

Pessoas em situação de rua: aspectos sobre a saúde e experiências com serviços sanitários

Homeless people: health aspects and experiences with health services
Personas sin hogar: aspectos de salud y experiencias con los servicios de salud

Michely Aline Rodrigues do Prado^I

ORCID: 0000-0003-2200-9789

Marcela Gonçalves^{II}

ORCID: 0000-0003-0886-1967

Simone Santana da Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-0768-3217

Poliana Silva de Oliveira^{IV}

ORCID: 0000-0003-3197-6017

Karen da Silva Santos^V

ORCID: 0000-0001-5829-5882

Cinira Magali Fortuna^V

ORCID: 0000-0003-2808-6806

^ISanta Casa de Misericórdia de Olímpia. Olímpia, São Paulo, Brasil.

^{II}Prefeitura Municipal de Guarulhos. Guarulhos, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

^{IV}Prefeitura Municipal de Orlândia. Orlândia, São Paulo, Brasil.

^VUniversidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Prado MAR, Gonçalves M, Silva SS, Oliveira PS, Santos KS, Fortuna CM. Homeless people: health aspects and experiences with health services. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190200. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0200>

Autor Correspondente:

Cinira Magali Fortuna
E-mail: fortuna@eerp.usp.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 22-07-2019 **Aprovação:** 13-08-2020

RESUMO

Objetivos: analisar o entendimento das pessoas em situação de rua, que vivem em município do interior paulista, sobre o que é saúde e sobre suas experiências em serviços sanitários. **Métodos:** estudo qualitativo exploratório desenvolvido com entrevistas com pessoas em situação de rua e diário de campo. Os dados foram organizados por temas e os achados foram confrontados com referencial da saúde coletiva. **Resultados:** os temas explorados foram: “O ter saúde para a população em situação de rua”, “A busca por serviços de saúde” e “Ser atendido em serviços de saúde sob a ótica de pessoas em situação de rua”. Neles apresentamos a compreensão da saúde dos entrevistados e experiências vivenciadas em serviços. Nesse caminho, delineamos aspectos que demarcam fragilidades da rede, perpassadas por preconceitos e discriminação. **Considerações Finais:** essa população tem concepções sobre a saúde e necessidades que precisam ser consideradas singularmente para facilitar acesso e cuidado.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua; Serviços de Saúde; Saúde; Assistência à saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the understanding of homeless people living in a city in the countryside of São Paulo about what health is and about their experiences in health services. **Methods:** a qualitative exploratory study developed through interviews with homeless people and a field diary. The data were organized by themes and the findings were compared to a collective health framework. **Results:** the explored themes were: “Being healthy for the homeless population”, “The search for health services” and “Being a user of health services from the perspective of homeless people”. We present the interviewees’ understanding of health and their experiences in healthcare services. Along this path, we outline aspects that show the network’s weaknesses, permeated by prejudices and discrimination. **Final Considerations:** this population has conceptions about health and needs that need to be singularly taken into consideration to facilitate access and care.

Descriptors: Homeless Persons; Health Services; Health; Delivery of Health Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: analizar la comprensión de las personas sin hogar residentes en una ciudad del interior de São Paulo, sobre lo que es la salud y sus experiencias en los servicios de salud. **Métodos:** estudio exploratorio cualitativo desarrollado con entrevistas a personas sin hogar y diario de campo. Los datos se organizaron por temas, y los hallazgos se compararon con un marco de salud colectiva. **Resultados:** los temas explorados fueron: “Tener salud para la población sin hogar”, “La búsqueda de servicios de salud” y “Ser atendido en los servicios de salud desde la perspectiva de las personas sin hogar”. Presentamos la comprensión de la salud de los entrevistados y las experiencias vividas en los servicios. Trazamos aspectos que demarcan las debilidades de la red, permeados por prejuicios y discriminaciones. **Consideraciones Finales:** esta población tiene concepciones sobre la salud y necesidades que deben ser consideradas de manera singular para facilitar el acceso y la atención.

Descriptores: Personas sin Hogar; Servicios de Salud; Salud; Prestación de Atención de Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores de saúde, em especial os enfermeiros dos serviços públicos de saúde, tem por desafio a produção de cuidados singulares para pessoas em situação de vulnerabilidade, como é o caso de pessoas em situação de rua. Essa é uma parcela da população invisibilizada em suas diferenças e necessidades específicas. A imprecisão dos dados relacionados ao quantitativo da População em Situação de Rua (PSR) no Brasil reafirma a invisibilidade desse grupo social e prejudica a formulação e aplicabilidade de políticas públicas⁽¹⁾. Tal realidade reforça a emergência em dar visibilidade à existência dessas vidas na perspectiva de garantir-lhes dignidade, acesso, respeito e amparo.

É relevante considerar que a pobreza, entre as diversas possíveis causas, se constitui como um dos elementos que impossibilita o indivíduo de ter necessidades básicas atendidas, bem como: alimentação, vestuário e moradia. Esse contexto afeta seu desenvolvimento físico, psicológico e social⁽²⁾. Como consequência, isso pode influenciar para a manutenção da existência da população em situação de rua. No Brasil, por exemplo, temos apenas uma década da criação do Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional⁽³⁾. A implementação de políticas públicas, embora não seja a garantia de melhorias sociais, legitima o reconhecimento do caráter vulnerável da PSR e dá visibilidade às suas necessidades. O Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) publicou em 2016 uma estimativa da PSR no Brasil era em torno de 100 mil pessoas, sendo que 70,0% vivem naqueles com mais de 100 mil e cerca de 6% em municípios com até 10 mil habitantes⁽⁴⁾. Isso aponta não somente algumas especificidades no trato da referida população associadas à concentração de riqueza, ao modo de produção capitalista, como também o despreparo ou até invisibilização por parte das ações voltadas às políticas sociais.

É relevante considerar que são diversos os fatores que levam pessoas às ruas. Entre esses, quase nunca trata-se de uma opção pessoal, mas sim falta de alternativas melhores. As causas mais comuns são a rápida urbanização, migração para grandes cidades, crise econômica, desigualdade social, pobreza, relações familiares fragilizadas, doenças, desemprego, dependência de álcool e drogas e ausência de políticas públicas⁽⁵⁻⁷⁾. A revisão de literatura aponta a carência de estudos sobre as necessidades de saúde e atendimentos específicos a essa população⁽²⁾.

Para a PSR este cenário de falta de políticas públicas está longe de ser modificado, ainda mais diante das diversas medidas adotadas como a Emenda Constitucional (EC 95), aprovada pelo Governo Federal, que coloca um limite de gastos estatais nos próximos 20 anos. Com a referida emenda, consequentemente, levará ao sucateamento de políticas sociais, em especial nas áreas da saúde e da educação⁽⁸⁾. Em um cenário no qual a saúde vem sendo tratada como mercadoria, os indivíduos terão acesso a qualidade de atenção equivalente ao que poderão pagar, com evasão das classes populares⁽⁹⁾, o que expõe a PSR, nesse caso, a um grande risco de serem desassistidos ou assistidos exclusivamente por ações de caridade.

No Brasil a saúde ainda é direito de todos e dever do Estado, conforme disposto na Constituição de 1988⁽¹⁰⁾. Além disso, a PNPSR⁽³⁾ traz no art. 7 a intenção de “assegurar o acesso amplo e seguro a serviços e programas de saúde, educação, moradia, dentre outros; garantir a capacitação de profissionais e gestores para atuarem no desenvolvimento de políticas públicas; e implementar centros de referência especializados para atendimento da PSR”.

A implementação desses serviços passou a ser apoiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) a partir de 2010. Dentro dos serviços de média complexidade, temos o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que é ofertado no Centro de Referência Especializado para Atendimento à População em Situação de Rua (Centro POP). Esse serviço atende especificamente a PSR. Além disso, conta com um espaço para convívio grupal, social e para desenvolvimentos de relações pautadas na solidariedade, afetividade e respeito, no intuito de proporcionar vivências que alcancem autonomia, organização, mobilização e participação social. O serviço também auxilia na elaboração de projetos de vida e reintegração social e/ou familiar⁽¹¹⁻¹²⁾.

Frente ao exposto até aqui, ratificamos que a PSR merece atenção, assim como sua trajetória de vida, o que a levou a estar nessa situação, seus conflitos, lutas diárias, preconceitos enfrentados e, principalmente, entender a sua visão sobre a saúde. Assim, é possível compreender o papel relevante da rede assistencial, dos profissionais e das equipes envolvidas nesse processo de cuidado. Compreende-se, consequentemente, a importância em se considerar as características do grupo e de se responder às suas necessidades a partir de ações intersetoriais coordenadas pela Atenção Primária à Saúde passando pelos pontos da rede conforme forem as demandas. Sem dúvidas, não se pode desconsiderar que é real o protagonismo da enfermagem (e de outras modalidades profissionais) nesse processo⁽¹³⁾.

A literatura científica aponta a dificuldade da efetiva aproximação e inserção dos serviços de saúde no cuidado a PSR, como verificado em revisão integrativa^(2,6). Dentre as dificuldades destacam-se as situações de preconceito e discriminação, pouca sensibilidade e preparo dos profissionais ao lidarem com pessoas que apresentam situações de vida tão complexas e que demandam uma forma de cuidar singular, assim como a necessidade de uma melhor articulação entre os diversos setores do estado e da sociedade⁽⁶⁾.

A aproximação com a PSR, à articulação das suas vivências com os aspectos políticos, sociais, organizacionais e econômicos da saúde brasileira, bem como das suas experiências com serviços de saúde podem auxiliar os profissionais de saúde a repensar suas práticas profissionais e iluminar lacunas de produção científica para propulsão de políticas públicas voltadas para essa população. Frente ao exposto, o presente estudo interroga: o que as pessoas em situação de rua pensam sobre saúde e sobre os atendimentos recebidos nos serviços de saúde?

OBJETIVOS

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.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas, conforme previsto na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, foi autorizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social do município estudado. Salienta-se ainda que os participantes entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram participação voluntária no estudo.

Referencial Teórico Metodológico

Se apoia no referencial teórico metodológico da Saúde Coletiva, a qual tem a saúde como direito fundamental para exercício da cidadania e a reafirma como um direito de todos e dever do Estado⁽¹⁴⁾.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que se interessa pelos significados construídos socialmente. Foi utilizado o instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para orientação da metodologia.

Procedimentos metodológicos

As entrevistas foram realizadas no Centro Pop, em local privativo e com duração média de 40 minutos, por uma das pesquisadoras, aluna de graduação em enfermagem, que possuía experiência prévia com esse tipo de estudo. Frente ao caráter transitório de participação do grupo de PSR que utiliza o dispositivo de assistência em que as entrevistas foram realizadas, foi pertinente que ocorressem no momento em que fossem contatados, sendo assim, não foi possível a devolutiva do material analisado. As conversas foram registradas em gravador digital e transcritas na íntegra, o que possibilitou a leitura flutuante e exaustiva do material, buscando captar os aspectos relevantes para responder os objetivos da pesquisa. Para análise foi feito o agrupamento por temas.

Cenário do Estudo

O estudo foi realizado em um serviço especializado de atendimento à pessoas em situação de rua, Centro POP, de um município do interior do estado de São Paulo.

Fonte de dados

Os dados foram produzidos pela participação de pessoas, de ambos os sexos, em situação de rua e que frequentavam durante o período da pesquisa o Centro POP. Outra fonte de dados foi o registro em diário de campo. A quantidade de participantes foi definida por amostragem intencional e saturação a partir de critérios de inclusão: pessoas maiores de 18 anos e estar no Centro POP. Os critérios de exclusão: referir estar sob efeito de álcool e/ou outras drogas. Caso a pessoa estivesse sob efeito de alguma dessas substâncias, a entrevista não era realizada, porém

em nenhum momento isso aconteceu. No total, 10 pessoas participaram do estudo.

Coleta e organização dos dados

A técnica de produção dos dados se deu através de unidades de registro (entrevista e diário de campo). As entrevistas ocorreram durante os meses de outubro a dezembro de 2017 e utilizamos um roteiro semiestruturado para disparar o diálogo. O diário de campo, utilizado antes e após as entrevistas, assegurou que detalhes observados, impressões, conversas e sentimentos vivenciados pudessem proporcionar reflexões posteriores e complementar a análise⁽¹⁵⁾.

Análise dos dados

Como estratégia de organização para análise do material empírico utilizou-se a análise de conteúdo temático⁽¹⁶⁾. O material produzido foi organizado em unidades temáticas e a seguir agrupado em temas, partindo-se de um quadro em que as falas foram dispostas a partir de cada entrevista, buscando preservar o contexto das mesmas, aproximando ideias e destacando diferenças e singularidades. Foi utilizada a abreviação "E" para entrevistado (a), seguido de números de um a dez, de acordo com cada participante da pesquisa.

Por fim, o material foi interpretado sendo confrontado a literatura científica e à luz do referencial da Saúde Coletiva. Devido à necessidade de organização dos dados para a apresentação do artigo, foi realizado um cruzamento das falas, construindo o texto através do que foi dito pelos participantes e o que é evidenciado pela literatura. Os enunciados foram recortados e agrupados em temas: "o ter saúde para a população em situação de rua", "a busca por serviços de saúde" e "ser atendido em serviços de saúde sob a ótica de pessoas em situação de rua".

RESULTADOS

A caracterização do grupo revelou que a idade do grupo entrevistado variou de 23 a 67 anos, sendo 3 mulheres, de 23 a 29 anos, e 7 homens, de 28 a 67 anos. Do referido grupo, 5 pessoas eram solteiras, 2 divorciadas e 3 em união estável. Com relação à escolaridade, 3 possuíam ensino fundamental incompleto e 2 fundamental completo, 2 ensino médio incompleto, 2 ensino médio completo e 1 referiu nível universitário incompleto.

O tempo em situação de rua, das pessoas entrevistadas, variou entre 3 meses e 20 anos. Segundo elas, as razões principais que as levaram a viver nas ruas eram: o desemprego, uso de álcool e outras drogas e rompimento de laços familiares, elementos que corroboram com achados de outro estudo⁽¹⁷⁾.

Desmistificando o pensamento de que a PSR é composta apenas por 'pedintes' e desocupados⁽⁵⁾, a nossa pesquisa confirma que 7 dos participantes realizam alguma atividade laboral como fonte de renda. Mesmo sendo em sua maioria trabalhos informais ("bicos"), os serviços são voltados às áreas de: construção civil, descarregador, entregador de panfletos, entre outras funções. Além disso, 2 pessoas referiram serem beneficiárias do Programa Bolsa Família sendo utilizada, portanto, como fonte de renda e 1 entrevistado referiu ser aposentado.

Com relação à busca por serviços de saúde, 2 participantes referiram acompanhamento contínuo e os demais referiram procurar atendimento clínico apenas em urgências. Com relação às suas experiências em serviços de saúde, os participantes do estudo revelaram vivências positivas e negativas.

A seguir apresentaremos os núcleos temáticos que foram construídos na análise temática de dados, sendo eles: “O ter saúde para a população em situação de rua”, “A busca por serviços de saúde” e “Ser atendido em serviços de saúde sob a ótica de pessoas em situação de rua”.

O ter saúde para a população em situação de rua

Os participantes trouxeram a sua perspectiva sobre saúde, sendo compreendida como ausência de doença, assim como qualidade de vida considerando aspectos que permeiam o cotidiano e hábitos de vida. No enunciado abaixo é possível verificar a compreensão de saúde como ausência de doenças, dores e agravos:

É você estar bem, não sentir dor nenhuma. Você estar bem, isso pra mim é saúde. (E4)

Eu acho que saúde é tudo né [...]. Solidão é brava e tal, mas pelo menos se ele tem saúde [...]. Como diz o outro 'não tem dinheiro, não tem nada, mas tem saúde, né, tá bom [...]. A saúde eu acho que a gente ajuda muito ela né, se você não fizer extravagância. (E7)

Observa-se a saúde associada ao risco de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), conforme o enunciado seguinte:

Ah, é tudo. Tem que se cuidar né. Porque o risco de contaminação [HIV] é muito grande. (E2)

Contraopondo os depoimentos anteriores, a seguir apresenta-se a visão de saúde como algo que extrapola o físico/biológico:

A saúde não é só o que tá dentro da gente não, é qualidade de vida também, [...]. Uma boa alimentação, andar sempre limpo... Manter uma higiene pessoal também faz parte de uma boa saúde [...]. (E1)

Pra mim ter saúde eu preciso primeiramente de Deus, segundo eu preciso de um emprego [...] assim, a gente pode cuidar melhor né, da nossa saúde. (E5)

É viver bem, mental e corporal. Se alimentar bem. É... Psicologicamente bem. E de bem com a família, [...] a saúde do ser humano é a família [...]. (E8)

Os participantes também identificaram a saúde como algo relevante na vida do ser humano, sendo “tudo” ou o caminho ao “tudo”.

Saúde é tudo, sem ela, se a pessoa não tem saúde, não tem nada [...]. O resto a gente consegue depois. (E2)

Que com ela [saúde] você adquire o restante... Adquire tudo que você der conta. (E10)

A busca por serviços de saúde

A maioria dos participantes relatara o não acompanhamento em serviços de saúde e que a procura ocorre apenas em casos de extrema necessidade, buscando nos serviços o atendimento para suas demandas, alívio e manejo da dor:

É, não é assim? Só quando tô sentindo dores assim, alguma coisa. (E2)

[...] Só vou mesmo quando tô ruim [...] quando não ta aguentando mais. (E3)

Só fui no médico quando eu tive fraturas, quando eu tive doenças mais graves, igual pneumonia [...]. (E5)

Dá um jeito de não ir o máximo possível. Mas no último caso, tem que ir né, não tem jeito. (E6)

Não porque aquilo é igual fome né, você procura a hora que tá. (E7)

Me internaram que eu peguei tuberculose. (E9)

Outros participantes afirmaram acompanhamento com maior frequência:

[...] Eu faço tratamento na UETDI [...]. (E1)

Tudo mês [frequência de acompanhamento]. (E9)

Ser atendido em serviços de saúde sob a ótica de pessoas em situação de rua

Ao viver na rua, o indivíduo se vê estigmatizado e adota uma postura e comportamento baseado no contexto que está inserido.

Um dos participantes relatou que para ser atendido no serviço de saúde, deve-se adotar uma postura de seriedade e, por vezes, até agressiva:

[...] Você vive na rua então é [...] você tem que ser claro e direto [...] tipo meio agressivo. [...] A pessoa olha pra sua cara, vê que você [...] precisa daquilo. Então eles pega e te atende rápido pra você sumir da frente deles. Mas que é bom, não. Mas eles atende a gente. (E6)

Outros identificaram que deve ocorrer uma troca na maneira de se relacionar com o profissional, para que o atendimento aconteça de forma efetiva:

[...] É uma troca... eu te dou respeito pra ser respeitado, independente do problema de saúde que você tem. (E1)

[...] Porque tem muitos moradores de rua que são muito ignorantes, não merecem um bom atendimento. (E2)

O enunciado abaixo mostra a compreensão do sujeito em que o adoecimento acabou se tornando um círculo vicioso e a melhora só surgirá com mudanças na realidade do seu contexto social.

[...] A gente que é morador de rua cê vai fazer o que? Não tem onde se esconder, cê tem que voltar de novo pra rua. Aí chove, você

toma chuva, você toma friagem [...]. Eles não tem culpa, é verdade, eles não tem culpa. Mas e nós vão ter culpa de ta jogado na rua? Acabei de sair do posto [...] começa a chover, não tem lugar pra se esconder [...]. Ai o que eu tomei lá de soro, remédio vai fazer o quê? Vai fazer algum efeito? Num vai. (E3)

Com relação ao tratamento recebido durante a visita ao serviço, falas apontam algum tipo de discriminação por parte da equipe de saúde:

Isso a gente vive direto, discriminação né [...]. (E5)

Já na maioria desses postos aí, não todas as atendente, mas algumas delas fazem esse tipo de situação [...] com morador de rua. (E8)

Outros acreditam que o serviço faça distinção de atendimento entre a PSR e pessoas com endereço de moradia fixa, interferindo no comportamento do profissional que presta atendimento:

[...] Que nem nós que é morador de rua a gente percebe o jeito da pessoa atender a gente, com nojo, com má vontade. A gente acaba percebendo isso aí. Porque quando você é uma pessoa da sociedade, o atendimento é diferente. Mas quando você não é mais da sociedade, o atendimento é outro. (E3)

[...] Pra gente que mora na rua, eles trata muito mal, mal. Agora se você chega lá, tudo engomadinho, bonitinho, não, é outra coisa. Agora se eu chego lá desse jeito aqui, eu sou tipo, visto como um bandido. (E6)

Em contrapartida, em algumas falas são trazidas experiências positivas no atendimento:

Sou bem tratado em qualquer hospital, qualquer posto de saúde que eu vou. (E1)

Ah, foi bom. Sempre fui bem atendida, graças à Deus. Nunca sofri preconceito. (E2)

Fui bem atendido, bem recebido. (E8)

Um entrevistado reconhece o tipo de atendimento que deve receber e que há políticas públicas que asseguram esse direito:

[...] Não importa se é mendigo ou não. E o atendimento tem que ser de igual pra igual. [...] Imagina você colocar uma coisa em papel e chegar lá na hora de fazer mesmo, num sai do papel. Fica só no papel. [...]. Isso nunca sai do papel. (E3)

Ao final da entrevista foi registrado, em diário de campo, uma conversa com o E6, o qual perguntou para a pesquisadora sobre o seu real interesse para realização da pesquisa com a população em situação de rua. Esse momento sugere inúmeras reflexões, seja no âmbito das respostas institucionais ofertadas pelos equipamentos às populações historicamente negligenciadas e culpabilizadas por sua própria condição, seja pelo cotidiano da vida em que levam, associada à estigmatização que constrói realidades diversas nas vidas dessas pessoas, ou ainda no que envolve o exercício de autonomia dessa população, que transgride as formas de vida normalizadas socialmente. Refere para a

entrevistadora que a “gravação”, o “papel”, não eram nada e o que era relevante é o “olho no olho”, que só se sabe a verdade quem conhece a vivência. Argumentou sobre a prática do profissional de saúde, ressaltando que não bastava que uma única pessoa se importasse (pesquisadora), mas que outras, que compõem o mesmo ambiente acadêmico, deveriam se aproximar dessa realidade. Discorreu que, por vezes, o “recém-formado” é influenciado pelo ambiente de trabalho e perde a visão de “saúde de qualidade para todos”, transformando-se em mais um que trata de modo desigual, indiferente e faltando com respeito, como alguns profissionais o fazem.

DISCUSSÃO

Com alguns participantes do presente estudo, observou-se uma compreensão sobre saúde para além da ausência de doença. O ter saúde é citado como não estar doente ou não sentir dor, mas também é referido de modo interligado a ter qualidade de vida, ter um emprego, uma família, aproximando aspectos que englobam as necessidades de saúde⁽¹⁸⁾ do ser humano, necessidades essas que estão negligenciadas no contexto de vida da PSR.

A Organização Mundial da Saúde⁽¹⁹⁾ definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo assim não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Apesar de ser uma definição avançada para época, percebem-se críticas quanto a esse conceito, pois é inatingível para grande parte da população, ainda mais aqueles que se encontram face ao descaso estatal e vulnerabilidades sociais, como a PSR. A Lei Orgânica brasileira avança nessa definição e alerta ao fato de que os níveis de saúde vão expressar a organização social e econômica do país. Assim, a saúde é marcada por determinantes e condicionantes como, por exemplo, alimentação, moradia, saneamento básico, renda, lazer e acesso aos bens e serviços (LEI 8.080/90)⁽²⁰⁾. Nesse sentido, é válido pensar que entre indivíduo e sociedade sempre haverá uma zona de tensão, assim não há como pensar em completo bem-estar social, a conquista da plena satisfação é inviabilizada. Por isso, a saúde pode ser considerada um estado de razoável harmonia entre sujeito e sua própria realidade⁽²¹⁾.

A pessoa que passa a viver em situação de rua enfrenta um ambiente vulnerável, diferente e hostil, que pode recompô-la como nova pessoa e novo meio social, por ter presente no dia-dia situações de violência, fome e medo, decorrentes de situações como falta de casa, dinheiro, emprego fixo, documentos indispensáveis à cidadania, acesso à educação e até mesmo encontrarem dificuldade em receber cuidados de saúde⁽²²⁾. Também é necessário enfrentar a solidão, medo, angústia e insegurança. O E3, ao relatar sua solidão nas ruas, dá visibilidade ao primeiro sentimento que acomete a pessoa em situação de rua⁽²²⁾. Destaca-se que, para produção de cuidado dessas pessoas, é necessário interrogar a noção de vulnerável, enquanto frágil, necessitado de auxílio e que não sabem cuidar de si mesmas, pois nessa perspectiva o saber do especialista está em destaque em detrimento do saber dessas pessoas, desqualificando a maneira como essas pessoas cuidam de si mesmas e organizam suas vidas⁽²³⁾. Enquanto que, na realidade, são pessoas resilientes, com muita sabedoria sobre suas vidas, os modos de enfrentar a vida nas ruas, suas adversidades e que possuem diversas experiências e vivências.

Os aspectos apresentados pelos participantes como definição de saúde, como família, espiritualidade, saúde mental, condições de alimentação, higiene, trabalho, pedem uma escuta atenta dos profissionais em postura de diálogo e não de juízo de valores.

Alguns participantes (E3, E5, E6, E8) destacam a discriminação que sofreram ao procurarem atendimento nos serviços de saúde. Estudos apontam que o atraso e dificuldade em procurar atendimento se deve ao preconceito e discriminação sofridos pela condição de higiene, vestimentas, odor fétido, falta de documentação para identificação e cadastro, além de episódios anteriores de mau atendimento e até proibição de entrarem em estabelecimentos públicos^(5-6,24).

Frente a tais situações, os relatos juntamente com a literatura apontam que estas pessoas são desencorajadas a procurar e inserir-se nos serviços de saúde, o que torna a sua busca para atendimento apenas quando já não suportam os sintomas. Casos de atropelamento, quedas, brigas e problemas de saúde relacionados ao sistema respiratório são as causas de maior procura pelos serviços de saúde, sendo as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Emergência os serviços mais utilizados, sugerindo dificuldade em promover acompanhamento de saúde destas pessoas. Dessa maneira, o modo como os serviços estão organizados para receberem a PSR, juntamente com a percepção da pessoa em situação de rua de que deve procurar ajuda somente em situações mais graves - de urgência ou emergência - demonstram a influência do modelo biomédico com um cuidado focado em sinais e sintomas das doenças, pouco integral, ampliado e sem a sua centralidade na pessoa^(5,16,25-26).

Apenas 2 entrevistados (E1 e E9) referem acompanhamento em serviços de saúde e ambos são portadores de HIV. Isso, junto à fala do E2, que associa a visão de saúde ao risco de contaminação por HIV, leva a reflexão sobre o motivo da busca pelo serviço, se é devido a uma causa já estabelecida ou se há interesse em acompanhamento de saúde de modo mais amplo, pois de acordo com algumas referências, às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) estão entre os problemas de saúde mais recorrentes nesta população⁽²⁴⁾. A vida nas ruas se configura uma situação de aumento de discriminação e violência, quando relacionadas entre si, aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e adoecimento por *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS)⁽²⁴⁾.

Em contrapartida, o fato de ter ocorrido à procura pelo serviço de saúde pode indicar o reconhecimento de um cuidado e construção de vínculos⁽²⁴⁾. É interessante notar que as pessoas que buscavam o atendimento já estavam acometidas por agravos, indicando fragilidade na prevenção e promoção da saúde de modo mais amplo.

Na busca pelo serviço de saúde podem-se encontrar obstáculos como: dificuldade de locomoção, falta de perspectiva com o futuro que implica no cuidado à saúde, falta de profissionais qualificados para atendimento a essa população e o próprio receio de sofrer preconceito, como já citado anteriormente⁽⁶⁾. Apesar disso, é relevante destacar que a Portaria MS/GM nº 940, de 28 de abril de 2011, artigo 23, §1º, isenta ciganos, nômades e moradores de rua de apresentarem o endereço do domicílio para adquirirem o Cartão SUS⁽²⁷⁾. Tal medida reflete uma estratégia para minimizar um aspecto que concretiza outra barreira de acesso.

O profissional de saúde tem responsabilidade com a PSR, em especial os da Atenção Básica, uma vez que é a porta de entrada do usuário para o serviço, os mesmos devem priorizar

o acompanhamento das pessoas em situação de rua na rede e produzir o cuidado necessário a eles, sendo o cumprimento de sua ética profissional. Assim como, levar em consideração a dificuldade do acesso à unidade e também dos profissionais em realizar o acolhimento⁽²⁸⁻²⁹⁾. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem devem estar atentos e com um olhar sensível para a PSR, pois em geral são responsáveis pelo acolhimento dos usuários nas unidades de atenção básica e nos demais serviços de saúde.

Pessoas buscam na rua acolhimento, amparo e abrigo, mesmo que sejam expostas a condições inadequadas de saúde, moradia e alimentação⁽²⁶⁾. Como apontado, o adoecimento pode tornar-se um desfecho obrigatório na vida da PSR, isso porque a vida na rua é tanto a causa como a consequência de problemas de saúde. "Há quem vá viver na rua e, por isso, adoça e há quem adoça e, por isso, vá viver na rua"⁽²⁴⁾. A exclusão se intensifica pela falta de acesso aos trabalhos formais, educação de boa qualidade e, também, a serviços de saúde. Consequentemente, faz surgir formas de representação social, que contribui para uma imagem negativa da PSR, interferindo nas atitudes e comportamentos dos profissionais que prestam o atendimento e prejudicando o processo de cuidar^(16,29).

No depoimento relatado no diário de pesquisa, em que a pessoa entrevistada afirma que o recém-formado é influenciado de forma negativa e repete o comportamento de outros profissionais, aponta para a necessidade de estratégias que possam evitar que isso ocorra. Um estudo aponta a importância do desenvolvimento de atividades com escuta atenta dessa população, envolvendo estudantes e profissionais⁽³⁰⁻³¹⁾.

Observa-se que alguns participantes trazem a crença de que o atendimento ocorrerá de acordo com o seu comportamento, surgindo assim outras formas de representação social. O E6 fala que em situações que revela a necessidade de atendimento, o mesmo assume uma postura "meio agressiva", mostrando que realmente necessita do serviço. Já os participantes 01 e 02 apontam a percepção de troca e mérito, no qual para ser respeitado é necessário respeitar primeiro.

A abordagem e o acolhimento são essenciais para produzir cuidado à PSR, visto que a exclusão acontece inclusive nos serviços de saúde, onde sua presença, por vezes, é incômoda tanto para os profissionais, como para os demais usuários, sendo renegado quase sempre o direito à atenção integral em saúde⁽²⁴⁾.

Contrapondo as falas de discriminação, três dos participantes afirmam experiências positivas nos atendimentos em saúde. No entanto, conforme problematiza o estudo⁽¹⁷⁾, é salutar pensar se a satisfação por parte da PSR seria decorrente do fato de conseguirem atendimento e da baixa expectativa apresentada por eles, o que gera padrões menos exigentes. Outro ponto é que muitas vezes o atendimento é visto como uma caridade ou mérito e não um direito, como mostrado na fala do E2 sobre ter moradores de rua que não merecem bom atendimento.

Partindo da concepção de saúde como direito, é necessário buscar meios que possam atender as necessidades deste público, como a definição de unidades de saúde como referência para o atendimento à PSR, estabelecendo um fluxo entre elas e as instituições da rede de proteção social, também entre a capacitação e sensibilização de profissionais de saúde. Os profissionais de saúde necessitam de uma abordagem diferenciada, ferramentas e estratégias que poderão subsidiar as equipes na abordagem

dessa população específica⁽²⁷⁾. Esforços nessa direção vêm sendo realizados em algumas experiências^(1,30).

Ainda em relação à atuação profissional, é importante retomar registros em diário de campo em que revela apreensões sobre a prática profissional e o modo como está estruturada a formação acadêmica do profissional de saúde. Sem dúvidas existem fragilidades no processo de formação e a temática vulnerabilidade social nem sempre é abordada nos cursos de enfermagem e da saúde, quando é, ocorre de predomínio teórico e superficial. O tema precisa ser discutido, atentando-se ao contexto socioeconômico e cultural das pessoas, em prol do cuidado integral e humanizado. A existência de espaços acadêmicos oportunos para se aproximar desta e outras realidades que por vezes são ocultas, é primordial. As atividades de extensão em que há contato com a comunidade também são de suma importância, pois garantirá que o aluno perceba suas necessidades individuais e coletivas, levando-o como futuro profissional, discutir prevenção e promoção da saúde de acordo com a realidade das pessoas, aproximando-os e ampliando a visão de corresponsável pela saúde da população de dado contexto, nesse caso da PSR⁽³²⁾.

Outro aspecto que desdobram dessas reflexões ampliam para além do caráter de conquista com a aprovação de políticas. A ideia de uma aparente garantia de inclusão ofertada pelas mesmas é um perigo. Dito isso, é imprescindível reconhecer que por vezes, essas não saem do papel⁽³³⁾. Por outro lado, também deve reconhecer a existência de uma distorção no que envolve a compreensão da pobreza e seus desdobramentos no reforço da exclusão, bem como o não reconhecimento da cidadania e direitos do outro, tornando distintos os acessos aos serviços, demonstrando que ainda há muito que se fazer para de fato assegurar o cuidado à saúde dessa população.

Assim, faz-se necessário que todos envolvidos no cuidado da PSR, assim como as próprias pessoas em situação de rua, enxerguem a saúde (com tudo o que ela engloba na visão da PSR – ausência da dor, alimentação, trabalho, qualidade de vida, vínculos familiares, espiritualidade etc.) como um direito e não como caridade ofertada. Ao considerarmos que a enfermagem afirma como centro de sua prática o cuidar, faz-se necessário o reconhecimento das várias faces que a compreensão do que é ter saúde possa apresentar, além da compreensão da força do contexto, da cultura, das condições sociais sobre o estado de saúde.

Limitações do estudo

Um limite do estudo é sua realização em estabelecimento que acolhe essa população, talvez se fossem entrevistadas pessoas nas ruas ou em serviços de saúde teríamos outros olhares. Outra limitação é que não foi consideradas as especificidades como raça/cor, etnia e gênero, visto que essas singularidades poderiam contribuir para aprofundar reflexões.

Contribuições do estudo

A relevância deste estudo está pautada na importância de apresentar o entendimento que as pessoas em situação de rua

têm sobre os atendimentos em serviços de saúde, dando voz a elas, para que a enfermagem e outras áreas da saúde possam reconhecê-las em sua totalidade, de maneira a prestar um acolhimento e atendimento de qualidade.

Sobre os aspectos inovadores oferecidos pela presente produção está à escuta dessa população em sua visão sobre a saúde e sobre os atendimentos. É válido destacar ainda que as estratégias que valorizam acolhimento, vínculo e que reconhecem diferentes projetos de vida, possuem potencial robusto e inovador para os resultados associados ao bem estar social, em especial a PSR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que as pessoas em situação de rua têm percebido sua saúde além do aspecto biologicista, ou seja, apresentado por ausência de doenças, enxergando-a na qualidade de vida e em aspectos necessários a essa. Com relação às experiências na assistência em saúde, 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 procurem os serviços de saúde apenas em situações emergenciais. Além disso, os serviços nem sempre se encontram preparados para o acolhimento a essa população, não compreendendo suas necessidades de cuidado. Entretanto, deve-se levar em consideração a complexidade do cuidado envolvendo a PSR.

É importante reconhecer o impacto das políticas públicas, mas também garantir a possibilidade deste grupo reconhecer e ser reconhecido como seres de direitos, cabendo ao Estado, profissionais de saúde e a todos que possam estar envolvidos direta ou indiretamente em seu cuidado, garantir esses direitos. Faz necessário que o profissional de saúde, inclusive a enfermagem, amplie o olhar à saúde e contribua para atendimentos mais holísticos e humanizados para com essa população. Acredita-se que essa discussão em torno da PSR deva ser abordada desde a formação dos futuros trabalhadores da saúde, além da importância da educação permanente nos serviços de saúde em relação a tal população que demonstra ser invisível.

Estimamos que outros estudos possam ser realizados como a escuta dos trabalhadores de saúde que prestam cuidados a esta população, pois seria de importante valia para compreensão das necessidades da PSR e das concepções que guiam as práticas em saúde.

FOMENTO

Agradecemos ao CNPq/PIBIC pelo apoio financeiro através da concessão de bolsa de Iniciação Científica, ao CNPq pela bolsa Mestrado e Doutorado e ao Programa de Aperfeiçoamento e Capacitação de docentes e técnicos da Universidade do Estado da Bahia (PAC – DT).

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos participantes do estudo, ao Centro POP e funcionários que contribuíram para a sua realização.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta MM. The homeless population in Porto Alegre. *Civitas*. 2019;19(1):82-104. doi: 10.15448/1984-7289.2019.1.30905
2. Omerov P, Craftman AG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28:1-11. doi: 10.1111/hsc.12857
3. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2009 [cited 2019 Feb 22]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Pesquisa estima que o Brasil tem 101 mil moradores de rua. IPEA [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 14]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29303
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população em situação de rua: um direito humano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2014 [cited 2019 Jan 23]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf
6. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 1):684-92. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0547
7. Gray HM, Nelson SE, Shaffer HJ, Stebbins P, Farina AR. How do homeless adults change their lives after completing an intensive job-skills program? a prospective study. *J Community Psychol*. 2017;45(7):888-905. doi: 10.1002/jcop.21900
8. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Const [Internet]*. 2017 [cited 2018 Sep 20];4(1):259-81. Available from: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289/31682>
9. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601
10. Congresso Nacional (BR). Constituição de 1988: Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.
11. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2011 [cited 2019 Jan 11]. Available from: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf
12. Gomes DF, Elias FTS. Public policies of social assistance for homeless people: document analysis. *Com Ciênc Saúde [Internet]*. 2016 [cited 2018 Sep 22];27(2):151-158. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/politicas_publicas_%20assistencia_%20social.pdf
13. Van Wijk LB, Mângia EF. Health care for Homeless People by the Network of Psychosocial Attention of Sé. *Saúde debate*. [Internet]. 2017; 41(115):1130-1142. doi: 10.1590/0103-1104201711511.
14. L'Abbate S. The history of Collective Health in Brazil: analysis of its political and educational policies in articulation with Institutional Analysis. *Mnemosine [Internet]*. 2018 [cited 2019 May 30];14(2):236-262. Available from: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41691/pdf_386.
15. Flach DMA, Andrade M, Abrahão AL, Ribeiro WA, Abrantes CM, Tavares CMM. O diário como ferramenta de trabalho na análise institucional – a escrita implicada em um serviço de gestão em saúde. *Rev Pró-UniverSUS [Internet]*. 2017 [cited 2019 Feb 05];08(1):44-7. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/888>.
16. Minayo MCS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2001. 80 p.
17. Barata RB, Carneiro-Jr N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde Soc*. 2015;24(Supl.1):219-232. doi: 10.1590/s0104-12902015s01019
18. Domingues F, Lima BM, Masi NT, Duarte LR. Perception of professionals of the family health strategy on the population health needs. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba*. 2018;20(2):86-91. doi: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a6
19. World Health Organization (WHO). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) [Internet]. 1946. [cited 2018 Oct 05]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
20. Ministério da Saúde (BR). Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do SUS. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
21. Segre MO. Conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública [Internet]*. 1997 [cited 2018 Oct 22];31(5):538-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>
22. Villa EA, Pereira MO, Reinaldo MAS, Neves NAP, Viana SMN. Sociodemographic profile of women in street situation and vulnerability for the use of psychoactive substances. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(5):2122-31. doi: 10.5205/1981-8963-v11i5a2336p2122-2131-2017
23. Paulon SM, Romagnoli R. When vulnerability becomes power (Potentia). *Interação Psicol*. 2018;22(03):178-87. doi: 10.5380/psi.v22i3.56045
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua [Internet]. Brasília (DF):2012 [cited 2019 Feb 20]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf

25. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(8):2595-606. doi: 10.1590/1413-81232015218.06892015
 26. Silva ICN, Santos MVS, Campos LCM, Silva DO, Porcino CA, Oliveira JF. Social representations of health care by homeless people. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2018;52:e03314. doi: 10.1590/s1980-220x2017023703314
 27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde [Internet]. 2011 [cited 2019 Mar 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html.
 28. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Mission and effectiveness of Outdoor Clinics (Consultórios na Rua):na experience of consensus production. *Saúde debate [Internet]*. 2017; 41(114):963-975. doi: 10.1590/0103-1104201711423.
 29. Abreu D, Oliveira WF. Healthcare of the people living in the streets: a challenge for the Street Clinic and for the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00196916. doi: 10.1590/0102-311X00196916
 30. Pereira AGC, Gomes ID, Abreu LDP, Basílio FRF, Magalhães RM, Moreira FJF, Castro FM, Santos ML, Matos FB, Sampaio JV. The silence which screams in the center: a look at living with the population in the street situation. *Cadernos ESP. Ceará [Internet]*. 2019 [cited 2020 Jan 13];13(1):83-93. Available from: <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/172/166>.
 31. Campos A. Homeless population: a view from interprofessional education to the non-visible. *Saúde Soc*. 2018;27(4):997-1003. doi: 10.1590/S0104-12902018180908.
 32. Trindade LL, Ferraz L, Ferraboli SF, Rubini B, Saldanha CT, Bordignon M, et al. A Formação Profissional na orientação da assistência aos grupos vulneráveis na Atenção Básica. *Rev Enferm UFSM*. 2015; 5(2):368-378. doi: 10.5902/2179769213738
 33. Serafino I, Luz LCX. Policies for the adult population living on the streets: questions for debate. *Rev Katál*. 2015;18(1):74-85. doi: 10.1590/1414-49802015000100008
-