas em situação de rua.
- Analisar a atenção e cuidado à saúde de pessoas em situação de rua, no cotidiano de equipes da ESF/APS ou da eCR, em tempos da pandemia de COVID-19.
- Compreender a integralidade na atenção e cuidado à saúde de pessoas em situação de rua na ESF/APS ou na eCR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E MEDIDAS DE MINIMIZAÇÃO

Essa pesquisa oferece risco mínimo e pode estar relacionado a possíveis desequilíbrios emocionais e para preveni-los ou minimizá-los, o participante terá a liberdade de não responder as questões que ele não queira ou não se sinta à vontade, as perguntas serão claras, e ao perceber ansiedade excessiva ou outra intercorrência será suspensa a entrevista. Caso necessário, será oferecido encaminhamento para atendimento psicológico, a assistência necessária a riscos possíveis em relação a esta pesquisa será de responsabilidade do pesquisador. Além disso, caso ocorra entrevista remota consideraremos os riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos em função das limitações das tecnologias utilizadas, como também, as limitações das pesquisadoras para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Ao concluir a coleta de dados de entrevista remota, em cada entrevista, será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou nuvem.

Endereço: AV. SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO, 400 - Sala 101 BLOCO C
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINÓPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 5.173.172

Os pesquisadores irão tratar a identidade do participante com padrões profissionais de sigilo que será mantido por meio da adoção da letra E (Entrevistado) seguido de número sequencial às entrevistas realizadas subsequentes (E1, E2, E3, E4...). Os dados coletados serão armazenados por cinco anos, em um dispositivo eletrônico local junto com a comprovação do aceite em participar da pesquisa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

BENEFÍCIOS

Será assegurado aos participantes da pesquisa, bem como a gestão dos municípios onde ocorrerá a coleta de dados a devolutiva dos resultados do estudo, sustentando a importância do retorno social (BRASIL, 2012), visto que tal prática possibilitará aos gestores, profissionais e comunidade envolvida a estruturação das ações às demandas identificadas para acesso de pessoas em situação de rua na APS/ESF e demais níveis de complexidade em tempo oportuno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de respostas à pendências emitidas em parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Check list – adequado
- Folha de rosto – devidamente carimbada e assinada
- Carta de autorização da SEMUSA, emitida em 08/09/2021, devidamente assinada e carimbada pelo Secretário Municipal de Saúde
- Declaração de infraestrutura da SEMUSA, emitida em 08/09/2021, devidamente assinada e carimbada pelo Secretário Municipal de Saúde
- Carta de autorização da Secretaria de Saúde de Nova Serrana, emitida em 24/06/2021, devidamente assinada e carimbada pelo Secretário Municipal de Saúde

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1- No documento TCLE:

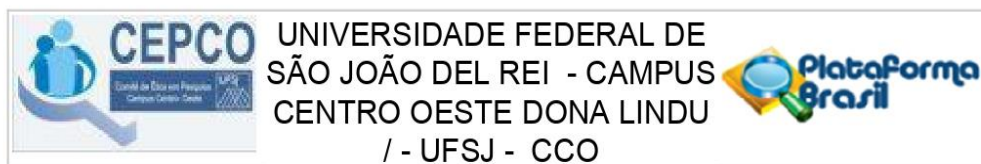
1.1. Solicita-se escrever por extenso, pelo menos uma vez, o significado da sigla eCR. Está descrito no projeto de pesquisa, mas falta no TCLE.

RESPOSTA: descrito equipe Consultório na Rua (eCR)

ANÁLISE: Atendida

1.2 Solicita-se a inclusão da informação sobre a maneira que o participante terá acesso à via do TCLE que lhe pertence, quando a coleta de ser de forma remota. O pesquisador deve enfatizar a importância do participante de pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento

Endereço: AV. SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO, 400 - Sala 101 BLOCO C
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINÓPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 5.173.172

eletrônico (TCLE) que receberá assinado pelo pesquisador. (OFÍCIO CIRCULAR Nº 1/2021, item 2.2)

RESPOSTA: foi inserido no texto e no TCLE a informação: Quando a coleta de dados for remota, o participante da pesquisa será orientado a guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico (TCLE) que receberá assinado pelo pesquisador.

ANÁLISE: Atendida

2- No Projeto Brochura

2.1. A gravação de dados está citada no TCLE. Solicita-se esclarecimentos no projeto brochura quanto a forma de gravação dos dados na coleta presencial e na coleta remota.

RESPOSTA: A entrevista será audiogravada na coleta presencial (uso de gravador, celular ou tablet) e na coleta remota (pelo google Meet, celular ou gravador). Para esclarecimentos ao participante da pesquisa será frisado que o depoimento colhido na entrevista será mantido sob sigilo, com acesso exclusivo do pesquisador, sendo o áudio arquivado em dispositivo eletrônico local, por cinco anos aos cuidados da pesquisadora responsável, obedecendo os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

ANÁLISE: Atendida

2.2. Solicita-se incluir a informação sobre a assistência psicológica (local que atenderá) que terá direito o participante diante de danos decorrentes da pesquisa. Segundo a Resolução 510/16, art. 17, item V: "O registro de Consentimento livre e esclarecido em seus diferentes formatos deverá conter esclarecimentos suficientes sobre a pesquisa incluindo: informação sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa"

RESPOSTA: descrito no projeto detalhado- Caso necessário, será oferecido encaminhamento para atendimento psicológico, a assistência necessária a riscos possíveis em relação a esta pesquisa será de responsabilidade do pesquisador, no município de domicílio do participante da pesquisa. No TCLE- Em relação ao risco de constrangimento, você será encaminhado para atendimento, caso necessário, sob a responsabilidade do pesquisador, no município de domicílio do participante da pesquisa.

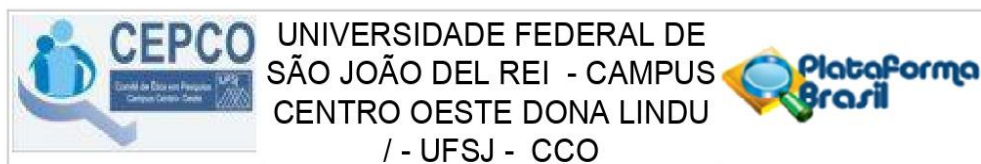
ANÁLISE: Atendida

3. Na plataforma Brasil

3.1 Inserir a SEMUSA e a Secretaria de Saúde de Nova Serrana como co-participantes.

RESPOSTA: Foram inseridas as secretarias municipais de saúde dos municípios envolvidos na pesquisa como instituições coparticipantes na Plataforma Brasil, conforme subitem II.9, da

Endereço: AV. SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO, 400 - Sala 101 BLOCO C
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIMINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 5.173.172

Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

ANÁLISE: Atendida

3.2.No projeto detalhado está descrito que o fechamento amostral se dará por meio de saturação teórica. Entretanto, no projeto básico está informado que o número de participantes será 50. Solicita-se fazer as alterações na plataforma brasil conforme a carta circular.

Conforme a Carta Circular CONEP/CNS/MS n.110 CONEP de 08/12/2017 (PREENCHIMENTO DA PLATAFORMA BRASIL EM PESQUISAS COM METODOLOGIAS PRÓPRIAS DAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS).

RESPOSTA: Quanto à amostragem (aproximadamente 50 participantes), quando não mais surgir se dará por saturação teórica, ou seja, dado novo ou relevante em relação a uma categoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Após perceber a reincidência das informações, com saturação dos conceitos teóricos serão realizadas, duas ou três entrevistas, para confirmação da saturação. Como também, considerar-se-à o encerramento da coleta quando os dados se mostrarem suficientes para atender ao objetivo proposto para este estudo.

ANÁLISE: Atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no Cep, conforme norma operacional CNS n001/2013, item XI.2.d

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1828694.pdf	07/12/2021 23:18:23		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_Parecer_5106258.pdf	07/12/2021 23:17:18	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATENCAO_A_SAUDE_DE_PESSOAS_EM_SITUACAO_DE_RUA_ACESSO_INTEGRALIDADE_EQUIDADE_E_CUIDADO_EM_CONDICAO_DE_VULNERACAO.pdf	07/12/2021 23:14:20	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ATENCAO_A_SAUDE_DE_PESSOAS_EM_SITUACAO_DE_RUA_ACESSO_INTEGRALIDADE_EQUIDADE_E_CUIDADO_EM_ONDICAO_DE_VULNERACAO	07/12/2021 23:13:51	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito

Endereço: AV. SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO, 400 - Sala 101 BLOCO C
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINÓPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS
CENTRO OESTE DONA LINDU
/ - UFSJ - CCO



Continuação do Parecer: 5.173.172

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ta_pendencias.pdf	07/12/2021 23:13:51	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Autorizacao_Coleta_Dados_Divinopolis_Projeto_Atencao_as_Pessoas_e_m_Situacao_de_Rua.pdf	05/10/2021 21:37:09	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Outros	Check_list_CEPCO_Projeto_ATENCAO_A_SAUDE_DE_PESSOAS_EM_SITUACAO_DE_RUA.pdf	05/10/2021 21:34:54	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Setor_NOVA_SERRANA_Atencao_a_saude_de_pessoas_em_situacao_de_rua.pdf	05/10/2021 20:53:09	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura_Divinopolis_Projeto_Atencao_as_Pessoas_em_Situacao_de_Rua.pdf	05/10/2021 20:41:16	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_ATENCAO_A_SAUDE_DE_PESSOAS_EM_SITUACAO_DE_RUA_ACESSO_INTEGRALIDADE_EQUIDADE_E_CUIDADO_EM_CONDICAO_DE_VULNERACAO.pdf	05/10/2021 20:02:51	Selma Maria da Fonseca Viegas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIVINOPOLIS, 17 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Elaine Cristina Dias Franco
(Coordenador(a))

Endereço: AV. SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO, 400 - Sala 101 BLOCO C
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br

ANEXO II – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE DIVINÓPOLIS/MG



PREFEITURA DE
Divinópolis



Divinópolis, 08 de setembro de 2021

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

A Secretaria de Saúde de Divinópolis-MG autoriza a realização do projeto de pesquisa: **“Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: acesso, integralidade, equidade e cuidado em condição de vulneração”** e declara para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para realização dos procedimentos de coleta de dados e desenvolvimento do trabalho sob coordenação da Profª Drª Selma Maria da Fonseca Viegas.

As prioridades do Serviço de Saúde são definidas pelas políticas públicas e devem ser preservadas a universalidade, a integridade e a equidade nos serviços onde a pesquisa será desenvolvida. O descumprimento desses condicionamentos assegura a Secretaria Municipal de Saúde o direito de retirar a concessão a qualquer momento da pesquisa.

Ao final da pesquisa é dever dos pesquisadores apresentarem os resultados a esta secretaria.

Por ser verdade afirmo o presente.

Daniela Dias Vasconcelos

Diretora da Atenção Primária à Saúde

SEMUSA Divinópolis

**ANEXO III – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS DE
DIVINÓPOLIS/MG**



PREFEITURA DE
Divinópolis



CARTA DE AUTORIZAÇÃO COLETA DE DADOS

A Secretaria de Saúde de Divinópolis-MG autoriza a realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: acesso, integralidade, equidade e cuidado em condição de vulneração”** desenvolvimento do trabalho pela pesquisadora Profª. Drª Selma Maria da Fonseca Viegas.

Os pesquisadores devem se comprometer a garantir e preservar as informações de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG, garantindo a confidencialidade de pacientes e profissionais. Devem concordar igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das determinações descritas nas Resoluções 466/2012 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

As prioridades do Serviço de Saúde são definidas pelas Políticas Públicas e devem ser preservadas a universalidade, a integridade e a equidade nos serviços onde a pesquisa será desenvolvida. O descumprimento desses condicionamentos assegura a Secretaria Municipal de Saúde o direito de retirar a concessão a qualquer momento da pesquisa.

Ao final da pesquisa é dever dos pesquisadores apresentarem os resultados a esta Secretaria.

Divinópolis, 08 de setembro de 2021.

DANIELA DIAS VASCONCELOS

Diretora de Atenção Primária à Saúde

SEMUSA Divinópolis

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE SETOR DE NOVA SERRANA/MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SERRANA
Estado de Minas Gerais
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DO SETOR

Eu, **GLAUCIA SBAMPATO PEREIRA** - Secretária Municipal de Saúde de Nova Serrana, e eu, **SARAH ROCHA DESSIMONI** - Coordenadora da Atenção Primária a Saúde do Município de Nova Serrana, vimos por meio desta, declarar que conhecemos o projeto e aceitamos a realização da pesquisa **"ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ACESSO, INTEGRALIDADE, EQUIDADE E CUIDADO EM CONDIÇÃO DE VULNERAÇÃO"** a ser coletada pela equipe de pesquisa da pesquisadora responsável, Profa. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas, da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste (UFSJ/CCO). A pesquisa será realizada com anuência deste setor. Esta será autorizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Campus Centro-Oeste da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPCO).

Nova Serrana (MG), 24 de junho de 2021

Glauca Sbampato Pereira
Secretária Municipal de Saúde
Nova Serrana - MG

Glauca Sbampato Pereira
Secretária Municipal de Saúde

Sarah Rocha Dessimoni
Coord. Atenção Primária a Saúde
Nova Serrana - MG

Sarah Rocha Dessimoni
Coord. Atenção Primária a Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Benjamim Martins do Espírito Santo Nº 2112 - Bairro Park Dona Gumercinda Martins - (37) 3225-8700
secretariadesaude@novaserrana.mg.gov.br

**ANEXO V – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE NOVA
SERRANA/MG**



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SERRANA
Estado de Minas Gerais
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Autorizo a realização da pesquisa **"ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ACESSO, INTEGRALIDADE, EQUIDADE E CUIDADO EM CONDIÇÃO DE VULNERAÇÃO"** e declaro para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para realização dos procedimentos de coleta de dados e desenvolvimento do trabalho sob a coordenação/orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste (UFSJ/CCO).

Por ser verdade afirmamos presente.

Nova Serrana, 24 de junho de 2021

Glaucia Sbampato Pereira
Secretária Municipal de Saúde
Nova Serrana - MG


Glaucia Sbampato Pereira
Secretária Municipal de Saúde
Nova Serrana-MG