

No limite da dor: percepções do cuidado em saúde para pessoas em situação de rua



At the limits of pain: perceptions of health care for people experiencing homelessness
En el límite del dolor: percepciones del cuidado en salud para personas en situación de calle

Marília Bittencourt de Azevedo^a
 Savannah Leitzke Carvalho^b
 Cíntia Nasi^b
 Louise Gabrielle de Mattos^b
 Lisiane Vieira dos Santos^b
 Saul Ferraz de Paula^a
 Lucas Henrique de Rosso^a

Como citar este artigo:

Azevedo MB, Carvalho SL, Nasi C, Mattos LG, Santos LV, Paula SF, et al. No limite da dor: percepções do cuidado em saúde para pessoas em situação de rua. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250164. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250164.pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender as necessidades de saúde e as principais formas de acesso à assistência em saúde pela população em situação de rua.

Método: Trata-se de um estudo qualitativo sob o referencial teórico da fenomenologia social realizado em Porto Alegre/RS com 12 entrevistados entre outubro e novembro de 2024. As entrevistas foram submetidas a análise fenomenológica.

Resultados: Evidenciam-se necessidades relacionadas à prática sexual, alimentação, boa capacidade física, espiritualidade e gestão do autocuidado. Também se destaca o uso de drogas para lidar com a dor e com sentimentos de desesperança. O uso de drogas não é visto como uma questão de saúde. O consultório na rua é o serviço de maior vínculo com a população e as emergências hospitalares são locais procurados em momentos agudos.

Considerações finais: As necessidades são ancoradas em sobrevivência básica, com barreiras relacionadas ao uso de drogas e ao estigma. As principais formas de acesso a serviços de saúde são pelo Consultório na Rua e através da emergência hospitalar.

Descritores: Pessoas em situação de rua; Condições de saúde; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Desigualdade em Saúde; Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the health needs and the main forms of access to healthcare among people experiencing homelessness.

Method: This is a qualitative study based on the theoretical framework of social phenomenology, conducted in Porto Alegre/RS with 12 participants between October and November 2024. The interviews were subjected to phenomenological analysis.

Results: Needs related to sexual practices, nutrition, good physical capacity, spirituality, and self-care management were identified. Drug use to cope with pain and feelings of hopelessness is also highlighted. Drug use is not perceived as a health issue. The "Consultório na Rua" (Street Clinic) is the service with the strongest bond with this population, and hospital emergency services are sought during acute situations.

Final considerations: The needs are grounded in basic survival, with barriers related to drug use and stigma. The main forms of access to healthcare services occur through the Street Clinic and hospital emergency services.

Descriptors: Homeless Persons; Health Conditions; Nursing; Qualitative Research; Health Inequities; Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las necesidades de salud y las principales formas de acceso a la atención sanitaria por parte de la población en situación de calle.

Método: Se trata de un estudio cualitativo basado en el marco teórico de la fenomenología social, realizado en Porto Alegre/RS con 12 participantes entre octubre y noviembre de 2024. Las entrevistas fueron sometidas a análisis fenomenológico.

^a Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos de Vento, Curso de Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resultados: Se evidencian necesidades relacionadas con la práctica sexual, la alimentación, una buena capacidad física, la espiritualidad y la gestión del autocuidado. También se destaca el uso de drogas para afrontar el dolor y los sentimientos de desesperanza. El uso de drogas no es percibido como un problema de salud. El “Consultório na Rua” (Consultorio en la Calle) es el servicio con mayor vínculo con esta población, y los servicios de emergencia hospitalaria son buscados en situaciones agudas.

Consideraciones finales: Las necesidades están ancladas en la supervivencia básica, con barreras relacionadas con el uso de drogas y el estigma. Las principales formas de acceso a los servicios de salud se dan a través del Consultorio en la Calle y de los servicios de emergencia hospitalaria.

Descriptores: Personas en situación de calle; Condiciones de salud; Enfermería; Investigación cualitativa; Desigualdad en salud; Atención sanitaria.

■ INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 é fundamental para garantir os direitos sociais, como saúde, educação, trabalho e moradia, tendo promovido avanços universalistas e de segurança no Brasil. Todavia, é notório que, independentemente da importância que a Constituição possui para a democracia constitucional, ainda se observam lacunas relacionadas à cultura política e à falta de estruturação e regulamentação, as quais fizeram com que a vulnerabilidade social fosse um agravamento na realidade contemporânea⁽¹⁾.

Dentre as vulnerabilidades sociais existentes, evidencia-se a existência da população que vivencia a situação de rua (PSR), a qual é marginalizada, de maneira geral, pela sociedade e convive diariamente com a invisibilidade imposta pela falta de compromisso estatal. Diante desse apagamento social, há consequências para este público no que tange à precariedade da implementação de políticas públicas voltadas para a avaliação de suas necessidades, com foco na dimensão social, educacional e de saúde, a fim de proporcionar um ambiente de possibilidades e dignidade⁽²⁾.

Considera-se PSR o grupo populacional, de origem diversa, em situação de pobreza extrema, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, sem moradia convencional regular, que utiliza o espaço público, unidades de acolhimento pernoite (albergues) e áreas degradadas como local de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente⁽³⁾.

Em 2023, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania divulgou um relatório com dados do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) identificando 221.113 pessoas em situação de rua no Brasil. Também se levantou características dessa população, com maioria de homens (87%), pessoas autodeclaradas pretas (68%, sendo 51% pardas e 17% pretas) e adulta (55% têm entre 30 e 49 anos)⁽⁴⁾.

Observa-se um número relevante de PSR que vivem no Brasil (1 em cada 1.000 pessoas), cabendo

ao Sistema Único de Saúde (SUS) garantir o acesso à saúde dessas populações, com vistas à integralidade do cuidado, considerando suas necessidades e subjetividades⁽⁵⁾. Contudo, práticas assistenciais excludentes, marcadas pela rigidez institucional, baixa tolerância ao uso de substâncias psicoativas e estigmas associados à violência, podem afastar essa população dos serviços de saúde⁽⁶⁾. Como consequência, o acesso ocorre, frequentemente, apenas em situações de agravamento do quadro clínico, demandando atenção de maior complexidade^(6,7).

Paralelamente às barreiras no campo da saúde, observa-se a persistência de ações estatais, entendida pelos autores como ações higienistas, que, com o apoio da segurança pública, promovem a remoção compulsória de pessoas em situação de rua de seus locais de permanência, acompanhada da retirada ou destruição de seus pertences⁽⁷⁾. Nos últimos anos, esse cenário tem sido intensificado por discursos e práticas políticas que reforçam a exclusão social, contribuindo para a invisibilização temporária de um problema estrutural não resolvido⁽⁸⁾.

Diante disto, torna-se fundamental reconhecer a PSR como um conjunto de sujeitos sociais dotados de historicidade, cultura e saberes, superando abordagens tradicionais excludentes⁽⁵⁾. Como possibilidade de escuta dessas vozes dissonantes, de seus diferentes modos de vida e a relação existente com o cuidado em saúde, buscou-se compreender as motivações de suas ações em relação ao cuidado em saúde, com o intuito de mapear suas necessidades em saúde e a ação futura frente a essas percepções.

Apesar da relevância do tema, ainda são escassas as pesquisas qualitativas que, a partir da escuta direta dessa população, buscam compreender suas necessidades em saúde e as formas de acesso aos serviços, especialmente sob a perspectiva do cuidado e da integralidade⁽⁵⁾.

Portanto, este artigo visa compreender as necessidades de saúde e as principais formas de acesso à assistência em saúde pela população em situação de rua.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo de abordagem qualitativa sob referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz. A pesquisa foi realizada no centro da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. No ano de 2025, o município possui 1,39 milhão de habitantes e compreende 5.226 pessoas em situação de rua cadastradas pelo Cadastro Único para Programas Sociais, o qual corresponde a um aumento de 14,8% após às inundações de maio de 2024⁽⁹⁾.

A fenomenologia social de Alfred Schutz tem como fundamento o olhar acerca dos sujeitos no mundo social, a partir de comportamentos motivados, investigando qual a implicação da experiência de um sujeito que vivencia o mundo em uma determinada situação biográfica – conhecimento/vivência – em relação ao significado de uma ação⁽¹⁰⁾. A teoria da ação social é compreendida na perspectiva fenomenológica, a partir dos comportamentos motivados subdivididos em “motivos por que” e os “motivos para”. Os “motivos por que” remetem às experiências passadas dos sujeitos, que estruturam seus esquemas de interpretação da realidade. Já os “motivos para” referem-se às intenções orientadas ao futuro, que direcionam a ação no mundo da vida. Dessa forma, a ação social se constitui na historicidade dos sujeitos, articulando passado e futuro em uma relação intersubjetiva⁽¹⁰⁾.

A pesquisa fenomenológica tem como objetivo o desvelamento do fenômeno da população pesquisada, considerando sua historicidade, cultura e iniquidades, a partir da escuta atenta do que os sujeitos têm a dizer sobre sua vida no mundo cotidiano, assumindo uma proposta pelo pesquisador de não isenção, reconhecendo que o conhecimento é produzido pela interação entre pesquisadores, pesquisados e o contexto social⁽¹¹⁾.

A população estudada é composta por pessoas em situação de rua que vivem no centro da cidade-sede da pesquisa. O estudo contemplou 12 participantes, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos e estar em situação de rua há mais de seis meses. Não foram considerados indivíduos que, no momento da abordagem, apresentassem

sinais evidentes de intoxicação aguda por álcool ou outras substâncias psicoativas, ou alterações significativas do estado mental que comprometessem a compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da capacidade de comunicação. Tais critérios de não inclusão se fundamentam especialmente no resguardo da autonomia dos participantes frente a sua capacidade de consentir em participar da pesquisa, e também no fato de que tal estado impede o sujeito de produzir narrativas compreensíveis e consistentes para possibilitar o desvelamento do fenômeno em sua essência a partir do referencial fenomenológico adotado.

Devido à natureza do estudo, foi utilizado o critério de saturação dos dados, que ocorreu a partir da repetição das informações frente aos elementos buscados para atingir o objetivo do estudo. Sendo assim, entendeu-se que a saturação dos dados foi alcançada e a coleta de dados encerrada com o número de participantes do estudo (n=12).

Os dados foram coletados por uma acadêmica de enfermagem e uma enfermeira com mestrado e experiência assistencial no atendimento psicossocial às pessoas em situação de rua. Antes de começarem as coletas, foram abordados, em formato de reunião com o professor orientador, os pressupostos sobre a coleta de dados em pesquisa qualitativa, considerando as subjetividades na abordagem com as PSR. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2024 por meio de um questionário semiestruturado com perguntas abertas. As entrevistas foram realizadas na região central da cidade, nos locais de moradia dos participantes, e sua seleção foi por conveniência. Para a coleta, não houve intermédio de nenhum serviço de saúde, pois a proposta era justamente compreender a saúde e o acesso ao serviço para além de PSR acompanhados por políticas públicas.

Dentro das condições possíveis do ato de pesquisar na rua, os pesquisadores procuravam o local com menor interferência do ambiente externo para entrevista, bem como se sentavam no chão para estabelecer uma relação de maior proximidade com o pesquisado. Inicialmente, apresentou-se o TCLE, que seria posteriormente assinado pelo sujeito da pesquisa em duas vias, tendo uma ficado com ele e outra com o pesquisador. Em seguida, aplicou-se um questionário para caracterização dos participantes, e na sequência,

o questionário semiestruturado contendo questões abertas relacionadas ao significado de saúde e às dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde em Porto Alegre. As entrevistas, cuja duração oscilou entre 5 e 50 minutos, foram realizadas no centro da cidade, gravadas em áudio com o celular das pesquisadoras e posteriormente transcritas na íntegra no Google Documentos®. Ressalta-se que todos os participantes abordados encontravam-se em plenas condições de compreensão e comunicação.

A análise de dados foi conduzida à luz do referencial teórico-metodológico schutziano, seguindo as recomendações propostas por pesquisadores dessa abordagem fenomenológica⁽¹²⁾. O processo analítico foi realizado de forma colaborativa e complementar por três pesquisadores, visando assegurar rigor metodológico, consistência interna e fidedignidade interpretativa. Primeira etapa – Análise inicial (Pesquisadores 1 e 2): Dois pesquisadores realizaram, de forma independente, leitura compreensiva e aprofundada das transcrições das entrevistas, com o objetivo de identificar as ações sociais expressas nos discursos dos participantes. Segunda etapa – Validação analítica (Pesquisador 3): Um terceiro pesquisador procedeu à leitura analítica e revisão interpretativa do material previamente codificado, a fim de validar as interpretações e assegurar a consistência do processo.

O processo de análise obedeceu às seguintes etapas operacionais:

1. Leitura atenta e imersão nos dados: leitura exaustiva do material transcrito para apreensão da situação vivenciada pelos participantes;
2. Identificação das ações sociais: reconhecimento das ações presentes nos discursos, considerando o contexto e a intencionalidade dos sujeitos;
3. Agrupamento temático: organização dos fragmentos discursivos que apresentavam características semelhantes, segundo critérios de afinidade temática;
4. Categorização conceitual: construção de duas categorias concretas de análise, fundamentadas na codificação dos discursos segundo as categorias analíticas schutzianas:
 - **Categoria 1** – “Necessidades em Saúde”: relacionada aos “motivos por que”, referindo-se às experiências pregressas que fundamentam as percepções

e principais necessidades em saúde identificadas pelos participantes;

- **Categoria 2** – “Principais formas de acesso à saúde”: relacionada aos “motivos para”, compreendidos como projeções intencionais voltadas à ação futura, expressas nos locais de assistência em saúde buscados para atender suas demandas;
5. Interpretação fenomenológica: análise interpretativa dos significados das ações contidas nos fragmentos discursivos, subdivididos nas duas categorias estabelecidas⁽¹²⁾.

As etapas 3, 4 e 5 foram sistematizadas em uma planilha no Google Planilhas®, armazenada em pasta do Google Drive® com acesso restrito aos pesquisadores. Os dados foram organizados em duas colunas, correspondentes às categorias analíticas schutzianas: “motivos por que” (experiências passadas que fundamentam as percepções da PSR sobre suas necessidades em saúde) e “motivos para” (projeções intencionais voltadas à ação futura, expressas na busca por suporte dos serviços de saúde)^(11,12).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, além de respeitar as recomendações da Resolução n.º 510/2016, a qual dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados obtidos com os participantes ou de informações que possam identificá-los ou lhes acarretar riscos maiores do que na vida cotidiana. Assim, o respectivo estudo foi submetido à Plataforma Brasil e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, sob o número de Parecer 7.17.831 e CAAE: 82674924.0000.5330.

As falas dos participantes foram identificadas pela letra “E”, de entrevistado, seguida do número de sua entrevista, garantindo o anonimato dos participantes do estudo. Os dados transcritos ficarão armazenados no serviço de armazenamento Google Drive®, em uma pasta que apenas a pesquisadora principal tem acesso, até o prazo de cinco anos. Após o prazo, serão excluídos permanentemente da plataforma e da nuvem.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 12 pessoas em situação de rua. Onze delas (91,67%) eram do sexo masculino, com média de idade de 51 anos, e dez (83,33%) tinham

o estado civil solteiro. Em relação à raça e etnia, destaca-se o predomínio de pessoas que se declararam não brancas. Das dez pessoas (83,33%), seis (50%) se declararam pretas, três (25%) se declararam pardas e uma se declarou indígena (8,33%). Apenas duas pessoas se declararam brancas (16,67%). Quanto à naturalidade dos participantes, nove (75%) são naturais de Porto Alegre e três (25%) provêm de outras localidades do estado do Rio Grande do Sul.

Foi possível identificar também que a maioria dos participantes está em situação de rua há pelo menos seis anos. Grande parte dos entrevistados possuem filhos, costumam dormir nas ruas e rechaçam espaços de albergagem. Além disso, o nível de escolaridade predominante entre essas pessoas é o ensino fundamental incompleto. No que se refere aos benefícios governamentais, não houve uma adesão predominante entre os participantes, pois a maioria deles não pertencem a programas realizados pelo governo.

Após as análises das informações, os resultados foram divididos de acordo com o referencial teórico – em que o mundo intersubjetivo é identificado como o espaço da rua, local onde a PSR estabelece suas relações, a partir de uma situação biográfica única vivida

pelo sujeito, este que se coloca no mundo da vida a partir de comportamentos motivados –, identificando os “motivos por que e para” nos discursos analisados. Os “motivos por que” foram relacionados à concepção de saúde, necessidades em saúde e autocuidado em saúde, e os “motivos para” foram identificados nas falas que se referiam aos locais de acesso à saúde, motivo do acesso e centralidade na doença, conforme exemplificado na figura abaixo:

Tal separação justifica-se porque a compreensão de cuidado em saúde advém de suas experiências passadas, que irão produzir a ação futura relacionada ao movimento de acessar os serviços assistenciais. Desta forma, para apresentação dos resultados, os discursos foram divididos em duas categorias: Principais necessidades em saúde da PSR e Principais formas de acesso aos serviços de saúde da PSR.

Principais necessidades em saúde da PSR

As necessidades afetivo-sociais, físico-biológicas e espirituais são identificadas como características que atribuem o significado de saúde para pessoas que vivem na rua, tais como: vida sexual, alimentação, capacidade

Figura 1 – Identificação das categorias de acordo com o referencial Schutziano, Porto Alegre, 2026.



Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

de cuidar da própria vida e a fé como suporte para lidar com as dificuldades. A última das falas a seguir descreve a relação com a espiritualidade, além da saúde física, como uma das dimensões de maior relevância na vida:

Saúde é tu ter uma relação sexual, usar preservativo, se alimentar direito, cuidar da própria vida. [...] eu me agarro com meus anjos em momentos difíceis e peço por força a eles, para ter saúde. (E4)

A gente tem que ter saúde, caminhar, andar, a gente enxergar. (E7)

Sem saúde a pessoa não faz nada, não vive, né? Depois de Deus é a saúde da gente, a prioridade. (E5)

Todavia, algumas falas reforçam uma insatisfação com a própria saúde. Foram apontados por eles compromettimentos físicos que causam dor, além da desnutrição, provocada tanto pela falta de alimentação quanto pelo uso de drogas. Para lidar com tais mazelas, o uso de drogas é um subterfúgio para lidar com a dor:

Estou todo detonado da droga. Está vendo aqui? Está vendo aqui? Esse osso saltado. (E8)

Eu bebo [...] e tô tri mal. Tenho úlcera, varicosa, né? (E10)

Uso álcool e pedra, crack, mas é mais pra dor, que eu tô todo quebrado, dedo quebrado, pé quebrado. (E6)

Também se identificam falas de desesperança, resignação e fatalismo em relação à própria vida, relacionando a morte como destino e o uso de drogas como parte do cotidiano de vida, sem a existência de uma crítica em relação ao danos deste consumo:

Porque se tiver que morrer, sabe? Meu destino. (E4)

Eu tô jogando a minha vida fora. Usando droga, bebida. Eu uso cachaça, fumo pedra. É isso aí. (E2)

O uso de drogas não é encarado como uma questão de saúde, como algo que necessitaria de acompanhamento em serviço de saúde. Nos discursos fica claro que a busca pelo serviço de saúde não advém de questões ligadas ao consumo de drogas, mas de questões de saúde física:

Sou viciado em álcool e droga. Não uso tudo de uma vez só, mas ultimamente tem sido direto. Não me trato para isso, não preciso. (E6)

Não me considero doente não. É só o vício do álcool mesmo. Não acesso para isso. (E12)

Principais formas de acesso aos serviços de saúde da PSR

O consultório na rua é citado como o principal serviço de apoio à pessoa em situação de rua. Além de apoiarem no cuidado de demandas agudas, também orientam com práticas de prevenção em saúde sexual:

Tem o meu namorado né, o fixo, né? [...] nós tinha o suporte do consultório de rua, nós fazia os testes rápidos, sobre HIV, sífilis, hepatite, todas as doenças transmissíveis, né? (E5)

Apesar da fala anterior demarcar práticas preventivas, ainda é muito presente a utilização do serviço de saúde exclusivamente para questões de cunho biológico, como administração de medicamentos, busca de medicamentos ou tratamento de enfermidades:

Tomei quatro Benzetacil lá [referindo-se ao consultório na rua]. Um atendimento assim, ó, espetacular. (E2)

Eu vou direto, vou ali e pego Buscopan e vou embora. (E8)

Não, eu acesso só quando às vezes, quando acontece, de repente pegar um resfriado. (E9)

Depois de ter uma receita, vou mais na farmácia, pegar um remedinho básico ali. (E11)

No período das inundações, a sede do consultório na rua foi afetada. Com isso, muitas pessoas em situação de rua ficaram sem atendimento em saúde, pois optaram por não buscar outros locais de cuidado devido à falta de vínculo com outras unidades de saúde. Pelo fato de as pessoas em situação de rua estarem em uma determinada situação biográfica, evidencia-se na última das falas a seguir a questão da identificação com o serviço de saúde que atende suas necessidades enquanto pessoa em situação de rua:

Já faz mais de uns sete, oito meses que eles não aparecem por aqui depois da enchente, o Consultório de Rua, eu costumava ir só lá. (E11)

Eu ia buscar ajuda ali no Consultório na Rua, mas agora não tem mais, não vou a mais lugar nenhum. (E12)

Sim. Santa Marta [sede do consultório de rua], porque lá eu sou cadastrado como morador de rua, né? Lá, sou bem atendido. (E7)

Nem todos os entrevistados consideram a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial para resolver suas demandas. Alguns deles, quando precisam, recorrem à emergência hospitalar como principal suporte:

Eu não perco tempo em postinho [...] Porque eles não te dão um atendimento correto. Entendeu? Olha, se eu sentir qualquer dorzinha aqui, eu corro pro pronto-socorro, que lá eles te encaminham pro lugar certo. Esse negócio do vai no posto primeiro, isso aí é mentira. (E7)

Também é perceptível que muitas pessoas que vivem na rua adotam suas próprias condutas terapêuticas, a partir da sua própria percepção de saúde, evitando buscar assistência em serviços de saúde:

Que UPA? Não tem atendimento, eu sou da rua. Eu me trato na rua. (E8)

Não acesso [referindo-se a serviços de saúde]. Sobre saúde, negócio de saúde, assim, não tá sendo preciso. Eu tenho a minha diabetes, mas já consegui me regularizar sozinho. (E1)

Através dos registros das histórias envolvendo o acesso aos serviços de saúde, observa-se a existência de comorbidades que exigiram uma intervenção de serviços de urgência e emergência, bem como hospitalização – mas que se fossem avaliadas de forma precoce, talvez não necessitassem de tal intervenção:

Há pouco tempo eu tive um problema na mão, quase perdi o braço, e fui tratado no hospital, tive um vírus na mão, quase perdi o braço. (E7)

[...] faz pouco eu passei mal e fui pra chamar a SAMU, os guardinha chamaram a SAMU e me levaram pra Cruzeiro [Referindo-se à Unidade de Pronto Atendimento], né? (E5)

É bom, só que demora um pouquinho, porque é muita gente, né? Mas eu fui atendido no Vila Nova, na Cruzeiro [referindo-se a locais de pronto-atendimento], muito bem atendido, e muito bem atendido, porque fiquei oito dias na Cruzeiro e 21 dias na Vila Nova por causa de uma bactéria. (E6)

■ DISCUSSÃO

A partir dos dados de caracterização do estudo, percebem-se dois fatores que denunciam a precariedade do acesso dessas populações às políticas públicas de saúde, habitação e assistência social: o alto período de vivência na rua – mínimo de seis anos, considerando o total de pessoas entrevistadas – e a dificuldade de acesso a programas de transferência de renda.

Estima-se que quanto maior o tempo pelo qual um indivíduo faz da rua seu local de vivência e sobrevivência, com toda a exposição ao preconceito social, precariedade e instabilidade socioeconômica que se colocam no seu cotidiano, maior é o sentimento de pertencer a essa realidade, dificultando ações de políticas públicas para propiciar às pessoas melhor qualidade de vida. São anos de uma vida carregada de traumas pelo estigma social, pela violência das ruas, pela busca por água e alimentação para sobreviver e pelo trabalho informal mal remunerado, gerando profundos impactos na saúde física e mental dos sujeitos⁽¹³⁾.

Também se ressalta maior dificuldade da PSR em acessar informações no mundo contemporâneo, cujos processos são cada vez mais digitalizados. Isso aumenta as barreiras na busca de direitos, incluindo acesso aos benefícios sociais, uma vez que sua solicitação depende cada vez mais da internet⁽¹⁴⁾.

Considerando a realidade adversa das pessoas que vivem nas ruas, as necessidades destacadas em seus discursos relacionados à alimentação, ao bem estar físico e ao autocuidado são características básicas para a saúde de uma população. Segundo a Teoria da Hierarquia de Necessidades de Maslow, a alimentação, hidratação, respiração, sono, sexo e um local adequado

para as funções fisiológicas são as necessidades básicas humanas. Elas devem ser atendidas para que o indivíduo possa buscar suprir as necessidades superiores, como segurança, pertencimento, estima e autorrealização⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, as pessoas em situação de vulnerabilidade social, como aquelas em situação de rua, muitas vezes se focam na satisfação dessas necessidades fundamentais, restando-lhes poucos recursos para buscar o acesso a condições mais amplas de bem-estar e desenvolvimento pessoal. Isso reforça a importância de uma abordagem integral de saúde, que considere não apenas o atendimento médico, mas também as condições de vida e o acesso a recursos que permitam a satisfação dessas necessidades essenciais⁽¹⁴⁾.

A dimensão espiritual também é identificada como necessária no enfrentamento de situações difíceis pela PSR. Um estudo quantitativo com PSR realizado em São Paulo identificou que a vivência religiosa e espiritual positiva está associada à redução de sintomas depressivos. Todavia, quando as estratégias são de cunho negativo, relacionadas à culpa, punição e insegurança, podem aumentar os pensamentos depressivos, piorando a qualidade de saúde dessa população⁽¹⁶⁾.

O modo como os entrevistados identificam suas necessidades em saúde tem relação com o contexto de privação e violência a que são submetidos, as quais geram marcas traumáticas e definidoras na concepção de si. Por causa delas, a pessoa não consegue se identificar como alguém de relevância no mundo social, o que se nota em algumas falas com conteúdo de desvalia sobre seu autocuidado, um quadro em que os únicos caminhos parecem ser manter o uso de drogas ou aguardar a morte^(17,18).

Tal desesperança pode estar relacionada ao autoestigma – a internalização da percepção negativa da sociedade –, fazendo com que as PSR não se considerem pessoas dotadas de direitos⁽¹⁴⁾. Em uma pesquisa qualitativa, realizada em Bangor, cidade do estado americano de Maine, foram identificados nas PSR discursos de autoconsciência e culpa por estarem vivendo nas ruas, de forma a atribuir exclusivamente a si mesmos a responsabilidade por sua situação de vida⁽¹⁷⁾. Tal prerrogativa é compreendida pelos autores como advinda do *modus operandi* do mundo capitalista, que opera para legitimar discursos individualistas, culpabilizando o sujeito por não fazer “as melhores escolhas

para sua vida”. Desta forma, o autoestigma pode inibir o pedido de ajuda pela PSR, internalizando nos sujeitos o discurso hegemônico meritocrático e normativo.

O autoestigma, aliado à estigmatização e à criminalização das PSR, podem contribuir tanto para o uso de drogas como subterfúgio para lidar com a dor, como para a demora na procura por atendimento em saúde por parte desta população, gerando quadros de saúde crônicos ou graves⁽¹⁸⁾. Identificou-se que o atendimento direcionado a essa população nos serviços de saúde carrega características estigmatizantes, relacionadas à sujeira, mau cheiro e efeitos do uso de drogas. Como consequência, a saúde dessa população é mais negligenciada quando comparada a pessoas que não carregam tais rótulos⁽¹⁹⁾.

Considerando tanto o estigma quanto o autoestigma, que afetam o cotidiano dos sujeitos, Schutz conceitua que todo ser humano advém de uma situação biográfica determinada, a qual é definida através do ambiente físico e sociocultural vivenciado pelo sujeito. Dentro desse local, ele tem uma posição no mundo da vida cotidiana, tanto para si mesmo, de forma moral e ideológica, como para o outro, na perspectiva social⁽¹²⁾. Desta forma, indivíduos submetidos a privações, exclusão e preconceito no âmbito coletivo formarão sua subjetividade – ou, como definida por Schutz, seu estoque de conhecimento – a partir de suas vivências com o mundo, reproduzindo para si as repressões sociais do ambiente intersubjetivo⁽¹⁰⁾.

A prevalência de dor crônica também é identificada como maior na PSR em comparação com a média geral da população mundial devido aos agravos frequentes em saúde em razão da exposição à violência, superlotação em abrigos, necessidade de longas caminhadas para sobrevivência, sono prejudicado e higiene precária⁽²⁰⁾. Vários estudos estabelecem uma relação forte entre dor e o consumo de substâncias, sugerindo que a dor pode ser responsável por motivar o uso de drogas para alívio dos sintomas. Inclusive, nota-se uma associação de PSR com dor crônica como fator de risco significativo para mortes por overdose em muitos países que sofrem com a epidemia do uso de opioides por parte dessa população^(20,21).

A falta de percepção sobre o que é considerado “uma questão de saúde” está associada à demora para a procura de cuidado em saúde, a qual é influenciada

por razões culturais, socioeconômicas e ocupacionais. Tais fatores contribuem para que as PSR apresentem sinais de dor e os subestimem, devido a condições econômicas desfavoráveis. O desconhecimento sobre a doença frequentemente leva as pessoas a temerem um agravamento em saúde somente quando se preocupam com a proximidade da morte. Dessa forma, justifica-se que os serviços da Rede de Urgências e Emergências, considerados como porta de entrada, sejam os mais acessados por essa população^(18,19).

Identificou-se nas falas dos entrevistados que o uso de drogas não é tratado como algo que exige cuidados em saúde. Isso é extremamente problemático, pois os danos à saúde não são facilmente reconhecidos, tornando a identificação e o tratamento mais distante dos serviços de saúde, gerando como consequência maiores danos sociais, de saúde física e mental⁽¹⁶⁾.

Vale lembrar que o uso de drogas não tipifica uma doença, pois há de ser avaliada a relação que a pessoa estabelece com a substância, considerando a subjetividade do indivíduo e o contexto cultural do consumo. Tal relação com as drogas pode ser problemática/abusiva – interferindo diretamente na saúde e em questões socioeconômicas – ou recreativa para transcendência, situação em que o consumo não gera grandes prejuízos à saúde e às relações sociais. Entretanto, ao se considerar a PSR, muitas vezes o uso de drogas aparece como subterfúgio para lidar com a solidão, fome, perda de vínculos familiares, humilhações, entre outras mazelas cotidianas. Essa motivação cria um ambiente propício para o uso problemático/abusivo dessas substâncias⁽²²⁾.

Para possibilitar a liberdade das PSR em tratar os assuntos relacionados ao uso de drogas, bem como olhar para a saúde em uma perspectiva preventiva, é preciso uma modificação de postura de profissionais da saúde para uma abertura ao diálogo, com base no respeito e na troca, fortalecendo a escuta atenta de suas necessidades, promovendo o vínculo e o cuidado, não o distanciamento e a discriminação⁽¹⁸⁾.

Nota-se que falta às PSR uma percepção de que a saúde vai além do biológico. Sua concepção é bem distante da concepção da Organização Mundial da Saúde⁽²³⁾, a qual define 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 consistente,

pode-se criticá-la por ser inatingível para grande parte da população, principalmente para as PSR, pois as condições que enfrentam são de ambientes vulneráveis e hostis. Sempre haverá uma zona de tensão entre o indivíduo em vulnerabilidade e a sociedade, e, por isso, não há como pensar em um completo bem-estar físico e social⁽¹³⁾.

O modelo biológico é pautado na medicalização e intervenção. Embora estas por vezes se mostrem necessárias, um serviço não pode pautar suas ações apenas na resolução de demandas imediatas, pois o caráter de prevenção e promoção à saúde também deve compor o trabalho em saúde no cotidiano dos atendimentos. A dimensão psicossocial também deve ter espaço na APS, pois o serviço de saúde também deve escutar atentamente as demandas sociais e de saúde mental, de forma a construir redes de cuidado para a PSR⁽⁷⁾.

Observa-se que os “motivos por que” evidenciam trajetórias marcadas por vulnerabilidade social, autoestigma e naturalização do sofrimento, enquanto os “motivos para” revelam ações orientadas predominantemente à resolução de agravos agudos, o que contribui para a centralidade dos serviços de urgência e emergência como porta de entrada no sistema de saúde. Esta dinâmica pode ser responsável pelo fenômeno conhecido em emergências hospitalares como “Porta Giratória”, o qual é caracterizado por múltiplas readmissões em um período de 30, 60 ou 90 dias. Esse aumento da readmissão hospitalar tem forte relação com a fragmentação do cuidado no ambiente de urgência, pautado em aspectos biológicos, gerando a alta precoce sem as articulações com os demais serviços de saúde; sem apoio familiar, principalmente ao lidar com as PSR, as quais em sua maioria têm os vínculos familiares fragilizados; e sem comunicação adequada referente aos serviços que deve acessar para a continuidade do cuidado⁽²³⁻²⁴⁾.

A principal porta de entrada do SUS para a assistência integral em saúde e para a construção de uma rede de cuidados compartilhados é a APS para toda a população, a qual deve ter o papel de coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽²⁵⁾. Porém, identificou-se na fala de um dos entrevistados uma crítica à falta de resolutividade e à demora do atendimento quando ele buscou a UBS.

A demora no atendimento e a falta de resolutividade são identificadas como barreiras que dificultam o acesso da PSR. Um estudo quantitativo realizado na Região Nordeste para avaliar as dimensões do acesso, abrangência e resolutividade dos serviços oferecidos pela APS constatou que nenhum estado da região atingiu o parâmetro mínimo na dimensão resolutividade. Além disso, destaca-se na dimensão de “Acesso e Continuidade do cuidado” a organização da rede pautada no agendamento de consultas e com índices baixos relacionados à demanda espontânea⁽²⁶⁾.

Desta forma, se faz necessária uma assistência em saúde que priorize as populações vulnerabilizadas no atendimento, sendo papel da APS facilitar esse acesso e não burocratizá-lo com agendamentos de longo prazo⁽²⁶⁾.

Uma conduta possível é a implementação do “Acesso Avançado”, que visa o atendimento das pessoas conforme sua necessidade, geralmente no dia em que procuram ou em até 48 horas. Desse modo, busca-se eliminar agendamentos com longa espera e evitar que demandas sensíveis à APS sejam encaminhadas para outros níveis de complexidade. Tais medidas promovem a confiabilidade e o vínculo da APS com a PSR, pois desta forma se fortalece a relação entre necessidade e capacidade de resolução⁽²⁷⁾.

Apesar da falta de acesso que ainda aflige as PSR, é visível nos discursos que o Consultório na Rua (CnR) ocupa um local de destaque em suas vidas, sendo facilmente identificado como um local de auxílio para suas demandas em saúde. O CnR faz parte da Política de Atenção Básica (PNAB) como serviço especializado na PSR, sobretudo por se adequar às realidades e necessidades dos usuários. Destaca-se, ainda, a atuação de suas equipes multiprofissionais, que adotam uma abordagem com foco na escuta qualificada e no acolhimento, elementos essenciais para o fortalecimento do vínculo de confiança com a população atendida⁽²⁸⁾.

Embora o SUS tenha avançado muito nos últimos anos na elaboração de políticas de saúde para a PSR, há uma necessidade na implementação a nível assistencial de RAS no atendimento das demandas deste público, de forma a respeitar os mais diversos modos de ser no mundo, a partir de uma situação biográfica

determinada, com suas experiências mundanas, que são únicas.

Neste estudo, os autores se propuseram a estar próximos das pessoas que vivenciam a rua como sua morada. Essa postura traz a oportunidade de captar os discursos desta população que possui fragilidade de vínculo com as instituições, porém tem limitações para o processo da pesquisa, pois os locais de permanência dos participantes são em regiões movimentadas da cidade, sem ambiente reservado, o que pode ter ocasionado interferências externas e limitações na profundidade de alguns relatos. No âmbito da fenomenologia social de Alfred Schutz, compreende-se que o significado da ação emerge da situação biográfica e do contexto intersubjetivo no qual ela é narrada. Assim, o cenário aberto e a exposição pública podem ter influenciado a forma como determinadas experiências foram verbalizadas.

Além disso, a inexistência de vínculo prévio entre pesquisadores e participantes pode ter impactado o grau de confiança estabelecido no momento da entrevista. Considerando que o vínculo aparece nos próprios achados como elemento estruturante do cuidado no âmbito do Consultório na Rua, é possível que a ausência dessa relação prévia com a equipe de pesquisa tenha limitado a ampliação de determinadas experiências ou aprofundamento de aspectos mais sensíveis relacionados ao acesso à saúde. Tais elementos não invalidam os resultados, mas indicam que as narrativas devem ser interpretadas à luz das condições concretas de produção dos dados, reforçando a necessidade de investigações futuras que contemplem ambientes com maior privacidade ou estratégias prévias de aproximação com os participantes.

Este estudo permite que profissionais de saúde desenvolvam abordagens mais sensíveis e específicas para esse público nos serviços de saúde, contribuindo para um olhar que visa a integralidade da atenção e não apenas o biológico, de modo a fortalecer a prática assistencial para essa população. Além disso, o estudo fornece ferramentas para refletir sobre questões sociais, promovendo práticas que integram saúde, assistência social e políticas públicas. Dessa forma, a enfermagem tem um papel essencial na construção de estratégias que assegurem dignidade, equidade e um cuidado integral em saúde.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ancorado na fenomenologia social de Alfred Schutz, permitiu compreender as necessidades e formas de acesso à saúde da população em situação de rua a partir da análise de seus “motivos por que” (experiências pregressas) e “motivos para” (projeções para ação futura).

Os “motivos por que”, relacionados à situação biográfica dos participantes, revelaram percepções de saúde construídas a partir de uma lógica de sobrevivência, ancoradas em experiências de privação, dor e estigmatização, nas quais o uso de substâncias psicoativas emerge como estratégia de enfrentamento incorporada ao seu acervo de conhecimento.

Os “motivos para” evidenciaram que o acesso aos serviços de saúde ocorre predominantemente em agravos agudos, com centralidade do SAMU e das emergências hospitalares. O Consultório na Rua destaca-se como dispositivo estruturante de vínculo, demonstrando que relações longitudinais, construídas na intersubjetividade e no respeito à singularidade biográfica, são centrais para o cuidado.

À luz do referencial schutziano, os achados reforçam a necessidade de reorganização das práticas na APS sob a perspectiva da equidade, com compreensão do mundo da vida dessa população, flexibilização de fluxos, fortalecimento do vínculo e articulação inter-setorial, promovendo cuidado integral que considere os sentidos atribuídos à saúde em sua atitude natural.

Novas investigações fenomenológicas são necessárias para aprofundar a compreensão das estratégias de enfrentamento e das barreiras estruturais ao acesso à saúde, contribuindo para políticas públicas e práticas que reconheçam a complexidade do mundo social da pessoa em situação de rua.

■ REFERÊNCIAS

- Machado CV. Democracy, citizenship and health in Brazil: challenges to strengthening the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Colet*. 2024; 29:e02192024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02192024EN>
- Brito C, Silva LN. Unhoused people: stigma, prejudice, and health care strategies. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(1):151-60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>
- Presidência da República (BR). Decreto n.º 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: Presidência da República; 2009 [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
- Presidência da República (BR). Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal [Internet]. Brasília: MDHC; 2023 [cited 2025 Mar 16]. Available from: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf
- Mc Conalogue D, Maunder N, Areington A, Martin K, Clarke V, Scott S. Homeless people and health: a qualitative enquiry into their practices and perceptions. *J Public Health (Oxf)*. 2021;43(2):287-94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz104>
- Martins ALJ, Souza AA, Fernandes LMM, Oliveira AMC, Cordeiro JC, Oliveira AF, et al. The interface between public policies for the unhoused population: an integrative review. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(8):2403-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.14232022>
- Couto JGA, Abreu D, Botazzo C, Ros MA, Mello ALSF, Carcereri DL. La salud de la población en situación de calle: reflexiones a partir de la determinación social de la salud. *Saúde Soc*. 2023;32(2):e220531pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220531pt>
- Giese JV, Silva LB, Menegat EM. Homeless people and public space: the contradictory manifestations of aporophobia and urban kindness at the present time. *Rev Bras Gest Urbana*. 2023;15:e20220227. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.015.e20220227>
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social (BR). Observatório do Cadastro Único [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 16]. Available from: <https://paineis.mds.gov.br/public/extensions/observatorio-do-cadastro-unico/index.html>
- Carvalho SL, Tissot ZL, Willrich JQ, Pinho LB, Tomiello CA, Ketzer N, et al. The crisis phenomenon in the care of people who use drugs: a phenomenological study. *Cogitare Enferm*. 2024;29:e91820. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95021>
- Bispo Junior JP. Social desirability bias in qualitative health research. *Rev Saude Publica*. 2022;56:101. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>
- Nasi C, Schneider JF, Pinho LB, Camatta MW, Carvalho SL, Souza NK. Meanings of nursing workers' actions in a psychiatric inpatient unit. *Rev Enferm UERJ*. 2024;e87481. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.87481>
- Valle FAAL, Farah BF, Carneiro Junior N. Health-interfering streets experiences: homeless people's perspective. *Saúde Debate* [Internet]. 2020;44(124):182-92. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
- Brito C, Silva LN, Xavier CCL, Antunes VH, Costa MS, Filgueiras SL. The way of life of the unhoused people as an enhance for COVID-19 care. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20200832. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0832>

15. Blonigen DM, Elbogen EB, Hyde JK. A whole-person measurement strategy for vulnerable veterans: revisiting maslow's hierarchy. *Med Care*. 2024;62(12 Suppl 1):S18-S20. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000002035>
16. Alckmin-Carvalho, F., Camargo, P.H.F., de Moraes, J.V.G.N. et al. Associations between religiosity, spirituality and depressive symptoms among people experiencing homelessness in São Paulo, Brazil: an observational study. *Psychiatr Q*. 2025. <https://doi.org/10.1007/s11126-025-10163-5>
17. Jones B, Pitman B. They're still blaming it on the person being lazy: stigma in the lives of precariously housed and unhoused people. *Crit Crim*. 2025;33:495-511. <https://doi.org/10.1007/s10612-025-09847-y>
18. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Needs, expectations and care production of people in street situation. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2689-97. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>
19. Braga NT, Brito LS, Garcia JBS. Homeless individuals and their vulnerability to pain, depression, and sleep: narrative review. *BrJP*. 2024;7:e20240042. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240042-en>
20. Fine DR, Dickins KA, Adams LD, De Las Nueces D, Weinstock K, Wright J, et al. Drug overdose mortality among people experiencing homelessness: 2003 to 2018. *JAMA Netw Open*. 2022;5(1):e2142676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.42676>
21. O'Leary C, Ralphs R, Stevenson J, Smith A, Harrison J, Kiss Z. PROTOCOL: The effectiveness of abstinence-based and harm reduction-based interventions in reducing problematic substance use in adults who are experiencing severe and multiple disadvantage homelessness: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev*. 2022;18(3):e1246. <https://doi.org/10.1002/cl2.1246>
22. Marques LS, Costa JHM, Gomes MM, Silva MM. Knowledge, territories, and drug use: street ways of life and reinventing care. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(1):123-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19542021>
23. Bravo J, Buta FL, Talina M, Silva-dos-Santos A. Avoiding revolving door and homelessness: The need to improve care transition interventions in psychiatry and mental health. *Front Psychiatry*. 2022;26;13:1021926. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1021926>
24. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. Access to health services by the Homeless Population: an integrative review. *Saúde Debate*. 2022;46(132):227-39. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
25. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuity of care from the hospital: interdisciplinarity and devices for integrality in health care networks. *Saúde Debate*. 2022;46(133):551-70. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>
26. Souza KOC, Ribeiro CJN, Santos JYS, Araújo DC, Peixoto MVS, Fracolli LA, et al. Acceso, alcance y capacidad resolutive de la atención básica en salud en el nordeste brasileño. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01076. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0010766>
27. Stelet BP, Modesto AAD, Oliveira Neto A, Aragão CM, Reigada CLL. "Advanced" or "precipitate"? about the advanced/open access model in primary health care. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e00588191. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>
28. Galvão MTL, Santos MVDR, Brito LM, Evaristo TAO, Sousa EL, Leitão JNAC, et al. Hospitalizations for mental and behavioral disorders due to alcohol and other psychoactive substance use among adolescents in Brazil, 2017-2022. *Epidemiol Serv Saude*. 2024;33:1-12. <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024V33E20231110.EN>

■ Disponibilidade de dados e material

Os dados não estão disponíveis publicamente devido a questões éticas relacionadas à confidencialidade dos participantes, podendo ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente, conforme aprovação do comitê de ética.

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Marília Bittencourt de Azevedo, Lucas Henrique Rosso

Curadoria de dados- Marília Bittencourt de Azevedo, Lucas Henrique Rosso, Savannah Leitzke Carvalho

Análise formal: Marília Bittencourt de Azevedo, Savannah Leitzke Carvalho e Cíntia Nasi

Aquisição de financiamento: Marília Bittencourt de Azevedo

Pesquisa: Marília Bittencourt de Azevedo e Savannah Leitzke Carvalho

Metodologia: Marília Bittencourt de Azevedo e Lucas Henrique Rosso

Administração de projeto: Lucas Henrique Rosso

Disponibilização de ferramentas: Marília Bittencourt de Azevedo

Desenvolvimento, implementação e teste de software: Marília Bittencourt de Azevedo e Savannah Leitzke Carvalho

Supervisão: Saul Ferraz de Paula, Lucas Henrique Rosso, Cíntia Nasi e Savannah Leitzke Carvalho

Validação de dados e experimentos: Marília Bittencourt de Azevedo, Savannah Leitzke Carvalho, Cíntia Nasi, Louise Gabrielle de Mattos, Lisiane Vieira dos Santos, Saul Ferraz de Paula e Lucas Henrique Rosso

Visualização: Marília Bittencourt de Azevedo, Savannah Leitzke Carvalho, Cíntia Nasi, Louise Gabrielle de Mattos, Lisiane Vieira dos Santos, Saul Ferraz de Paula e Lucas Henrique Rosso

Redação do manuscrito original: Marília Bittencourt de Azevedo, Savannah Leitzke Carvalho e Cíntia Nasi

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente

Savannah Leitzke Carvalho
savannahleitzke@gmail.com

Recebido: 06.07.2025

Aprovado: 16.03.2026

Editor associado:

Paula Cristina Soares Encarnação

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

