

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Fernando Braz Piuzana

**Universalização do acesso à saúde: um desafio para a população em situação
de rua na Atenção Primária à Saúde**

Juiz de Fora

2022

Fernando Braz Piuzana

Universalização do acesso à saúde: um desafio para a população em situação de rua na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - ProfSaúde, vinculado ao Polo Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréia Aparecida de Miranda Ramos

Juiz de Fora

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Piuzana, Fernando Braz.

Universalização do acesso à saúde: um desafio para a população em situação de rua na Atenção Primária à Saúde / Fernando Braz Piuzana. -- 2022.

325 f. : il.

Orientadora: Andreia Aparecida de Miranda Ramos

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2022.

1. População em situação de rua. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Barreiras de acesso aos cuidados de saúde. I. Ramos, Andreia Aparecida de Miranda , orient. II. Título.

Fernando Braz Piuzana

Universalização do acesso à saúde: um desafio para a população em situação de rua na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família

Aprovada em 27 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Andréia Aparecida de Miranda Ramos - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Sabrina Pereira Paiva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Marcelo Pedra Martins Machado

Universidade de Brasília

Juiz de Fora, 29/08/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pedra Martins Machado**, Usuário Externo, em 28/09/2022, às 12:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andréia Aparecida de Miranda Ramos**, Coordenador(a), em 28/09/2022, às 22:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva**, Professor(a), em 29/09/2022, às 12:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-UFJF (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador 0926358 e o código CRC 452A7826.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que estão em situação de rua em Contagem e que participaram desse trabalho, cedendo seu tempo, dividindo suas dores e dificuldades e compartilhando comigo as vivências do difícil cotidiano nas ruas.

Aos profissionais da equipe do Consultório na Rua de Contagem (em especial a Alessandra Marques Leite), que dividiram gentilmente comigo todo o processo de trabalho e despertaram importantes reflexões acerca do universo do cuidado às pessoas vulnerabilizadas e da iminente necessidade da humanização na assistência à saúde. A essa equipe todo respeito e admiração ao trabalho que vem sendo realizado.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Contagem, que em meio a tantos percalços e desafios que a pandemia da COVID-19 trouxeram aos serviços de saúde, cederam seu tempo e atenção e permitiram que essa pesquisa se realizasse.

A minha orientadora, professora Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos, por ter sido luz, iluminando meu caminho na pesquisa. Agradeço por ter acreditado e apostado no meu trabalho, construindo conhecimentos, compartilhando ensinamentos e me guiando de maneira incondicional em todo o processo da pesquisa.

A professora Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite pelo incentivo, pelos ensinamentos compartilhados e por ter se tornado modelo de docente e profissional. Ao professor Dr. Marcelo Pedra Martins Machado pela gentileza em aceitar compor a banca examinadora desse estudo e por dividir comigo e com minha equipe de trabalho, um conhecimento rico, atualizado e reflexivo no tocante a população em situação de rua.

A minha família, pelo apoio e incentivo incondicional, especialmente a minha esposa Fabíola, por me apoiar e acreditar que seria possível alcançar esse objetivo, e a minha irmã Regina Piuzana, por compartilhar experiências e pelas leituras e releituras críticas ao texto dessa dissertação.

A todos que de alguma forma tornaram esse trabalho possível, meu muito obrigado!

Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.

As pessoas e os grupos sociais têm o direito de serem iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a serem diferentes quando a igualdade os descaracteriza (Santos, 2003, p.56).

RESUMO

Desde a constituição brasileira de 1988, que reconheceu o direito universal à saúde, foram muitas as conquistas para a população em situação de rua, como a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em 2009 e a implantação do Consultório na Rua, em 2011. Mas, apesar dos avanços constitucionais, historicamente a população em situação de rua possui acesso limitado aos serviços. No município de Contagem, Minas Gerais, o Consultório na Rua foi implantado em 2019 como estratégia de atenção em saúde oferecida as pessoas em situação de rua, surgindo assim a necessidade de melhor conhecimento dessa população para subsidiar esse serviço e verificar se há barreiras no acesso ao serviço da Atenção Primária à Saúde. O presente estudo buscou compreender como é o acesso da população em situação de rua ao serviço da Atenção Primária à Saúde, na percepção dos profissionais das unidades básicas de saúde, da equipe do Consultório na Rua e das pessoas em situação de rua, além de verificar se havia dificuldades dos profissionais desse nível de atenção, na assistência às pessoas em situação de rua no município de Contagem, Minas Gerais. Foram entrevistados dezoito adultos em situação de rua, cinco profissionais do Consultório na Rua e quatorze profissionais da Atenção Primária à Saúde. As entrevistas foram analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Verificou-se que as condições insalubres vivenciadas na rua favorecem o adoecimento e resultam em uma autopercepção ruim da sua saúde, mas, devido as barreiras de acesso a Atenção Primária à Saúde, as pessoas em situação de rua procuram os serviços de urgência e emergência para atendimento de suas necessidades de saúde. As principais barreiras de acesso identificadas foram a estigmatização e o preconceito, exigência de documentos e comprovantes de endereço para o atendimento, não atendimento por má condições higiene e espera prolongada pelo atendimento. A entrada nos serviços da Atenção Primária à Saúde é melhor alcançada quando mediada por um equipamento de assistência a esse grupo, como o Consultório na Rua e o Abrigo. O Consultório na Rua se mostrou como a melhor estratégia na assistência a esse segmento populacional, promovendo tratamento integral nos espaços da rua e articulando com os demais pontos da rede a longitudinalidade do cuidado. Os profissionais da Atenção Primária consideraram que a rede de saúde não está totalmente preparada para a assistência a população em situação de rua e citaram como dificuldades para o atendimento o desconhecimento do histórico de saúde do usuário, dificuldade de localização desse indivíduo após o atendimento, falta de profissionais para atender uma demanda que está aumentando, além de reconhecerem a existência do preconceito praticado pelos próprios profissionais de saúde. A pesquisa evidenciou a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, ampliação da oferta de vagas no Abrigo e a garantia do quadro completo de profissionais da equipe do Consultório na Rua e dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Direito a saúde. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. População em situação de rua. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Since the Brazilian Constitution of 1988, which recognized the universal right to health, there have been many achievements for the homeless population, such as the creation of the National Policy for the Homeless Population in 2009 and the implementation of the Street Clinic, in 2011. But, despite constitutional advances, historically the homeless population has limited access to services. In the municipality of Contagem, Minas Gerais, the Consultório na Rua was implemented in 2019 as a health care strategy offered to homeless people, thus creating the need for better knowledge of this population to subsidize this service and verify if there are barriers to access. at the service of Primary Health Care. The present study sought to understand the access of the homeless population to the Primary Health Care service, in the perception of professionals from basic health units, the staff of the Street Clinic and people living on the streets, in addition to verifying whether there were difficulties for professionals at this level of care in assisting homeless people in the municipality of Contagem, Minas Gerais. Eighteen homeless adults, five professionals from the Street Clinic and fourteen professionals from Primary Health Care were interviewed. The interviews were analyzed using Laurence Bardin's content analysis technique. It was found that the unhealthy conditions experienced on the street favor illness and result in a poor self-perception of their health, but due to barriers to accessing Primary Health Care, homeless people seek urgent and emergency services to meeting your health needs. The main barriers to access identified were stigmatization and prejudice, requirement of documents and proof of address for care, non-attendance due to poor hygiene conditions and prolonged waiting for care. Entry into Primary Health Care services is best achieved when mediated by assistance equipment for this group, such as the Consultório na Rua and the Shelter. The Street Clinic proved to be the best strategy for assisting this population segment, promoting comprehensive treatment in street spaces and articulating the longitudinality of care with other points in the network. Primary Care professionals considered that the health network is not fully prepared to assist the homeless population and cited as difficulties for care the lack of knowledge of the user's health history, difficulty in locating this individual after care, lack of of professionals to meet an increasing demand, in addition to recognizing the existence of prejudice practiced by health professionals themselves. The research evidenced the need for training of health professionals, expansion of the number of vacancies in the Shelter and the guarantee of a complete team of professionals from the Consultório na Rua team and from the Primary Health Care services.

Keywords: Right to health. Barriers to Access of Health Services. Homeless Persons. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Desenvolvimento da análise de Conteúdo	112
Gráfico 1 - Número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil (set/2012-mar/2020)	56
Gráfico 2- Famílias em situação de rua inscritas no CadÚnico em Contagem, Minas Gerais.....	58
Gráfico 3 - Famílias em situação de extrema pobreza inscritas no CadÚnico em Contagem, Minas Gerais	59
Gráfico 4 - Distribuição da população em situação de rua por distrito sanitário de Contagem, MG.....	63
Gráfico 5 - Distribuição da população em situação de rua por distrito sanitário de Contagem, MG	63
Gráfico 6 – Quantitativo de Equipes de Consultórios na Rua, por ano, no Brasil.....	87
Gráfico 7 - Quantitativo de profissionais da APS do Distrito Eldorado em Contagem (2021).....	103
Gráfico 8 – Autopercepção da condição de saúde das pessoas em situação de rua entrevistadas	127
Gráfico 9 – Dificuldades no atendimento na rede de saúde no município de Contagem, Minas Gerias, na percepção das pessoas em situação de rua ..	129
Gráfico 10 – Cobertura assistencial nas ruas no município de Contagem, Minas Gerias	144
Gráfico 11 – Distribuição dos participantes em situação de rua de acordo com a realização de tratamento na rede de saúde do município de Contagem, Minas Gerais.....	149
Gráfico 12 – Serviços procurados pela população em situação de rua de Contagem para atendimento de saúde.....	150
Gráfico 13 - Percepção dos profissionais da APS sobre a estruturação da rede de saúde de Contagem, Minas Gerais para a atenção à população em situação de rua.....	181

Mapa 1 - Distritos de Contagem (Divisão Administrativa por Distrito Sanitário em Contagem)	90
Mapa 2 - Divisão territorial do Distrito Sanitário Eldorado por área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde	92
Quadro 1 - Perfil dos Profissionais da APS participantes da pesquisa	103
Quadro 2 - Caracterização dos participantes em situação de rua da pesquisa.....	106
Quadro 2 - Síntese das dificuldades encontradas nas ruas para manter a saúde.....	121
Quadro 3 - Principais barreiras de acesso aos serviços de saúde do município de Contagem/MG, pela população em situação de rua	130
Quadro 5 - Desafios no atendimento à população em situação de rua no município de Contagem, na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos Centros POP em Minas Gerais	31
Tabela 2 – Principais problemas de saúde referidos por pessoas em situação de rua.....	67
Tabela 3 – Prevalência de doenças e/ou problemas de saúde ente homens e mulheres em situação de rua.....	69
Tabela 4 - Quantitativo de Equipe de Consultório na Rua, implantado no Brasil, por estado.....	86
Tabela 5 – Índice de vulnerabilidade social por Unidade Básica de Saúde do distrito sanitário Eldorado em Contagem, Minas Gerais.....	93
Tabela 6 - Perfil dos Profissionais da Equipe do Consultório na Rua participantes da pesquisa	99
Tabela 7 - Quantitativo de profissionais da APS do Distrito Eldorado em Contagem (2021).....	102
Tabela 8 - Instrumentos que compõe o corpus da pesquisa	113
Tabela 9 – Categorias e Subcategorias.....	115
Tabela 10 – Critérios de categorização	117
Tabela 11 – Dispositivos que mediam o acesso aos serviços da APS do município de Contagem, Minas Gerias	146
Tabela 12 – Serviços que mediam o acesso da população em situação de rua à Atenção Primária à Saúde, na ótica dos profissionais de saúde	166
Tabela 13 – Barreiras de acesso aos serviços da APS na percepção da equipe do Consultório na Rua de Contagem, Minas Gerais.....	199

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASMARE	Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis
BH	Belo Horizonte
Cadúnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAPS	Centro de Autorização de Procedimentos
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
Centro POP	Centro de referência especializado em População em Situação de Rua
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CnR	Consultório na Rua
COVID-19	Corona Vírus Disease 2019
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DPU	Defensoria Pública da União
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de vulnerabilidade social

LGBTQIA+	Lésbica, gay, transexual, queer, intersexo, assexual, pansexual e outras orientações sexuais e variações de gêneros
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua (MNPR)
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PEC	Prontuário Eletrônico
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPSR	Política Nacional para População em Situação de rua
PSR	População em situação de rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SINE	Sistema Nacional de Empregos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL.....	22
3.2	POLÍTICAS SOCIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: AVANÇOS, RETROCESSOS E DESAFIOS	27
3.3	NECROPOLÍTICA: A GESTÃO DA VIDA NA MÃO DO ESTADO	47
3.4	CRISE ECONÔMICA, ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA E CENÁRIO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM CONTAGEM, MINAS GERAIS	55
3.5	BARREIRAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	66
3.6	CONSULTÓRIO NA RUA: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	77
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	89
4.1	CONHECENDO O LOCAL DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE CONTAGEM.....	89
4.2	OS CENÁRIOS DO ESTUDO	91
4.2.1	Distrito sanitário Eldorado.....	91
4.2.2	Centro POP	93
4.2.3	Abrigo Bela Vista	94
4.3	COLETA DE DADOS	95
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	98
4.4.1	Profissionais do Consultório na Rua.....	98

4.4.2	Profissionais da APS do distrito Eldorado	101
4.4.3	Pessoas em situação de rua no município de Contagem, Minas Gerais	105
4.5	O PILOTO DA PESQUISA	110
4.6	ANÁLISE DE INFORMAÇÕES.....	111
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	120
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	121
5.1	A VIDA NA RUA E A INTERFERÊNCIA NA SAÚDE	121
5.2	O ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO ELDORADO, EM CONTAGEM/MINAS GERIAS: DIFICULDADES VIVENDICADAS PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	127
5.3	EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS QUE PROMOVEM E MEDIAM O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	142
5.4	A PROCURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	148
5.5	A PERCEPÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE ECONÔMICA	155
5.7	ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CONTAGEM, MINAS GERAIS.....	160
5.8	DIFICULDADES NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MINAS GERAIS	168
5.9	ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO CUIDADO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE SAÚDE DE CONTAGEM, MINAS GERAIS.....	181
5.10	OPERACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO CONSULTÓRIO NA RUA EM CONTAGEM, MINAS GERAIS	186
5.11	BUSCA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO	

	ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA ÓTICA DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	195
5.12	ESTRATÉGIAS DE MELHORIAS NO CUIDADO A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA	205
6	CONCLUSÃO.....	209
	REFERÊNCIAS.....	219
	APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada (Profissional da Atenção Primária à Saúde)	244
	APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada (profissional do Consultório na Rua)	245
	APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semiestruturada (Pessoa em situação de rua) 246	
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	247
	APÊNDICE E – Carta de anuência da Prefeitura de Contagem, Minas Gerais 249	
	APÊNDICE F – MATRIZ DE ANÁLISE (POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA) 250	
	APÊNDICE G – MATRIZ DE ANÁLISE (PROFISSIONAIS DA APS)	273
	APÊNDICE H – MATRIZ DE ANÁLISE (CONSULTÓRIO NA RUA).....	301
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	321

1 INTRODUÇÃO

Viver na rua é estar exposto a riscos de violência, à saúde e à dignidade humana. O cotidiano nas ruas expõe as pessoas a diversos problemas de saúde, devido às agressões, às iniquidades e à falta de recursos de modo geral. São exemplos de violência contra a população em situação de rua: expulsão de seus territórios e recolhimento de pertences por práticas higienistas, agressão física enquanto dormem, óbitos por hipotermia, abrigos insalubres e pouco seguros, violência sexual, preconceito nos serviços de saúde, entre outros. Como alertam Farias, Gomes e Almeida (2016) a ausência de moradia e fonte de renda, impacta no sofrimento mental, uso de substâncias psicoativas, sujeição a violências físicas e na ruptura de vínculos familiares. As doenças mais prevalentes nesse grupo são os problemas que envolvem o abuso de álcool e drogas, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez de alto risco, doenças bucais e nos pés (BRASIL, 2014).

Ainda é comum o preconceito sofrido pela população em situação de rua (PSR) ao acessar os serviços de saúde, tanto pela falta de preparo dos profissionais em lidar com as especificidades desse segmento mais vulnerável da população, quanto pela estigmatização estrutural histórica, presente na sociedade brasileira. Como consequência há a formação de barreiras no acesso aos serviços de saúde, dificuldades de conseguir empregos formais e perpetuação da marginalização e invisibilidade social.

Em 2009, é instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), através do Decreto Presidencial nº7.053/2009, considerada um marco na luta pelos direitos das pessoas em situação de rua, classificadas como:

o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a, p.01).

O conceito de vulnerabilidade está associado a exposição a agravos de saúde resultante de aspectos individuais e de contextos coletivos que o indivíduo está inserido e que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte (Bertolozzi et al. 2009). Está associada também, a incapacidade do sujeito de dispor de recursos

suficientes para superar as dificuldades, e quanto maior a dificuldade de acesso aos serviços essenciais básicos, como alimentação, saúde e moradia, maior será a vulnerabilidade. Para Guareschi et al. (2007, p.20) vulnerabilidade, está “na falta ou na não-condição de acesso a bens materiais e de serviço que possam suprir aquilo que pode tornar o indivíduo vulnerável”. A definição de vulnerabilidade social em que se ancora o Índice de vulnerabilidade social (IVS) do IPEA, diz respeito a falhas no acesso a serviços básicos essenciais, ausência ou insuficiência de infraestrutura urbana, capital humano, renda e trabalho, cuja privação determina as condições de bem-estar das populações (Costa M. A; Marguti B.O, 2015).

Assim, com a finalidade de minimizar a vulnerabilidade de se viver na rua e de garantir direitos a essa população, a PNPSR (2009a) tem como objetivo:

Art.7º I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (Brasil, 2009a, p.02).

E a fim de mitigar a estigmatização e o preconceito sofrido nos diversos espaços de convivência social, esta mesma política tem como diretriz apresentada no art. 6º, IX a:

Art. 6º, IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional (Brasil, 2009a, p. 02).

Dessa forma, o propósito da PNPSR (2009a) é ser um instrumento governamental que garanta acesso amplo, simples e seguro desse grupo aos serviços assistenciais, políticas públicas e programas oferecidos pelo governo. Os pontos importantes defendidos na PNPSR (2009a) abrangem além da garantia da participação das pessoas em situação de rua no controle social, a defesa dos direitos à cidadania, a universalização aos serviços com equidade e ao respeito as suas especificidades e à dignidade humana (SANTANA, 2019).

Com a finalidade de ofertar atenção integral no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando o acesso e integrando os diversos pontos da rede de atenção à saúde, com a assistência prestada *in loco*, os Consultórios na Rua (cnR) foram criados em 2011 através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011), sendo compostos por equipes multiprofissionais com a responsabilidade de articular e prestar atenção integral efetiva à saúde, das pessoas que estão em situação de rua.

A PNAB (2011) aponta que as equipes de Consultório na Rua, além do trabalho desenvolvido na rua, também deverão realizar o serviço em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em unidades móveis. As ações do consultório na rua devem ser realizadas de forma interdisciplinar com a equipe formada para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com os Centros de Atenção Interdisciplinares, com a rede de Urgência e emergência, com os serviços de Assistências Sociais e outras instituições públicas e da sociedade civil.

A resolução nº2 de 27/02/2013, que define as diretrizes e estratégias para o processo de enfrentamento de iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS, assegura a:

Art.2º I – Garantia de acesso da PSR às ações e os serviços de saúde, visando a melhoria do nível de saúde dessa população por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades do gênero, geração, raça/cor, idade, etnia, orientação religiosa e orientação sexual, com atenção especial às pessoas com deficiência. (Brasil, 2013, p.01).

O acesso aos serviços de saúde não equivale a simples entrada nos serviços assistenciais. É um conceito que vem sofrendo mudanças com o passar dos anos. Dessa forma, alguns autores como Donabedian (1973) utilizam termos como acessibilidade, sendo a qualidade do que é acessível e como capacidade de ofertar serviços para responder as necessidades de uma população. Para Frenk (1985) acessibilidade é o poder da população de superar os obstáculos (ecológicos, financeiros e organizacionais) para acessar os serviços. Outros autores como Andersen (1995) utilizam o termo acesso como a inserção nos serviços e o recebimento dos cuidados subsequentes, podendo ser medido pela melhora das condições de saúde ou pela satisfação das pessoas com os serviços. Travassos e Martins (2004) ressaltam que a autora Bárbara Starfield, distingue os conceitos acesso de acessibilidade, definindo acessibilidade como as características da oferta e o acesso como sendo a forma com que as pessoas percebem a acessibilidade. Sanchez e Ciconelli (2012) ressaltam que o acesso, atualmente, é constituído pela interação de quatro fatores: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não dos serviços de saúde no local apropriado e quando é necessário; aceitabilidade compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades; capacidade de pagamento compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos

indivíduos e, informação, é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

O acesso ao primeiro contato é um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo classificação proposta por Bárbara Strafield (STARFIELD, 2002). A APS deve ser o ponto de contato preferencial e o acesso ocorrer sem restrições de gênero, raça, classe social ou problemas de saúde. E após a garantia do acesso, para uma APS resolutiva, o cuidado deve ser coordenado ao longo de tempo e prestado de forma integral e com longitudinalidade.

A APS é a principal porta de entrada do sistema de saúde do Brasil, desempenhando papel estratégico de coordenação do cuidado e ordenação da rede de saúde, devendo ter o acesso em tempo oportuno, de forma qualificada, equitativa, resolutiva e sem impedimentos. Um sistema universal em saúde, pressupõe que o acesso ocorra de forma igualitária a todos os cidadãos, e um sistema universal e equitativo, pressupõe, que além da oferta a todos usuários, essa ocorra reconhecendo necessidades de grupos específicos, priorizando quem mais necessita de cuidados.

No entanto, a presença de um grupo de pessoas que vive nas ruas, privado de seus direitos fundamentais, como o direito à saúde, e com dificuldade de acesso aos serviços básicos, é o reflexo histórico da ineficiência prática das políticas assistenciais, e que se agravou com o decorrer do tempo. Nesse sentido, Souza et al. (2018) observa que o contexto brasileiro da última década retrata verdadeiro abismo entre a legislação constitucional e realidade social, em especial ao exercício do direito fundamental à saúde das pessoas em situação de rua e as condições materiais para sua concretização. Para Paiva et al. (2016) persistem importantes desafios a serem vencidos na assistência a esta população, com destaque para o despreparo dos profissionais de saúde, desarticulação da rede de assistência, dificuldade de acesso, estigmatização e um cuidado centrado na medicalização e nas ações assistencialistas

A dificuldade em acessar os serviços de saúde constitui um grande desafio, e é preciso, ainda, acabar com o preconceito contra a PSR entre os profissionais de saúde e, conseqüentemente, garantir o atendimento a esse público (Brasil, 2014). Para Hallais e Barros (2015, p.1497), a população que historicamente foi marginalizada na sociedade, “dificilmente consegue acessar os serviços de saúde, tornando-se invisível ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS)”. A utilização da rua

como moradia, associada à privação dos direitos fundamentais para pessoas em estado de vulnerabilidade, representa uma violação aos direitos constitucionais e fere diretamente os princípios do Estado democrático de direito. Somado a essas dificuldades, a exclusão do mundo trabalhista, que exige cada vez mais qualificação da mão de obra, aliado com a crise econômica, contribuem para a privação de sustento financeiro que está fortemente relacionada com a situação de permanência nas ruas (UFRGS, 2020).

Dessa forma é necessário que as políticas públicas avancem em serviços que garantam a real assistência a quem vive na rua, nesse sentido a PNPSR (2019a) propõe:

Art.7º. VI: incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento. (Brasil, 2019a, p.02)

Assim, para prestar uma assistência integral, humanizada e resolutiva, é necessário conhecer quem, de forma permanente ou temporária, está fazendo das ruas sua moradia. Conhecendo quem são, como e em quais condições vivem, quais iniquidades enfrentam, de que adoecem e quais suas necessidades, é possível aproximar-se da realidade dessas pessoas, problematizando suas necessidades e apontando na direção da garantia dos direitos fundamentais, para gerar autonomia, dignidade e cidadania.

Em Contagem, a equipe do Consultório na Rua foi implantada em junho de 2019 como estratégia de assistência à PSR do município e atualmente é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma psicóloga e um motorista; em 2021 o município acrescenta um profissional médico a equipe. Suas ações são voltadas para a assistência integral à saúde, em todas as linhas de cuidado e aos ciclos de vida, principalmente em relação às doenças crônicas transmissíveis (tuberculose, IST, HIV/AIDS, hepatites virais, sífilis, dentre outras) e não transmissíveis (hipertensão, diabetes, câncer, dentre outras), ao acompanhamento pré-natal e questões relacionadas à saúde mental, ao uso de álcool e outras drogas lícitas ou não. O deslocamento da equipe é feito em uma unidade móvel (ambulância), onde também os pacientes são transportados e atendidos. O Consultório na Rua (CnR) está inserido num cenário em que o município não possui estudo com a população em situação de rua, nem sobre o seu acesso aos serviços da Atenção

Primária à Saúde. Tal conhecimento é importante para organização e operação do processo de trabalho, tanto dos profissionais que compõe a equipes de Consultório na Rua equipes do Consultório na Rua, quanto dos profissionais da APS; e para subsidiar a formulação de políticas públicas mais equânimes e inclusivas.

O tema escolhido para este trabalho procura compreender como é o acesso da população em situação de rua ao serviço da APS, dialogando com a assistência prestada pelo Consultório na Rua, em Contagem, Minas Gerais. As questões norteadoras da pesquisa são: as pessoas em situação de rua estão tendo acesso ao serviço de saúde do município de Contagem de acordo com o proposto pela PNPSR? A APS está preparada para receber essa parcela vulnerável da população? A equipe do consultório na rua, enquanto estratégia integrante da APS, consegue prestar assistência integral à PSR? Os profissionais da APS se sentem capacitados para o cuidado dessas pessoas?

Assim essa pesquisa objetiva conhecer como é o acesso ao serviço de APS pela PSR no município de Contagem, Minas Gerais e se existem obstáculos que as pessoas em situação de rua enfrentam ao acessar os serviços de saúde no referido município. Para Dias (2021, p.65) “a ideia de estudar o fenômeno da população de rua é acompanhar e compreender os processos que a produzem e levam milhares de indivíduos à condição de perda de dignidade.”

Verificar a dificuldade de efetivação de um princípio fundamental do SUS, a universalidade, em grupos vulneráveis (como a PSR), que garanta acesso a todas as pessoas sem distinção de cor, credo, classe social, pertencimento ao território e presença ou ausência de moradia regular; é problematizar a realidade, para possibilitar adoção de estratégias que favoreçam a assistência equalitária para esse público-alvo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer como é o acesso da população em situação de rua aos serviços da APS do município de Contagem, Minas Gerais.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Identificar a percepção das pessoas em situação de rua e dos profissionais da equipe do consultório na rua, sobre o acesso da PSR aos serviços da APS do município de Contagem, Minas Gerais;
- B) Identificar as dificuldades dos profissionais da APS em atender a PSR no município de Contagem, Minas Gerais;
- C) Analisar se o serviço da APS de Contagem está organizado de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos da PNPSR.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o decorrer dos anos, as pessoas que fizeram das ruas seus lares, receberam muitas denominações; a maioria no sentido pejorativo, como mendigos e vagabundos. No cenário atual, os “moradores de rua” passaram a ser nomeados de “pessoas em situação de rua”, demonstrando que o “estar na rua” se caracteriza por ser um processo momentâneo, como observado por Paiva et al. (2016). A denominação “estar na rua”, mesmo que caracterize um processo de transitoriedade, deixa a marca da exclusão social e do processo complexo que é sair das ruas (Rosa; Cavicchiolo; Bretas, 2005).

Há certa dificuldade em diferenciar quem vive nas ruas, daqueles que fazem das ruas o seu sustento. Para Rodrigues e Callero (2015, p.208), “o foco principal desta problemática está na compreensão de que a rua não constitua espaço de moradia para estas pessoas”. Situação de rua, como a própria expressão já diz é um espaço transitório, pois a rua não é espaço para se morar. O conceito de pessoas em situação de rua foi ampliado na PNPSR (2009a), para abranger não somente aqueles que dormem na rua, mas também aquelas pessoas que utilizam a rua como dormitório em alguns momentos, como exemplo, os catadores de papel ou camelôs, que por morarem distante da fonte de renda, muitas vezes dormem na rua por questão de mobilidade. As pessoas que vivem as ruas podem ainda ser diferenciadas de acordo com a permanência na rua, em pessoas em situação de rua ou pessoas com trajetória de rua. De acordo com Farias, Gomes e Almeida (2016), as pessoas em situação de rua são aquelas que em algum momento forçoso da vida encaram a rua como a sua moradia, mesmo que temporária, e as pessoas com trajetória de rua, são aquelas que já moraram na rua em determinado momento.

3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

Segundo Klaumann (2018) não há documentos historiográficos que relatem fatos ou dados marcantes sobre a história da PSR no Brasil, nos primórdios da sociedade brasileira. Porém, o seu surgimento no Brasil é tão antigo quanto a

existência das cidades. Os primeiros moradores de rua são provenientes dos escravos, que após a abolição da escravidão, sem lugar para se abrigar, foram morar na rua. Santana (2019) ressalta que até a abolição da escravatura em 1888, havia-se domínio da população pobre e negra no Brasil, pela elite escravocrata, e com o fim da escravidão os agora ex-escravos foram esconderados para as ruas das cidades.

De acordo com Cerqueira (2011), a abolição da escravatura lançou às ruas milhares de escravos. Esses, sem emprego, moradia e nem condições para prover sua sobrevivência, vagavam pela cidade praticando a mendicância, cometendo pequenos furtos e submetendo-se a condições deploráveis de trabalho; oferecendo sua força laboral, agora livre, mas concorrendo em desigualdade de condições com os brancos pobres e os imigrantes que chegavam ao país. O fim da escravidão, associada à falta de assistência aos ex-escravos, contribuiu de forma significativa para o surgimento das primeiras pessoas em situação de rua no país. Sousa (2019) ressalta que o amplo contingente de ex-escravos livres e libertos, que vagavam pelos campos e ruas, em mendicância itinerante, não tiveram a proteção social do Estado brasileiro. Além do mais, havia maior predileção pela mão de obra, dos imigrantes europeus, por razões como: “a lassidão e rebeldia dos escravos e sua inadaptação ao formato de trabalho assalariado; a ideologia de embranquecimento do país; além do subsídio do Estado para imigração” (SOUSA, 2019, p.5).

Como é destacado na resolução 40, de 13 de outubro de 2020 (BRASIL, 2020), após a abolição da escravatura, o Estado brasileiro foi omisso em relação aos negros alforriados, substituindo a antiga mão de obra escrava pela recém chegada força de trabalho europeia. Essa fato gerou chagas na sociedade, onde o negro liberto exercendo trabalho e morando em locais insalubres, passou a ser visto como inferior e um perigo para a classe branca dominante. Processo que gerou marcas de racismo e preconceito social, que se entranharam na organização da sociedade e das cidades brasileiras e estão presentes na gênese e na composição da população que habita as ruas.

Marginalizados, percebidos pela sociedade como perigosos e uma ameaça à ordem vigente, foram estigmatizados como mendigos e leprosos. Os pensamentos e discursos preconceituosos se mantêm vivos até hoje e são parte de uma batalha importante a ser travada para a mudança de pensamento da sociedade brasileira e da maneira como se lida com o combate aos males da pobreza. Agostini e Castro

(2019) salientam que a escravidão moldou a forma de organização da sociedade brasileira e continua viva até hoje no afeto e na mentalidade das classes dominantes e de frações da classe média.

Na primeira metade do século XX, esse fenômeno foi intensificado no Brasil com o êxodo rural e com o processo migratório, impulsionado pelo crescimento industrial (SICARI; ZANELLA, 2018). O processo de industrialização provocou uma onda de migração para os centros urbanos, mas como não havia emprego e moradia para todos, aumentou-se o contingente de pessoas morando nas ruas. Segundo Cerqueira (2011) o aumento do número de pessoas em situação de rua, também era esperado, como consequência da expansão do capital, da formação do exército industrial de reserva e da oferta sempre maior que a demanda por trabalho. Sousa (2019) salienta que com o êxodo rural, inchaço das cidades e ampla oferta de mão de obra, aumentou-se o contingente de pessoas que vagavam pelas ruas das cidades, materializados anteriormente com a figura dos “mendigos”.

Segundo Oliveira (2018) o movimento migratório da população em situação de pobreza ocorreu em três fases: em um primeiro momento, do campo para as cidades; após, sem oportunidades, se locomoveram para as periferias, e, em um terceiro momento, em situações de miséria extrema, das periferias para as ruas da cidade. Souza (2019, p.6) destaca que “as cidades brasileiras não apresentavam condições de acompanhar o acelerado crescimento populacional”.

A partir da década de 1970, o crescimento populacional aliado ao desemprego nas grandes cidades, impulsionou o fenômeno da PSR. Necessitando de sustento, muitas pessoas passaram a utilizar o espaço da rua como meio de sobrevivência, retornando para a casa apenas para alojar-se a noite (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2008).

Com o processo de migração para os grandes centros urbanos e a falta de estrutura das cidades, fomenta-se o problema da desigualdade social, através do surgimento das favelas, residências improvisadas, desemprego, criminalidade e aumento de dependentes químicos e, a consequente, dificuldade de acesso aos serviços básicos como educação, saúde, transporte e saneamento. Martins (2018) ressalta que problemas como dependência química, transtornos psíquicos e desequilíbrios familiares, são motivos que levam as pessoas a buscar refúgio nas

ruas. A pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social, no ano de 2008, em metrópoles brasileiras, com exceção de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, revela que os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%), ao desemprego (29,8%) e (29,1%) às desavenças com familiares; demonstrando a complexidade do processo e ainda que, mais de um motivo, pode estar envolvido ao fato de saída para as ruas. A busca da rua como espaço de moradia é multicausal, não tendo uma causa linear. São motivos sociais, psicológicos e econômicos. Vivendo na rua, as pessoas são vítimas de estigmas e preconceitos, que provocam no indivíduo a dificuldade de socialização, contribuindo, dessa forma, para a invisibilidade a que são impostos.

A história de estabelecimento da PSR, é marcada também por sua relação com a cidade. O “direito a cidade”, conceito defendido por David Harvey (2014), geógrafo e teórico britânico, defensor dos movimentos sociais, que trabalha com diversas questões ligadas à geografia urbana; dialoga com a lógica do sistema capitalista e o uso da cidade pelas populações vulneráveis, reforçando a ideia de exclusão social da PSR. O que vai contra o que a Constituição Federativa da República, que em seu artigo 5º estabelece os direitos e deveres coletivos e individuais, garantindo a todas as pessoas a livre locomoção no território brasileiro em tempos de paz, além do direito a propriedade e da não obrigatoriedade de se submeter a ações compulsórias exceto em virtude da lei. O referido artigo, ainda garante ao cidadão, a não ficar privado de sua liberdade individual, sem o devido processo legal, além de ter garantido o direito social ao transporte. O direito a cidade está associado a uma perspectiva de universalização do bem comum que a cidade oferece, que permite que todas as pessoas, tenham o direito de sua utilização. Contudo, o sistema capitalista fundamenta-se na lógica do uso da cidade para a acumulação do capital e geração do lucro, não comportando assim, a ocupação dos espaços públicos pelas populações vulnerabilizadas e improdutivas, como a PSR. Segundo a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012, p.11), no sistema capitalista “as cidades são lugares de moradia e de trabalho, onde as pessoas que não possuem capacidade de comprar terra – avaliada por seu valor de troca – são excluídas social e espacialmente”.

Leitão (1999) ressalta a ideia do lucro a partir da exploração da terra, através da qual os territórios se apresentam como mercadorias. Segundo a lógica capitalista, os territórios ocupados pelas pessoas em situação de rua, ou pelas favelas, são lugares que poderiam dar espaço para empreendimentos financiados pelo capital privado, como shoppings, hipermercados e estádios; reforçando assim a exclusão social, estigmatização e a ideia de eliminação das classes econômicas mais baixas, consequências do sistema capitalista. Corrêa (2014) identifica que dentre os agentes sociais que dividem o espaço nas cidades, os grupos sociais excluídos, são compostos por pessoas que vivem à margem de seus direitos, não dispendo de recursos suficientes para impor seus interesses, que muitas vezes, sem nenhuma voz, sucumbem ao interesse dos demais agentes. Vainer (2013) ressalta que a cidade neoliberal se desenvolve num ritmo excludente e é responsável por diversas mazelas, entre elas a favelização e a marginalização. Para Harvey (2014) reivindicar o direito a cidade é uma forma de tornar a cidade mais justa e igualitária, ou seja, propiciar que o espaço seja compartilhado por todas as pessoas, de maneira coletiva, sem exclusão ou distinção social. De acordo com Schuhardt e Chagas (2020, p.49) o sistema capitalista faz com que o viés do lucro se sobressaia aos direitos humanos, na luta pelos espaços nas cidades. Segundo os autores o capitalismo “acarreta uma urbanização que exclui os menos favorecidos financeiramente e aumenta a desigualdade social e inúmeros problemas sociais como o da população em situação de rua, por exemplo”. Martins (2018) ressalta que há um polo que separa as pessoas domiciliadas das pessoas que estão em situação de rua, colocando-as em situações antagônicas. Segundo a autora: “as domiciliadas são pessoas para as quais a cidade e o espaço público são designados e apropriados, sendo permitido seu acesso, trânsito e permanência, e as pessoas que se encontram em situação de rua como aquelas para as quais o direito à cidade é negado em todas as suas formas” (Martins, 2018, p.99).

O Comitê Intersectorial de Monitoramento e Acompanhamento da Política Estadual para a População em Situação de Rua - Comitê PopRua-MG (2018), orienta os gestores municipais, a partir do Manual para Políticas Públicas para a PSR (MINAS GERAIS, 2018) a garantir o direito à cidade a PSR, em ações como:

- 1) Assegurar seu direito de ir, vir e permanecer nos espaços públicos (praças, parques, ruas, etc.), conforme determina a Constituição da República, em seu Art. 5º, inciso XV: “é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz,

podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens”.

3) Durante as ações de gestão do espaço público, o município deve garantir a inexistência de ações vexatórias e que violem os direitos das pessoas em situação de rua, em especial a retirada dessas pessoas do seu local contra a sua vontade.

5) Garantir condições mínimas para sobrevivência e dignidade da população em situação de rua, como o acesso gratuito à banheiros públicos, locais para higiene pessoal, água potável e segurança alimentar. (MINAS GERAIS, 2018, p.08)

Dessa forma, como destaca Oliveira (2018), a sociedade mantém uma relação de estigma, preconceito, violência e discriminação com a PSR, responsabilizando o indivíduo por sua própria condição de saúde. A situação de vulnerabilidade, ainda é agravada pela miséria e pelo racismo, que prejudicam o acesso aos serviços e reforça a condição de invisibilização de suas histórias.

3.2 POLÍTICAS SOCIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: AVANÇOS, RETROCESSOS E DESAFIOS

Além das políticas que contemplam os direitos a todas as pessoas, devem ser formuladas políticas específicas para a população em situação de rua, dada as peculiaridades da vida na rua e as iniquidades que estão expostas. O Estado deve prover também, políticas que garantam a equidade nos serviços, efetivando o acesso a trabalho, renda, saúde, moradia, segurança alimentar, assistência social, lazer, cultura e esporte.

A partir dos anos 70 começam a surgir, no Brasil, os primeiros movimentos de assistência social, frente a ausência de políticas públicas à população em situação de rua, como a Pastoral do Povo da Rua, uma organização comunitária da igreja católica, responsável por organizar ações solidárias e construção de casas de acolhimento para a PSR, nas cidades de Belo Horizonte e São Paulo (SANTANA, 2019). Farias, Gomes e Almeida (2016) ressaltam que através da Pastoral da rua, essa parte da população passou a ocupar espaço de fala, se organizando na reivindicação de melhores condições de vida. A ação da pastoral da rua, junto aos Catadores de Papel, em Belo Horizonte resultou na fundação da ASMARE – Associação dos Catadores de Papel, Papelão e Material Reaproveitável – em 1990. A partir de 2000, essa

experiência foi-se disseminando em outros 21 municípios de Minas Gerais. De acordo com o Terceiro Censo sobre a População em Situação de rua de Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2013), a coleta de materiais recicláveis corresponde a maior fonte de renda desse segmento populacional (48% declararam fazer da coleta de recicláveis, o seu sustento), informação semelhante a encontrada na Pesquisa Nacional sobre a PSR (BRASIL, 2009b), que evidencia que a coleta de recicláveis também é a principal atividade geradora de renda para a maioria (27,5%) das pessoas em situação de rua. Porém, mesmo com a criação da ASMARE, a “grande maioria dos catadores no Brasil ainda permanece sem apoio e continua trabalhando de forma desorganizada” (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016, p.19).

Conforme exposto, a saúde dessas pessoas passou a ser vista de forma mais específica, na década de 1970/80, pelas igrejas que organizavam casas de assistência para atender essa população, principalmente em São Paulo e Belo Horizonte. Com o conseqüente crescimento da demanda pelos serviços, os gestores municipais viram a necessidade de implantar políticas e estratégias, que incluíssem essa população, como observa Schervinski et al. (2017).

No período da redemocratização brasileira, após a ditadura militar, surgiram inúmeros movimentos da sociedade brasileira, reivindicando transformações na estrutura do Estado que permitissem o acesso das pessoas em situação de rua a uma vida digna e com seus direitos respeitados. Esses movimentos sociais, denominados de Reforma Sanitária, e que visavam a universalidade do direito à saúde, culminaram na promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. Segundo Filgueiras (2019), a CF representou um marco na assistência as pessoas em situação de rua. Antes dela, a assistência era praticada por meio da caridade privada, filantrópica ou por ações pontuais do poder público; após sua promulgação, a assistência passou a ser um direito garantido pelo Estado.

A CF de 1988, trouxe mudanças importantes que levaram à construção de políticas sociais, a partir da década seguinte e garantiram direitos assistenciais a parcelas empobrecidas da população, com a promulgação das leis 8080 e 8142 (BRASIL, 1990a). Filgueira (2019) ainda observa que merecem destaques a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei n. 8.742, 2003), promulgada em dezembro de 1993, a criação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e a

criação do Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome (MDS) em 2004.

Mais de duas décadas depois de promulgada a CF, que garantiu a saúde como direito a todo cidadão brasileiro, em pesquisa realizada sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012) a maioria dos entrevistados (82,5%) reconhecem que possuem direitos, mas nem todos reconhecem quais são. Desses apenas 10% reconhecem a saúde como um direito.

A década de 90 foi marcada por avanços importantes, como a criação do Programa de População em Situação de Rua da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Belo Horizonte, em 1993; e o Grito dos Excluídos, organizado pela Igreja Católica, no Rio de Janeiro, em 7 de setembro de 1995, que chamou a atenção de toda a sociedade civil para as privações vividas por aqueles que têm a rua como ambiente de sobrevivência, reivindicando seus direitos. Farias, Gomes e Almeida (2016) ressaltam que para essas organizações civis e religiosas, as conquistas dos direitos para a PSR, só viria pressionando o poder público, através da organização e enfrentamento das situações insalubres em que se encontravam.

Com o início dos anos 2000, a PSR ganhou visibilidade na construção de políticas públicas pelo governo federal. Em 2004, a implantação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), representou um marco na atenção a indivíduos e grupos vulneráveis. A PNAS, que tem como alvo as pessoas e grupos que se encontram em situações de fragilidade, objetiva a prevenção de riscos e agravos sociais, possibilitando diferentes vias de acesso aos serviços assistenciais.

Em 1993, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), pela lei 8742, que estabelece normas e critérios para organização da assistência social. A LOAS instituiu benefícios, serviços, programas e projetos destinados ao enfrentamento da exclusão social dos segmentos mais vulneráveis da população. Posteriormente, a LOAS recebeu alteração para a inclusão da obrigatoriedade da formulação de programas de amparo à população em situação de rua, por meio da Lei n 11.258/05, de 30 de dezembro de 2005. Com essa alteração, a lei 8742, passa a vigorar direcionando os serviços socioassistenciais para atender as necessidades básicas da população, incluindo quem vive nas ruas, visando a melhoria

da qualidade de vida dessas pessoas. Santos e Lobato (2018, p.40) ressaltam que “em 30 de dezembro de 2005, a Lei 11.258 instituiu a obrigatoriedade de criação de programas dirigidos à população em situação de rua na Política de Assistência Social”. Com a lei citada foi possível a criação de programas de proteção social de média complexidade (Centro POP) bem como de alta complexidade (Albergues).

Em 1994, o Ministério da Saúde, adota a ESF como modelo reorientador da APS. Sua composição mínima formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde – fazem atendimentos nas UBS onde estão locadas e na comunidade. Em localidades onde não há equipe do Consultório na Rua compartilhando o cuidado, a assistência à PSR deve ser realizada e garantida pelas equipes de saúde da família.

Em 2001, ocorreram a Primeira Marcha Nacional da População de Rua, com o apoio dos catadores de materiais recicláveis, e o Primeiro Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, contribuindo para a entrada da pauta na agenda pública.

A partir da resolução 109 de 11/11/2009, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, institui-se diferentes portas de entrada para o serviço de proteção social para a PSR, com finalidade de redução da vulnerabilidade social, acolhimento institucional e transferência de renda. Os principais serviços socioassistenciais destinados a PSR, são:

- a) Centro de Referência Especializado para população em situação de Rua (Centro POP): Serviço ofertado para pessoas em situação de rua com a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades e convívio social, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e/ ou familiares, solidariedade e afetividade que oportunizem a construção de novos projetos de vida e proporcionem a autonomia desses sujeitos. Permite a realização de higiene pessoal, alimentação e guarda de pertences, além da provisão de documentação civil, sendo de abrangência municipal.

O Centro POP, deve ser um equipamento assistencial de fácil localização para que as pessoas em situação de rua, tenham acesso facilitado de maneira espontânea, sendo que o acesso pode ocorrer

também por encaminhamento da rede socioassistencial. Minas Gerais conta com 24 Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição dos Centros POP em Minas Gerais

CENTROS POP EM MINAS GERAIS	
MUNICÍPIO	QUANTIDADE
BELO HORIZONTE	3
BETIM	1
CONSELHEIRO LAFAIETE	1
CONTAGEM	1
DIVINÓPOLIS	1
GOVERNADOR VALADARES	1
IBIRITÉ	1
IPATINGA	1
JUÍZ DE FORA	1
MONTES CLAROS	1
MURIAÉ	1
PARÁ DE MINAS	1
PIRAPORA	1
POÇOS DE CALDAS	1
POUSO ALEGRE	1
SABARÁ	1
SETE LAGOAS	1
TEÓFILO OTONI	1
UBÁ	1
UBERABA	1
UBERLÂNDIA	1
VARGINHA	1
TOTAL	24

Fonte: Minas Gerais (2012).

- b) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): Unidade pública que presta atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. Serviço especializado em abordagem social, de abrangência regional ou municipal. Realiza a escuta, acolhimento, orientação, encaminhamento e articulação da rede socioassistencial e outros órgãos.
- c) Abrigo institucional: Serviço de acolhimento institucional para as pessoas em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, incluindo crianças e adolescentes. Serviço de abrangência municipal ou regional.

- d) Casa de passagem: Serviço de acolhimento institucional para as pessoas em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, cuja abrangência é municipal ou regional.
- e) Transferência de renda, através do cadastro no Cadúnico (Cadastro Único para Programas Sociais).

Martins (2018) alerta que apesar dos espaços institucionais serem importantes no apoio assistencial a PSR, encaminhamentos temporários para esses locais, não promovem de fato a saída das ruas. O ingresso em abrigos e espaços de acolhimentos institucionais, e, a obtenção de benefícios temporários de renda, sem o suporte de um programa de moradia, renda e capacitação profissional, acaba recolocando esses indivíduos novamente nas ruas. A autora ressalta que são gerados ciclos repetitivos, ocorrendo somente a suspensão das ruas; em que indivíduos e famílias não tendo condições de se manterem autonomamente em moradias e meios de obtenção de renda, retornam as ruas. Esses elementos indicam que são necessárias políticas públicas intersetoriais, que garantam direitos básicos, permitindo o ingresso das PSR em espaços de saúde, educação, trabalho e renda, moradia e assistência social. Estudo realizado por Silva, Natalino e Pinheiro (2021), evidencia que os serviços da assistência social voltados para a PSR, apresentam implementação e avanço restrito e pouco abrangente. Segundo dados do Censo SUAS (2019), o país contava em 2019, com apenas 228 unidades do Centro POP, concentrados na região sudeste (46,5%), e em 2017, em análise feita pelo Ministério da Cidadania mostrou que, dos municípios com mais de 100 mil habitantes e daqueles de regiões metropolitanas com 50 mil habitantes ou mais, 31,3% não contavam com algum tipo de serviço voltado para a PSR. Na ausência de um Centro POP no território, o serviço social especializado para pessoas em situação de rua pode ser realizado pelas equipes dos CREAS; porém o CREAS, apresenta um déficit de 242 unidades em todo o país.

No dia 19 de agosto de 2004, em São Paulo, ocorreu um episódio de extrema violência com a PSR que chocou o país: o massacre da Sé, quando pessoas que estavam no entorno da igreja da Sé foram violentamente assassinadas com golpes na cabeça enquanto estavam dormindo. O crime ganhou manchetes de destaque na mídia nacional e internacional e o dia 19 de agosto ficou marcado pela tragédia que, dentre várias, tem a população em situação de rua do Brasil como vítima. No decorrer dos anos, essa tornou-se uma data não apenas de dor, mas também um símbolo de

luta para a população de rua e todos aqueles que batalham em prol de seus direitos. É lembrada como o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua, para que lembremos das dificuldades de viver na rua e da necessidade de lutar por condições de vida melhores.

O massacre da igreja da Sé desencadeou e impulsionou também o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), lançado durante o 4º Festival do Lixo e Cidadania e realizado pela ASMARE, em Belo Horizonte, em 2005. O MNPR assumiu protagonismo decisivo para a defesa dos direitos da população em situação de rua. Nesse contexto, Lima (2017) destaca que a movimentação em torno da causa das pessoas que vivem nas ruas, chamou a atenção do Governo Federal, que em 2005, a partir do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), criado em 2004, assumiu o protagonismo das ações, possibilitando a participação social na formulação das políticas destinadas a esse segmento populacional.

Em 2005, representantes de governos municipais, organizações sociais, pessoas em situação de rua e o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), se reuniram para traçar os desafios e definir estratégias para a construção de políticas públicas, no I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Neste encontro, foi construído o primeiro esboço da PNPSR, além de aprovado o texto da Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que altera a LOAS e inclui atendimento especializado para essa população em situação de rua.

Em 2006, o Presidente da República criou um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com representantes de seis ministérios, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e da sociedade civil, coordenado pelo MDS, para abrir um amplo processo de estudos e elaboração de propostas com participação social na definição do conteúdo das políticas públicas para a inclusão da população em situação de rua.

Nesse contexto de aprofundamento da construção de políticas setoriais para o atendimento dessa população, iniciou-se a redação da PNPSR, impulsionada pelo GTI, que foi coordenado pelo MDS e composto por outros ministérios (saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Cidades, Cultura e Secretaria Especial de Direitos Humanos), além da sociedade civil organizada (Movimento Nacional da População de Rua e Pastoral do Povo da Rua) e Colegiado Nacional de Gestores Municipais de

Assistência Social (CONGEMAS). Durante a construção do texto da Política Nacional, houve seminários e consulta pública até a finalização do documento.

Entre 2007 e 2008 foi apresentado pelo até então MDS (agora incorporado ao Ministério da Cidadania) a publicação: “Rua: aprendendo a contar. Pesquisa nacional sobre a população de rua” (BRASIL, 2009b), que é a primeira pesquisa em âmbito nacional sobre PSR, traçando o seu perfil/caracterização. O estudo foi realizado em 71 cidades brasileiras, com exceção de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, que realizavam, nesse período, pesquisas similares. Graças a esse estudo, foi possível traçar um perfil heterogêneo da população de rua levando em conta a idade, gênero, cor da pele, formação escolar, razões da ida para rua e outros itens, e é ainda referência base para conhecer as características dessa população e serve de consulta para a construção de políticas sociais.

A Pesquisa Nacional sobre a PSR (2009b), permitiu a identificação de dados referentes a caracterização desse segmento da população, como:

- 82% da PSR são do sexo masculino. As mulheres são encontradas em menor número, pois estão mais vulneráveis que os homens, devido as próprias condições de gênero, como o assédio, abuso sexual, questões da maternidade, ciclo menstrual e higiene pessoal, o que agrava ainda mais por estarem em situação de rua. Villa et al. (2017, p.2123) enfatizam que “as mulheres em situação de rua vivenciam as vulnerabilidades sociais sob dois aspectos: pela condição de vida nas ruas e de gênero”. Em pesquisa com a PSR realizada na cidade de Porto Alegre em 2016, foi observado que 17,3% das mulheres referiram ter sofrido violência sexual ou prática de sexo sem vontade pelo menos uma vez na vida e 40% das mulheres relataram ter sofrido aborto (UFRGS,2016). Engstrom (2019), ainda acrescenta a violência sofrida pelas mulheres com a perda da guarda de seus filhos nascidos na rua. Rabelo e Caldas Junior (2007, p.971) salientam que “a violência de gênero é considerada um problema de saúde pública, com repercussões físicas e mentais nas mulheres”.
- 67% são negros. Segundo Silva (2019) há a relação das origens escravocratas, conseqüente condição de pobreza e extrema pobreza com a origem racial da PSR.

- Parcela considerável de pessoas jovens, em idade economicamente ativa (43,21% dos homens e 52,23% das mulheres tem até 35 anos).
- Composta, em grande parte, por trabalhadores – 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Sendo que a maioria (52,6%) recebe entre R\$20,00 e R\$80,00 semanais e apenas 15,7% pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência, denotando um grupo produtivo, mas atuando em atividades precárias.
- Parte considerável é originária do município onde se encontra ou de locais próximos.
- 69,6% costumam dormir na rua, sendo que cerca de 30% dormem na rua há mais de cinco anos e 22,1% costumam dormir em albergues ou outras instituições. As regras de convivência e/ou as altas exigências dos albergues, faz com que a maioria das pessoas prefiram dormir nas ruas.
- 95,5% não participam de qualquer movimento social ou associativismo, sendo que 61,6% não exercem o direito de cidadania elementar que é o voto.
- 24,8% não possuem qualquer documento de identificação, o que muitas vezes leva ao impedimento de atendimento nos serviços de saúde;
- 88,5% não são atingidas pela cobertura dos programas governamentais, ou seja, afirmam não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais, mesmo tendo direito ao benefício do CadÚnico.
- Entre os que recebem benefícios recebidos, destacaram-se: Aposentadoria (3,2%); Programa Bolsa Família (2,3%); Benefício de Prestação Continuada (1,3%).
- As principais razões pelas quais essas pessoas estão em situação de rua são: alcoolismo/drogas (35,5%); desemprego (29,8%); desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Podem abandonar o lar por mais de um motivo, evidenciando a complexidade do processo de saída das ruas. Segundo Silva (2019,p.18) “as características das pessoas que vivem em situação de rua são tão diversificadas, quanto os motivos que as levaram a esta condição”.

Em suma, embora a população em situação de rua seja um grupo heterogêneo, composto por pessoas de diferentes características e origens; a Pesquisa Nacional

sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b) mostrou um cenário composto por uma população que dorme na rua, de maioria masculina, negra, de baixa escolaridade e com dificuldade de obter auxílio financeiro governamental.

A Pesquisa Nacional sobre a PSR (BRASIL, 2009b) revelou também que os motivos de saída para as ruas são multicausais. Sair para as ruas nem sempre é uma opção individual e nem de livre vontade, embora há indivíduos que não se encaixam em convenções e modelos padronizados quanto ao modo de viver e morar (FARIAS, GOMES; ALMEIDA, 2016). A imensa maioria de pessoas nessa condição são levadas as ruas por diversos fatores que o são expostos como: dificuldade financeira, falta de trabalho, rompimento de vínculos familiares, violência ou abuso dentro do domicílio, uso de álcool ou drogas, adversidades pessoais, migração para tentar emprego em outras cidades, perda da saúde mental, desastres ambientais, dentre outros motivos. Sendo que esses fatores não incidem isoladamente, podendo estar relacionados entre si.

Apesar da Pesquisa Nacional sobre a PSR (2009b), de algumas iniciativas municipais e das estimativas realizadas pelo IPEA (2012 e 2020); esse segmento populacional segue excluído dos censos demográficos nacionais, tornando as informações sobre a extensão da PSR escassas e fragmentadas, o que para Egstrom (2019, p.51) “dificulta as tomadas de decisões, monitoramentos e avaliações de intervenções efetivas”, além de invisibilizar os dados dessa população para a construção de políticas públicas nacionais. Resende e Mendonça (2019), chamam atenção pelo fato de que todos os censos demográficos já realizados não incluíram a PSR, pois a coleta de dados é baseada em domicílios. Para Tolentino e Bastos (2017) a falta de pesquisas censitárias da PSR contribui para o afastamento do Estado da responsabilidade da formulação de políticas públicas, que visem a garantia dos direitos humanos desse segmento. Vale destacar que a estimativa realizada pelo IPEA (NATALINO, 2020) em março de 2020, pontua que a PSR soma mais de 220.000 pessoas no país, o que representa um crescimento expressivo (140%) ao longo do período analisado (setembro de 2012 a março de 2020). O Comitê PopRua-MG (MINAS GERAIS, 2018) orienta que os gestores municipais realizem pesquisas e/ou censos periódicos para quantificar e atualizar a PSR do município, além de levantar outras informações relevantes no planejamento, definição e execução de políticas públicas para esse segmento populacional.

Em 2008, é elaborada a Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, cujas diretrizes incluem a implementação de políticas públicas intersetoriais nos três níveis de poder, com objetivo de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, tendo ações estratégicas em diferentes níveis: direitos humanos, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano/habitação, assistência Social, educação, saúde e cultura (BRASIL, 2008).

Primando pelo debate democrático, pela transparência e pela intersetorialidade na atenção à população em situação de rua foi criado em âmbito federativo, em 2009, o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), que congrega representações do poder público, da sociedade civil organizada e de movimentos sociais desse segmento.

Em 2009 foi instituída a PNPSR, através do Decreto Presidencial nº7053/2009 (BRASIL, 2009a), sendo considerada uma das conquistas mais importantes para esse segmento populacional, prevendo um atendimento humanizado e universalizado, onde se respeite a dignidade do cidadão e se tornando um marco e referencial para qualquer um que deseje aprofundar nesse tema. Assim, é proposto no art. 7º deste decreto, ações que visam diminuir o abismo entre a eficácia e a efetividade dos direitos fundamentais voltados para pessoas em situação de rua.

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; [...]

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; [...]

XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; [...]” (BRASIL, 2009a).

A PNPSR (2009a) também prevê a necessidade de garantir acesso dessa população as políticas públicas de forma intersetorial. Segundo Salgado e Rojas (2020), quando a PSR busca por atendimento nos serviços de saúde, possui várias necessidades associadas, fugindo da esfera do setor da saúde, necessitando da interlocução e articulação entre toda a rede de serviços. Oliveira e Lube (2020) destacam a necessidade de atenção intersetorial, pois a pessoa em situação de rua possui necessidades muito heterogêneas, não sendo possível fragmentá-las. Os

autores citados, salientam que a intersectorialidade tem objetivo de formar novos desenhos gerenciais, como por exemplo na articulação entre o SUS e o SUAS, concluindo que “no caso da PSR, as características e as demandas de um território (dinâmica, cidadãos, natureza) determinarão a extensão e a intensidade da intersectorialidade” (OLIVEIRA; LUBE, 2020, p.10). Gomes e Elias (2017) ressaltam que o fortalecimento da rede assistencial, principalmente com a implantação da Política Nacional de Assistência Social, trouxe novas perspectivas para a PSR, mas ainda é preciso a integração de ações intersectoriais para promover melhor qualidade de vida a esse segmento populacional.

Não havendo respostas simples para demandas complexas, o trabalho em rede se faz necessário para atender integralmente as necessidades da PSR. A saída das ruas, envolve articulação de políticas de saúde, assistência social, habitação, educação e formação profissional, possibilitando a autonomia do sujeito. Garcia et al. (2014) ressaltam que a intersectorialidade combate a fragmentação do cuidado, integrando os diversos saberes, sendo necessária para condução de situações complexas. Veridiano, Andrade e Gomes (2017) preconizam o alinhamento das práticas no cuidado à PSR, em ações conjuntas, que desburocratizem os compartilhamentos indispensáveis para as equipes. O trabalho em equipes intersectoriais, ou seja, o trabalho em rede, permite também a construção de estratégias coletivas, com troca de experiências, que combatem as fragilidades dos profissionais. Hallais e Barros (2015) ressaltam que a implementação de uma política intersectorial, que contemple as Secretarias de Saúde, Habitação e Trabalho e Renda, é um dos grandes desafios a serem enfrentados pelas gestões municipais, na busca da equidade das ações direcionadas a PSR.

Em 2011, através da PNAB 2011, o Consultório na Rua (CnR) foi definido como modelo de assistência a esta população. São constituídos por equipe multiprofissional, prestando atenção integral, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários a rede de saúde. O serviço do CnR é norteado visando o estabelecimento de vínculo, através de uma abordagem humanizadora, prestando ações integrais de prevenção, promoção e recuperação de saúde, dentro e fora dos espaços institucionais. As equipes do Consultório na Rua, por fazerem parte da APS, atuam com um escopo de ações e serviços que constam na carteira de serviços da atenção básica, através de cuidados interdisciplinares integrais e intersectoriais, nos espaços institucionais e na

rua. Atuam, segundo Egstrom (2019, p.57), com “flexibilidade, baixa exigência, busca ativa nos territórios, de forma itinerante, no tempo oportuno, imediato, com construção de planos terapêuticos compartilhados, que promovem autonomia, baseados na redução de danos”.

A exigência do cartão do SUS pelos serviços de saúde, que muitas vezes se apresentava como um entrave para o acesso aos serviços, após a promulgação da portaria 940 de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), deixa de existir, possibilitando a qualquer cidadão o atendimento aos serviços de saúde, mesmo sem portar Cartão Nacional de Saúde:

Art. 13. Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde:

I - inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde;

II - desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde.

Art. 23. Art. 23. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento.

§ 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua. (Portaria 940, 2011, p. 03)

Em 2012, o Ministério da Saúde publica o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012a), contextualizando as diretrizes da PNPSR, com o tratamento integral das pessoas em situação de rua na APS, dialogando com a atenção prestada pelas equipes do consultoria na rua.

Em Minas Gerais, uma parceria da Pastoral do Povo da Rua, em conjunto com o Movimento Nacional da População em Situação de Rua apresentou a proposta de realizar uma pesquisa no estado, com a finalidade de conhecer a realidade socioeconômica, cultural e política da PSR e propor alternativas para a superação da vida nas ruas. Posteriormente, o processo foi assumido pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social/MG, que foi responsável pela publicação da Pesquisa sobre as condições socioeconômicas, políticas e culturais da população em situação de rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012), envolvendo 222 municípios mineiros. Um dos objetivos da pesquisa estadual, foi criar subsídios e informações para a construção da Política Estadual para a PSR em Minas Gerais, o que de fato ocorreu um ano depois. Segundo a pesquisa citada, a população em situação de rua em Minas Gerais é predominantemente masculina (86,4% do sexo masculino), adulta (58,5%

dos entrevistados encontram-se na faixa dos 26 aos 45 anos) e solteira (62,5%); com longa trajetória na rua (49,6% da População em Situação de Rua identificada nos municípios estão nas ruas a mais de seis anos e 34,6% a mais de dez anos) e 82,49% autodeclararam ser pretos ou pardos. Quanto a escolaridade 92,9% dos entrevistados afirmaram possuir algum grau de alfabetização.

Em 2013, é instituída pelo governo de Minas Gerais, a Política Estadual para a População em Situação de Rua, através da lei 20846 (MINAS GERAIS, 2013). Tal lei, tem nos artigos 3º, 4º e 5º, como princípios, diretrizes e objetivos, respectivamente:

Art. 3. IV – o atendimento humanizado e universalizado;

VII - a não discriminação de qualquer natureza no acesso a bens e serviços públicos.

Art. 4. VIII – a democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos.

Art.5. I - assegurar à população em situação de rua o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

II - garantir a capacitação de profissionais para atendimento à população em situação de rua;

V - incentivar a pesquisa, a produção e a divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua;

X - proporcionar o acesso da população em situação de rua aos serviços assistenciais existentes. (MINAS GERAIS, 2013, p.1-3)

A Política Estadual para a População em Situação de rua (MINAS GERIAS, 2013), pressupõe a instalação de comitês gestores intersetoriais, compreendendo que um problema social complexo deve ser abordado por políticas intersetoriais, e deve ser composto por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua e pela sociedade civil, aos municípios que aderirem.

Em nível estadual, o Comitê Intersetorial de Monitoramento e Acompanhamento da Política Estadual para a População em Situação de Rua - PopRua-MG, em 2018, formulou um documento para orientar e subsidiar os gestores na implantação e condução das políticas públicas destinadas a PSR: Recomendações para políticas públicas para as pessoas em situação de rua (MINAS GERAIS, 2018). “Há, ainda, três comitês municipais em Minas, sendo eles em Belo Horizonte, Juiz de Fora e Ipatinga” (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016, p.29). Em agosto de 2021, o município de Contagem, criou o Comitê Intersetorial da Política

Municipal da População em Situação de Rua para debater e fomentar políticas públicas para este público. O Comitê é composto por 11 secretarias de governo, tendo a Secretaria de Desenvolvimento Social, a responsabilidade pela coordenação. Fazem parte também do comitê as secretarias de Governo, Direitos Humanos e Cidadania, Trabalho e Geração de Renda, Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, Educação, Saúde, Cultura, Esporte e Juventude, Desenvolvimento Urbano e Habitação, Defesa Social e Desenvolvimento Econômico.

Em 2016, foi aprovada pelo congresso nacional, a emenda constitucional 95, que limita os gastos federais por 20 anos, só podendo ser ajustados de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) acumulada nos últimos 12 meses (BRASIL, 2016). Na prática, há um congelamento do orçamento da seguridade social, que limita o investimento na pasta da saúde e educação; reduzindo a proteção social dos que se encontram em situação de vulnerabilidade. Silva, Batista e Santos (2017) alertam que ocorre um desfinanciamento do SUS, no momento que cresce o número de usuários, o que leva ao aumento de iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Com essa medida, Agostini e Castro (2019) apontam que a taxa de mortalidade prematura, aquela que acontece antes dos 70 anos, pode aumentar até 8,6% até 2030, o que significa quase 50 mil mortes que poderiam ser evitadas e o corte de financiamento de programas sociais por um longo prazo, pode também impactar em morte e internações infantis em níveis alarmantes. Isso tudo terá maior impacto nas populações que vivem em condições de extrema-pobreza, como a população em situação de rua.

Durante a Copa do Mundo de 2014 e na realização das olimpíadas em 2016, ações de cunho higienistas ocorreram em várias cidades brasileiras, com a remoção violenta de várias pessoas em situação de rua das cidades brasileiras, na intenção de tornar a cidade mais limpa e agradável aos olhos da grande mídia (Martins, 2018). Enquanto era oferecida a circulação livre aos turistas, a PSR era destituída dos espaços públicos, com recolhimento dos seus pertences e atentando contra os seus direitos humanos básicos.

Em 2019 ocorreu a revogação do decreto-lei 3.688/41, que tornava a mendicância como crime, sujeito a prisão de 15 dias a 3 meses, pela lei 11.983/09. Com o estigma de pedintes e vagabundos, os moradores de rua ficavam sujeitos a serem considerados criminosos. Filgueiras (2019) observa que as autoridades

justificavam as prisões contra as pessoas em situação de rua, até então, como vadiagem ou mendicância, e que apesar da revogação do decreto, em documentos do Ministério Público, ainda é necessário a fiscalização sobre as autoridades municipais, na violência praticada contra as pessoas vulneráveis.

Dessa forma, o Estado vem estruturando políticas que garantem direitos de cidadania a população em situação de rua, porém a tutela estatal não pode configurar fator inibidor da autonomia dessas pessoas. Para Fonseca (2005) “ a tutela vertical-hierárquica vai cedendo espaço para novas modalidades de parceria e colaboração horizontais, na formação de redes de inclusão social”. Políticas públicas necessitam caminhar na direção de produção de autonomia dos sujeitos, processo sem o qual, não há mudança efetiva de saída da situação de rua. Merhy (1988) defende que a tutela do Estado deve ser autonomizadora, ou seja, gerar autonomia dos sujeitos. Segundo conceito de Merhy, o Estado forneceria os espaços de tutela (serviços de saúde, assistência social, educação, cultura), onde o encontro entre os profissionais e os usuários, se dessem de forma horizontal, compartilhada, favorecendo o processo de autonomia dos sujeitos.

O Estado brasileiro, a partir da década de 90, procurou-se alinhar ao modelo neoliberal, que tem como pressuposto a mínima intervenção estatal nas políticas públicas e traz consigo baixos investimentos nos serviços de proteção social. O neoliberalismo é uma ressignificação do liberalismo clássico e segundo Gasparotto, Grossi e Vieira (2014, p.5) se refere “à retomada de forma intensa do ideário liberal, o qual apregoa a liberdade dos mercados, as liberdades individuais, a autorregulação dos mercados, ou seja, a não interferência do Estado na economia”. Além disso, o projeto neoliberal, defende também, a retração da intervenção estatal no campo social. Farias, Gomes e Almeida (2016) destacam que a globalização e os avanços tecnológicos não têm sido capaz de conter as desigualdades e faltas de garantias geradas para a parcela mais pobre da população. O modelo neoliberal brasileiro tem impacto grande nas condições de vida das pessoas marginalizadas, em situações de miséria, criando maiores níveis de desigualdade, pobreza e violência.

Assim, ao mesmo tempo em que ocorreram avanços e conquistas históricas na criação de políticas para a PSR; a política capitalista conservadora, adotada pelo atual governo brasileiro, protagonizou nos últimos anos, episódios de desmonte de direitos históricos adquiridos pelos cidadãos brasileiros. Como na reformulação da PNAB em

2017 e nos ataques à política de saúde mental, na tentativa de revogar cerca de 100 portarias, em dezembro de 2020, no movimento que ficou conhecido como “revogaço”, retrocedendo na discussão da abstinência como lógica de cuidado, ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e implantação das comunidades terapêuticas financiadas pelo SUS. Agostini e Castro (2019) aponta que prevalece uma “vitória do mercado de internações com a negação dos usuários como sujeitos de direito e a ‘permissão’ estatal para sua institucionalização compulsória e à revelia do seu desejo.” O comitê PopRua-MG ressalta ser necessário “evitar o encaminhamento de pessoas em situação de rua para as Comunidades Terapêuticas, uma vez que apresentam alta incidência de violação de direitos humanos e não operam pela lógica da Redução de Danos” (MINAS GERAIS, 2018, p. 28). Para Silva, Pinheiro e Natalino (2021) “a internação em comunidades terapêuticas tem sido apontada como risco potencial de violação aos direitos humanos”, ressaltando que as comunidades terapêuticas não são totalmente acessíveis a instituições locais de assistência social à saúde, dificultam a manutenção de vínculos sociais por impedimento de visitas e contatos digitais, geram inadaptação ao mundo externo e podem ter alto índice de reincidência. “De acordo com a Nota Técnica Nº 20 da Coordenação Estadual de Saúde Mental, “não é recomendada a internação compulsória de qualquer pessoa em estabelecimentos de saúde mental” (MINAS GERAIS, 2018, p.28).

Para o tratamento das pessoas sofredoras de sofrimento mental em situação de rua, os municípios devem garantir a articulação da Rede de Atenção Psicossocial com os diversos pontos de atenção do SUS, mediados pelo trabalho das equipes do Consultório na Rua. O comitê PopRua-MG recomenda que, para os usuários em situação de rua vinculados a rede de saúde mental, devem ser realizados Projetos Terapêuticos Singulares e discussão dos casos em rede intersetorial. Ao contrário de que se pensa, a maioria das pessoas que vivem em situação de rua, não estão em sofrimento mental, ou são dependentes químicos, porém, a própria vida na rua dificulta o acesso e a adesão ao tratamento. Quanto maior o tempo de permanência na rua, mais difícil se torna a adesão ao tratamento. Farias, Gomes e Almeida (2016), alertam que após o período de tratamento e desintoxicação, quando o paciente volta a morar nas ruas, adquirindo os mesmos hábitos e companhias anteriores ao tratamento, é grande a chance de recaídas. Segundo as autoras, a recaída para a PSR é uma regra, e não exceção. Assim, a política e promoção das ações de saúde,

para pessoa em situação de rua com sofrimento mental e/ou uso de drogas, deve pautar-se na Redução de Danos; tratamento multidisciplinar, conduzido pelas equipe do Consultório na Rua e eSF, e com articulação intersetorial do SUS/SUAS.

O neoliberalismo se caracteriza também, segundo Cabral Junior (2017), pela presença do Estado mínimo no que tange as políticas públicas. Para Tolentino e Bastos (2017) essa “desresponsabilização” do Estado, provoca uma conseqüente onda de privatizações e perda dos direitos sociais. Castilho e Lemos (2021, p.6) ainda citam como exemplo do desmonte das políticas públicas: “terceirizações irrestritas; contrarreformas trabalhista e previdenciária; desemprego em massa; degradação e demonização dos serviços e servidores/as públicos e sucateamento sistemático do SUS.”

Marques (2019) ressalta que a atual política neoliberal do país, implica em retrocessos para os grupos sociais mais vulneráveis da sociedade. Martins (2018) alerta que o contexto político, econômico e social atual, traz implicações importantes para as políticas de cunho sociais, que tem sido alvo de cortes e reduções, com justificativas de crise econômica e avanço de políticas de gestões neoliberais. Marques (2019) ressalta que os últimos anos se constituíram de um período de ações governamentais que tem contribuído para o desmantelamento de políticas sociais públicas, em um movimento que dialoga com os princípios da necropolítica. O desmonte do SUS é um processo de longo prazo, mas que se intensificou nos últimos anos, sendo que o subfinanciamento leva a precarização dos serviços, justamente em um momento em que é necessário ampliar o acesso a uma parcela da população que cresce na linha da pobreza extrema e que encontra nas ruas, a sua sobrevivência.

A política neoliberal vai ao encontro da necropolítica, conceito desenvolvido por Achille Mbembe (2016), como sendo a política centrada na morte e na destruição de populações que são consideradas descartáveis dos meios de produção, intrínsecos ao sistema capitalista. Para Agostini e Castro (2019), a necropolítica atua na divisão das classes sociais, determinando quem deve viver e quem deve morrer, para garantir o funcionamento da máquina capitalista. A relação entre a necropolítica e a população em situação de rua, será discutida no próximo tópico.

Outro ponto a ser destacado é de que o neoliberalismo tende a responsabilizar o próprio indivíduo, pela condição em que se encontra, como se a situação da

vulnerabilidade, fosse fruto somente de suas escolhas pessoais e não resultado da interação em um contexto amplo que envolva acesso à educação, serviços de saúde, saneamento básico, cultura, meios de informação, disponibilidade de recursos materiais, ambiente socialmente livre de violências e outras questões coletivas. Almeida e Oliveira (2014), ressaltam que, de acordo com a lógica neoliberalista, o indivíduo deve atender suas necessidades por meio do mercado, através de suas habilidades individuais, sendo que os problemas sociais, que são de ordem individuais, não são responsabilidade do Estado.

Em outubro de 2020 o Conselho Nacional dos Direitos Humanos publicou a Resolução nº 40 (BRASIL, 2020), que dispõe sobre as Diretrizes para Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua, em consonância com a PNPSR (2009a). A resolução serve de subsídios, fonte de informações e arcabouço técnico para formulação de leis e novas políticas voltadas para a PSR, que ficou ainda mais vulnerabilizada no contexto da pandemia da COVID-19. O documento estabelece as responsabilidades do Estado em serviços de assistência social, direitos humanos, segurança pública, sistema de justiça, educação, saúde, trabalho, cultura, esporte, lazer, e segurança alimentar e nutricional. O capítulo VII trata dos direitos humanos e saúde, e dialoga com temas importantes que visam garantir a assistência integral corresponsabilizando entes públicos, com estabelecimento de fluxo assistencial com a rede psicossocial; previsão de dotação orçamentária para ampliação dos consultórios na rua; garantia da atuação intersetorial entre SUS e SUAS; qualificação e formação continuada dos profissionais dos estabelecimentos e unidades de saúde sobre as especificidades da população em situação de rua; garantia ao acesso, para as pessoas em situação de rua, aos medicamentos ofertados pelo SUS, que não pode ser negado pela ausência de endereço fixo, documento de identificação e/ou comprovante de endereço, conforme a Portaria nº 940/2011, ou perda de receita médica ou de remédio anteriormente recebido; dentre outras medidas.

O SUS e a subsequente PNPSR (2009a) são partes de uma luta histórica pela redemocratização e por políticas de cunho social, que garantem a proteção e o acesso aos serviços de saúde pela população brasileira que ainda se encontra marginalizada e invisibilizada. Para o alcance e solidificação de um sistema de saúde que seja universal e equitativo, é necessário ainda que haja a superação de desafios

chaves, como: maior articulação entre os serviços assistenciais na oferta e prestação do cuidado à PSR, com destaque para a articulação SUS/SUAS; ampliação da participação da PSR na formulação das políticas públicas; ampliação e qualificação das equipes de Consultório na Rua e dos espaços institucionais voltados para a PSR (como Centro POP, abrigos institucionais e casas de passagens); formação acadêmica com perfil de competência para o trabalho voltado para as populações vulneráveis, com especial entendimento das especificidades da PSR, e ações de educação permanente, para os profissionais da APS. Martins (2018) destaca que as questões sobre formação profissional, precarização das contatações e formulações de processos e fluxos de trabalho, precisam ser pensados, num contexto em que o aumento da PSR não está sendo acompanhado pelo aumento da oferta de serviços, e que, esses serviços encontram-se sob ameaça e subfinanciamento, acarretando desassistências e aumentando a vulnerabilidade em que essas pessoas se encontram. Além da garantia do acesso aos serviços de saúde, outro importante desafio é a organização do serviço em rede, que proporcione a saída das ruas; a partir do desenvolvimento de políticas intersetoriais que propiciem moradia, trabalho e renda. Um desafio eminente é a preocupação com o aumento de contingência da PSR, e quais os efeitos que a crise econômica pode gerar nas populações mais vulneráveis.

Nesse aspecto, faz-se necessária a ressignificação de um modelo de saúde, que seja centrado nas necessidades da PSR, que permita a organização dos processos de trabalho com a educação permanente dos profissionais de saúde, em uma assistência humanizada e acolhedora, gestão que priorize a inclusão de políticas sociais para a população vulnerável, equidade no acesso aos serviços de saúde e o investimento em pesquisas que proporcionem conhecer a subjetividade dos sujeitos e suas estratégias de sobrevivência frente ao processo de exclusão social. Rodrigues e Callero (2015) salientam que as estratégias para mitigar as iniquidades que as pessoas estão expostas vivendo nas ruas, passam pelo conhecimento dessas dificuldades e pela humanização do atendimento. Silva, Natalino e Pinheiro (2021) ressaltam a importância do financiamento dos serviços, em especial da saúde e assistência social, que vem sofrendo sucessivas reduções federativas; para o fortalecimento do sistema de proteção social e o enfrentamento do cenário de aumento de contingência da população em situação de rua.

Ao longo das últimas décadas, houve um avanço no cenário político-legislativo regional e nacional; foram publicadas diversas leis, portarias e resoluções visando a garantia dos direitos da PSR, mas ainda persistem os desafios a serem superados. Farias, Gomes e Almeida (2016) reconhecem, que a população em situação de rua, tem direitos:

“direito de não ter seus pertences expropriados, de não ser expulso de seu lugar de permanência, de ter acesso a alimentação de qualidade regularmente, de ter auxílio psicossocial, medicinal e material por parte do Estado e de não ser agredida física, moral ou simbolicamente” (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016, p.40).

Negligenciar tais direitos a quem se encontra em fragilidade, sem ferramentas de se proteger e sem condições de se estruturar é impor o caminho da exclusão e segregação social.

Como cita Paiva et. al. (2016), a população de rua não necessita de um novo sistema de saúde, pois a equidade, a integralidade e a universalidade do atendimento estão garantidas na CF de 1988, com a criação do SUS. Para Santana mm e Rosa (2016), o princípio da equidade é garantido, quando as políticas públicas alc } ançam prioritariamente as pessoas que mais precisam das ações do Estado. O objetivo é ampliar o acesso aos direitos sociais básicos levando em consideração as desigualdades existentes. Para o alcance da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, importante diretriz do SUS, já prevista na CF (1988), é fundamental a garantia, antes de tudo, do que veio a ser um princípio doutrinário, previsto na lei 8080 de 1990, que consolidou o SUS; a equidade. Combater as barreiras de acesso aos serviços de saúde, impostas às populações vulnerabilizadas, é caminhar em direção a um sistema equalitário; pressuposto essencial para a universalização.

3.3 NECROPOLÍTICA: A GESTÃO DA VIDA NA MÃO DO ESTADO

A Necropolítica é um conceito elaborado pelo filósofo contemporâneo camaronês Achille Mbembe (2011), que consiste na forma com que certos governos determinam quem viverá e quem morrerá, e, de que forma as pessoas vão viver e morrer, a partir da adoção ou da renúncia de políticas públicas. Além de ser responsável diretamente pelas mortes, o Estado pode adotar políticas que propiciam

condições mínimas de sobrevivência ou condições de extrema insalubridade para determinadas populações provocando o seu extermínio. É também conhecida como política da morte ou a política que faz uso da morte. Dias (2021) conceitua necropolítica como sendo a política, que determina o abandono e a produção de invisíveis. O autor ressalta que a necropolítica é a resignificação de um processo em que o Estado toma decisões cujos efeitos são sentidos de forma imperativa pelos mais vulneráveis. Para Santos (2020), Achille Mbembe propõe a discussão das políticas de exclusão construídas pelo Estado e em que medida essas políticas geram a ideia de inimigo social, que separam os grupos populacionais que são considerados úteis ou descartáveis. O conceito de necropolítica aqui passa a ser entendido como a política que promove a divisão da população em segmentos, fazendo a gestão da vida, ou seja, decidindo qual dos segmentos deve viver, e qual poderá morrer.

Mbembe dialoga com a obra de Foucault, criador do conceito de biopolítica ou biopoder, que é a forma com que o Estado usa do poder para disciplinar o corpo das pessoas (no campo social, estético e/ou cultural). Com referência na biopolítica, Mbembe argumenta que o controle da vida dos sujeitos pelo estado vai além, determinando quem viverá e quem morrerá e de que forma vão viver e morrer. Foucault afirma claramente que o direito soberano de matar e os mecanismos de biopoder estão inscritos na forma em que funcionam todos os Estados modernos e, que de fato, eles podem ser vistos como elementos constitutivos do poder do Estado na modernidade. Segundo Foucault, “o Estado nazista era o mais completo exemplo de um Estado exercendo o direito de matar” (MBEMBE, 2016, p.128).

Mbembe apresenta a relação entre metrópole e colônia e a violência com que os colonizadores buscaram se impor, especialmente no continente africano. A metrópole não oferecia à colônia o mesmo tratamento que oferecia aos seus cidadãos, cometendo todo tipo de violência nos colonizados, com a morte fazendo parte do processo de dominação. Segundo Mbembe (2016) aos olhos do conquistador a “vida selvagem” do colonizado é apenas outra forma de “vida animal”, uma experiência assustadora, algo além da imaginação ou compreensão. Por todas essas razões, o direito imperativo de matar não estava sujeito a qualquer regra nas colônias. Lá, o soberano podia matar em qualquer momento ou de qualquer maneira. A guerra colonial não estava sujeita a normas legais e institucionais.

Mbembe apresenta a expressão 'cidade do colonizado' que são áreas que carregam o estereótipo negativo e as pessoas que vivem nessas áreas são estigmatizadas em pessoas não civilizadas vivendo à margem da sociedade. Assim a morte passa a ser tolerada em determinados lugares quando se trata de certas populações. Esses espaços também existentes nas cidades, são espaços ocupados por pessoas estigmatizadas em que a sociedade passa a ser a metrópole e os marginalizados passam a ser a colônia, onde a morte passa a ser aceitável.

A ideia da necropolítica não diz respeito apenas a um passado distante. Ela se apresenta, por exemplo, no apartheid na África do Sul e na ocupação colonial da Palestina por exemplo, onde podemos localizar a presença de oprimidos e opressores. E, como destaca Oliveira (2018), na estratégia da guerra às drogas nas favelas do Rio de Janeiro. A presença de policiais armados, tiroteios, balas perdidas, intimidação por helicópteros e veículos blindados, invasão de domicílios, causando vítimas, são justificadas pelo Estado como efeito do estado de guerra ao tráfico. Legitimando mortes, em detrimento do combate ao crime organizado.

“O sistema capitalista é baseado na distribuição desigual da oportunidade de viver e de morrer”, diz Mbembe (2016). No neoliberalismo se produz uma massa da população que não vai ser absorvida pelo mercado de trabalho, uma parcela improdutiva. Em países subdesenvolvidos é comum o Estado não oferecer condições mínimas de sobrevivência para essas pessoas, onde o risco de morrer estará presente. Agostini e Castro (2019) salientam que na lógica neoliberal, os sujeitos que não produzem e não consomem, apresentam uma ameaça a estrutura do capitalismo, e assim são submetidos a um estado de invisibilização, que os deixam morrer discretamente, quando se adota uma agenda de radicalismos econômicos e austeridade fiscais.

Achille Mbembe (2020) em recente entrevista à Folha de São Paulo, aponta sobre a relação entre neoliberalismo e necropolítica, a qual dá o nome de necroliberalismo: “Essa lógica do sacrifício sempre esteve no coração do neoliberalismo, que deveríamos chamar de necroliberalismo. Esse sistema sempre operou com a ideia de que alguém vale mais do que os outros. Quem não tem valor pode ser descartado. A questão é o que fazer com aqueles que decidimos não ter valor” (MBEMBE, 2020, n.p.).

O conceito de Necropolítica e Necropoder e a ideia de ‘cidade do colonizado’ passa a ter relações fortes dentro de uma sociedade desigual como no Brasil, ideia que considera que quem não tem valor pode ser descartado, colocando em evidência a exclusão social, a PSR, o machismo, a marginalidade, o racismo, a homofobia e o feminicídio. Como se a morte fosse considerada normal em algumas circunstâncias e em outras não.

A necropolítica no Brasil se encontra com o racismo, com o discurso polarizado do inimigo interno (onde é preciso eliminar grupos que são ameaças ao governo), com o neoliberalismo e com tantas outras formas de eliminar parcelas minoritárias da população. Mbembe (2011) ressalta que o racismo permite o exercício do biopoder através do direito de matar, tendo na escravidão e no preconceito racial estrutural exemplos de necropoder. Martins (2018) destaca que em seu estudo que as pessoas negras têm maior risco de serem mortas por homicídio, violência policial e outras formas de violência letal; sendo que as pessoas negras em situação de rua encontram-se ainda mais expostas considerando os riscos que a rua as colocam.

A necropolítica não se limita à produção da morte, mas também a gerir condições que levam à morte, ou seja, fazer com que populações estejam submetidas constantemente a um meio de sobrevivência em condições mínimas, em ambientes insalubres, que estejam submetidas a possibilidades permanente de morrer. Os serviços de saúde operam necropoliticamente na medida em que produz as condições de morte na administração de determinadas populações, oferecendo condições mínimas de sobrevivência. Para Santos (2020), a governabilidade não se refere exclusivamente ao cuidado da vida; as ações governamentais também podem possuir como objetivo “fazer viver, deixar morrer”.

O conceito da Necropolítica pode ser aplicável em governos que optam pelo não investimento nas políticas públicas para as populações vulneráveis, como a PSR, ficando essas pessoas sem o devido acesso aos serviços assistenciais, como aos serviços de saúde, sobrevivendo em condições insalubres, deixando-os entregues à própria sorte e aumentando o risco de morrer. Mbembe (2016) salienta que: “Minha preocupação é com aquelas formas de soberania cujo projeto central não é a luta pela autonomia (do sujeito), mas a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (MBEMBE, 2016, p.125).

Assim a necropolítica se constitui em um processo de desumanização, desencadeando de um lado, na invisibilização dos vulneráveis, e de outro, na legitimação da morte. Martins (2018, p.97) ressalta que “as vidas precárias, por não serem reconhecidas como vidas, podem se submeter às mais complexas situações de violações sociais”. A autora cita a necropolítica praticada pelo estado que não necessariamente provoca a morte através do extermínio direto, mas esse vai sendo produzido processualmente, através de uma série de violações ao longo do tempo, sendo permeado, também pelo racismo estrutural. Em estudo realizado por Martins e Machado em 2018, com base na análise documental de notícias cujos temas envolvam pessoas em situação de rua, utilizando o levantamento das matérias do período 2007 – 2017, nota-se a presença da necropolítica na medida em que a mídia pode colocar a PSR, como vidas passíveis de serem mortas de formas justificáveis e muitas vezes naturalizadas. Os autores destacaram ainda, que a falta de informações sobre as vítimas, que na maioria das vezes são nomeadas apenas como moradores de rua, está ligada a um processo de invisibilização e estigmatização. Em outro estudo conduzido por Resende e Mendonça (2009), cujo objetivo foi refletir sobre as representações sociais da PSR que são veiculadas pela grande mídia, constatou-se que a maioria das notícias publicizadas, possuem avaliações depreciativas, adjetivando esse grupo populacional, na maior parte das vezes como perigoso e indesejável.

O Estado pode manifestar a necropolítica através das práticas higienistas, com a expulsão violenta das pessoas em situação de rua de suas praças, ruas e avenidas; como se elas não tivessem o direito a cidade. De acordo com Farias, Lemos e Almeida (2016) higienização social é a exclusão intencional de uma parcela indesejada da sociedade, realizada pelo poder público, por meio de força de polícia, tratando-se de uma ação de repressão contra indivíduos socialmente indesejados. As autoras citam como práticas higienistas violentas comuns contra a PSR:

a retirada violenta de seus pertences e destruição do abrigo improvisado; lançamento de jatos de água nas populações; coação; agressão verbal; detenção por vadiagem; impedimento de acessar serviços e espaços públicos (por falta de endereço fixo ou devido à vestimenta, alcoolismo); expulsão das regiões centrais da cidade; impedimento de entrar nas cidades; proibição de doações; cadastro e abrigamento obrigatórios; apreensão de documentos; recusa de atendimento pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); criminalização da situação de rua e da pobreza; espancamentos; tentativas de envenenamento por meio dos alimentos; lesões corporais

provocadas por fogo ou produtos químicos, chacinas e extermínios (FARIAS; LEMOS; ALMEIDA, 2016, p.43)

Dias (2021) também cita algumas violências que são praticadas contra a PSR, na perspectiva de um Estado brasileiro que pratica a necropolítica, como os recolhimentos constantes de pertences, como colchões, cobertores, documentos e alimentos; colocação de pedras e objetos pontiagudos pelas cidades; retiradas sistemáticas de crianças dos convívios de mães e famílias historicamente vulnerabilizadas. Hallais e Barros (2015) relatam as ações do Estado, reforçados pelas guardas municipais, através de práticas higienistas, que percorrem as ruas das cidades recolhendo os pertences e materiais das pessoas em situação de rua, como cobertores, colchões, roupas, fotos, malas, documentos e outros registros. Martins (2018) ressalta que ao mesmo tempo em que situações de violências anteriores podem estar relacionadas com o motivo de ida e permanência nas ruas, o próprio processo de estar nas ruas expõe a pessoa a novas violências, que são justificadas pelo poder público e pela sociedade civil. A autora destaca que “esse processo demonstra o caráter transversal nos mecanismos do necropoder, que vai criando teias e entrelaçamentos que atravessam o cotidiano das populações marginalizadas” (Martins, 2018, p.21).

Mas a necropolítica não se resume as ações praticadas exclusivamente pelo Estado, pela mídia e pela ausência de políticas públicas. Pode-se encontrar traços da necropolítica também nos serviços e na assistência prestada pelos profissionais, na medida em que barreiras de acesso, preconceitos e a reprodução de estigmas são impostos à PSR, negando seus direitos e os expondo a situações que agravam sua vulnerabilidade. Martins (2018) aponta a existência da necropolítica também no acesso e funcionamento dos serviços, como a existência de regras e normas excessivas, que delimitam quem, quando e de que forma podem acessar os serviços de saúde e de assistência social. Todo serviço, seja público ou privado, possui regras para o acesso e funcionamento; assim como ocorre nos serviços de saúde. Existem serviços de saúde que impõe regras excessivas para o acesso do usuário, como exigência de documentos e comprovantes de residência, caracterizando-se como serviços de alta exigência.

No Brasil, ainda que o Estado tenha o dever de garantir saúde e segurança para todos – e que o direito à vida seja universal – a realidade social é marcada por

profundos contrastes, que ficaram ainda mais evidentes em meio a pandemia do novo coronavírus. Embora não seja objeto desse estudo, mas entendendo o contexto em que o mesmo ocorre, é importante o entendimento de que a pandemia da COVID-19 fomentou a situação de vulnerabilidade das pessoas em situação de pobreza/extrema pobreza, aumentando o número de pessoas indo viver na e da rua. Pessoas que muitas vezes eram invisíveis aos olhos da sociedade, com o surgimento da pandemia, passaram a incomodar; além do conseqüente aumento do contingente de pessoas e famílias sem trajetória de rua. A necropolítica aparece no fato de que o vírus não afeta todas as pessoas de maneira igual, assim, embora se reconheça a COVID-19 como uma doença mundial, sabe-se que a possibilidade de sua propagação afeta de maneira desigual os diferentes grupos sociais. As pessoas que não têm acesso aos meios de prevenção, como locais para lavagem de mãos, e não possuem condições financeiras para adquirir sabão ou álcool 70%, estão mais propensas a adquirir a doença. Enquadra-se nessa situação, por exemplo, as pessoas em situação de rua, que estão mais vulneráveis a iniquidades, onde além dos problemas citados anteriormente; a diminuição da circulação das pessoas nas ruas, faz reduzir sua fonte principal fonte de renda (doações e venda de pequenos itens). Essa situação é fomentada pela adoção de políticas que relativizam a gravidade da epidemia da COVID-19, exemplificado pelo não incentivo ao isolamento social pelo governo federal, a minimização do vírus, a negação da ciência, a estratégia discursiva de opor a “economia a vida” e a dificuldade de implementar auxílios públicos emergenciais a essa parcela da população. Cassal e Fernandes (2020) salientam como exemplo, as solicitações para o auxílio emergencial no período da pandemia da COVID-19, que em uma dinâmica excludente, no primeiro momento, solicitava o uso de celulares conectados à rede de internet, que grande parte da população na rua não possui. Natalino e Pinheiro (2020) destacam que o valor do auxílio emergencial pago as pessoas em situação de rua não são compatíveis para suprir suas necessidades, dadas suas especificidades, fora o fato de estarem expostas a outros tipos de riscos que nem o auxílio é capaz de suprir; além da exigência do documento de identificação para acessar o auxílio, que nem sempre possuem. Castilho e Lemos (2021) ressaltam que a burocratização para o acesso ao auxílio emergencial, durante a pandemia da COVID-19, fazem parte de uma política de morte que aumentam os índices das desigualdades sociais no país. As autoras ainda enfatizam traços do necropoder no governo atual, como praticante de uma “política punitiva potencialmente agressiva

contra a classe trabalhadora, em especial, contra negros/as; população LGBTQI+ e mulheres” (LEMOS e CASTILHO, 2021, p.4).

Entretanto, contrapondo a necropolítica Estatal, foram publicizados manuais e orientações a nível federal, no combate a pandemia da COVID-19, para a PSR. Foi produzido o Manual de Recomendações para os Consultórios na Rua e a Rede de Serviços que atuam junto à população em situação de rua (Trino et. al., 2020), colocando a equipe do Consultório na Rua em destaque na construção das estratégias de assistência e cuidado, mas com orientações também para a ESF e para os serviços de acolhimento institucional. Foi produzido também em março e abril de 2020, pela Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS), do Ministério da Saúde, as recomendações de Prevenção ao COVID-19, no âmbito das equipes do consultório na rua. Iniciativas municipais e locais para inclusão da PSR no combate a COVID-19 foram realizadas em todo território nacional. Em estudo realizado por Silva, Natalino e Pinheiro (2021), com 13 municípios, para verificar a medidas adotadas a nível local de prevenção à COVID-19, as ações mais reportadas foram de abrigamento, higiene e alimentação, não havendo homogeneidade entre os municípios analisados. Os autores ainda alertaram que a descoordenação das ações revelaram como o ente federativo não se apropriou da temática da PSR, tornando pouco célere a difusão das medidas de higiene.

Embora o Decreto 7053/2009, que estabelece a PNPSR (BASIL, 2009a), possuir como diretriz a democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos, pela população em situação de rua, e, a PNAB em 2011, instituir a estratégia do Consultório na Rua, as dificuldades do acesso aos serviços de saúde ainda permanecem denotando os traços da necropolítica praticadas pelo Estado. Segundo Lemos (2020), o Estado ainda precisa prestar contas sobre o silenciamento e a convergência com regimes contemporâneos de terror, ao passo que declara comprometimento com a garantia dos direitos humanos.

O município de Contagem, trabalha atualmente, na contraposição a necropolítica estrutural para as pessoas em situação de rua, intensificando programas voltados para a PSR, como na implantação do Consultório na Rua em 2019; na estruturação da rede de saúde, na pactuação de fluxo assistencial a PSR que se infectou com a COVID-19; no Plano Municipal de Saúde (2018-2021), que definiu como programa e objetivo, a construção de unidades habitacionais para a população

de baixa renda (Programa Contagem é meu lar); e a articulação de políticas que possibilitem a garantia de proteção a pessoas socialmente vulneráveis (Programa de Promoção e defesa dos direitos humanos). Como um dos eixos de desenvolvimento das políticas de saúde, o Plano Municipal de Saúde preconiza a:

Superação da pobreza: proporcionar uma cidade mais justa, que possa oferecer moradia digna para todos e possibilitar que, principalmente as pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social, atinjam níveis consideráveis de renda, além de aumentar o acesso ao consumo, bem como eliminar todas as formas de desnutrição (CONTAGEM, 2018, p.19).

Por meio do Decreto 265, de 29/07/2021, a Prefeitura de Contagem instituiu o Comitê Intersetorial da Política Municipal da População em Situação de Rua, com a finalidade de elaborar políticas destinadas à população em situação de rua no município. O Comitê tem por objetivo discutir, de forma ampliada, as políticas públicas socioassistenciais voltadas para este público para que tenham, além da garantia e defesa de seus direitos, a reinserção social. Compete ao Comitê, dentre outras atribuições:

Art. 2º IV – propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas para o atendimento da População em Situação de Rua;

VI – instituir grupos de trabalho temáticos, em especial para discutir as desvantagens sociais a que a População em Situação de Rua foi submetida historicamente no Brasil e analisar formas para sua inclusão e compensação social (CONTAGEM, 2021, p.01).

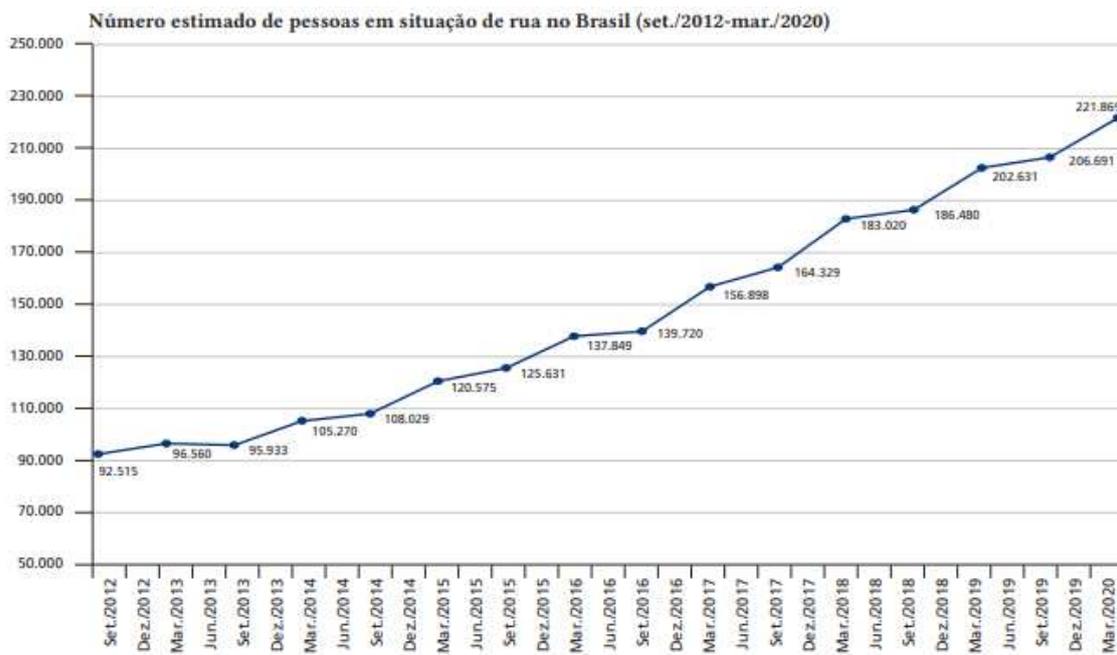
Dessa forma, compreender as subjetividades, as iniquidades a que são submetidas e a forma que se organizam no território, permitem combater com mais efetividade as barreiras de acesso aos serviços de saúde e possibilita ações específicas que combatem a necropolítica, praticada pela falta ou não aplicação das políticas assistenciais para as pessoas que vivem à margem das convenções sociais.

3.4 CRISE ECONÔMICA, ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA E CENÁRIO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM CONTAGEM, MINAS GERAIS

Em recente pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de junho de 2020, estima-se que 221.869 pessoas estavam em situação de rua no Brasil,

representando um aumento de 140% em relação a mesma pesquisa de 2012. O crescimento foi observado em todas as regiões do país, sendo mais intenso nos grandes municípios, especialmente no sudeste (56%) e nordeste (17,2%), o que sugere que a crise econômica, a austeridade fiscal, o crescimento do desemprego e da pobreza, possa explicar tal fato e que o quadro de vulnerabilidade já vinha se agravando nos últimos anos. Natalino (2020) faz a relação de que o aumento da PSR no Brasil é consequência da crise econômica, aumento do desemprego e da pobreza. O autor faz a representação gráfica utilizando dados do Censo SUAS, Cadastro Único, Registro Mensal de Atendimento, IPEA (2015) e IBGE (2015). (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil (set/2012-mar/2020)



Fontes: Censo Suas; Cadastro Único; RMA; Ipea (2015); IBGE (2015).

Fonte: Natalino (2020).

Honorato e Oliveira (2020) salientam que passados mais de dez anos da publicação da PNPSR (2009a), a vulnerabilidade social dessa população vem aumentando, fruto da crise econômica e política que o país está atravessando, forçando muitas famílias a migrarem de cidades em busca de trabalho, e por vezes, sem abrigo, aumentando o contingente de pessoas nas ruas. Silva, Natalino e Pinheiro (2021) alertam para o fato de que o prolongamento da crise econômica no

país, mesmo depois do auge da pandemia da COVID-19, pode provocar um número maior de novas pessoas economicamente e socialmente desprotegidas, e com isso se somarem à atual população que está em situação de rua. Entre setembro de 2020 e junho de 2021, o percentual de pessoas em situação de rua com uma renda de 0 a 89 reais mensais ultrapassou os 90% do total desse segmento em Belo Horizonte (DIAS, 2021). No contexto da crise do capital, aumentou-se o contingente de pessoas em situação de rua e de extrema pobreza nas cidades do país, deixando amostra a desigualdade e injustiça social (BRASIL, 2020).

Uma iniciativa do Governo Federal denominada CADASTRO ÚNICO (Cadúnico) traz um conjunto de dados sobre as famílias brasileiras em situação de pobreza e em situação de rua. O Cadúnico disponibiliza informações que são utilizadas pelo Governo Federal, pelos Estados e pelos Municípios para implementar políticas públicas com o objetivo de promover a melhoria da situação dessas famílias. Por meio do CadÚnico as pessoas em situação de rua podem acessar diversos programas sociais, como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada e o Auxílio Emergencial. Assim, para ter acesso aos programas sociais a PSR, deve estar cadastrada no CadÚnico e atender ao perfil que a caracteriza em tal situação.

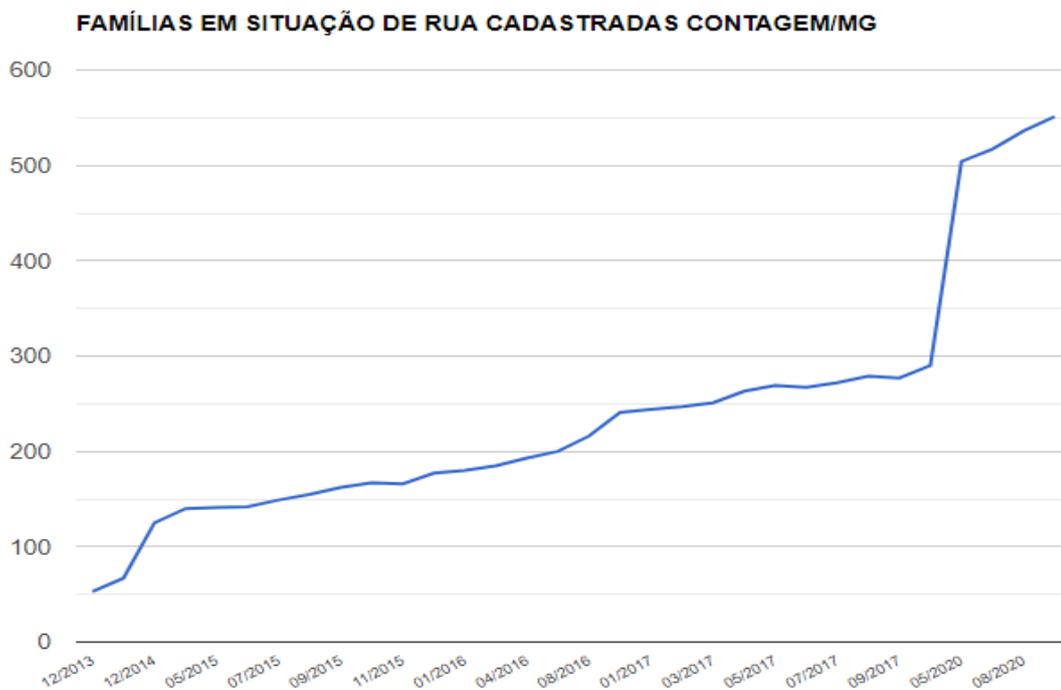
No contexto da cidade de Contagem, nota-se que pelos dados fornecidos pelo sistema de informação citado, o número de famílias em situação de rua vem aumentando consideravelmente no período histórico fornecido (Gráfico 2); o mesmo ocorrendo com as famílias em condições de extrema pobreza (Gráfico 3). Sousa (2019) chama atenção para o fato de que, atualmente, o perfil da PSR está atrelado a recessão e a crise econômica, e que estão caracterizados por terem um perfil jovem e recém-desempregado. A Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (MINAS GERIAS, 2012, p. 09) caracteriza a extrema pobreza como “uma situação que combina restrições absolutas de renda com inadequações das capacidades dos indivíduos em eleger suas estratégias e objetivos com a liberdade necessária para alcança-los”.

O gráfico 2 evidencia um aumento exponencial das famílias em situação de rua a partir de 2019, coincidente com o período de implantação do Consultório na Rua em Contagem. Este dado pode significar tanto o aumento real da PSR quanto o aumento do registro dessa população, feito pela equipe do Consultório na Rua. A implantação do Consultório na rua em Contagem, aumentou a assistência e a organização do

processo de cadastramento das pessoas em situação de rua no CadÚnico, para receber o benefício social.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Polos-cidadania da UFMG (DIAS, 2021), apenas entre 5 e 6% das pessoas em situação de rua declararam renda superior a meio salário-mínimo, no município de Belo Horizonte, no período compreendido entre setembro de 2020 a junho de 2021. Importante ressaltar que apesar do CadÚnico possuir séries históricas, o acesso as tabelas são abertos a consultas por famílias, e não por pessoas.

Gráfico 2- Famílias em situação de rua inscritas no CadÚnico em Contagem, Minas Gerais



Fonte: Ministério da Cidadania (2021).

Gráfico 3 - Famílias em situação de extrema pobreza inscritas no CadÚnico em Contagem, Minas Gerais



Fonte: Ministério da Cidadania. (2021)

O Plano Plurianual do Município de Contagem para o quadriênio 2018 a 2021, destaca que a crise econômica enfrentada pelo país causa impactos no município: “a crise econômica nacional tem influenciado diretamente a economia municipal, que, além do mais, não conseguiu se modernizar e se preparar para as dificuldades enfrentadas, de modo que diversas empresas deixaram o município nos últimos anos, causando aumento no desemprego e redução na renda dos cidadãos” (CONTAGEM, 2018, p.11).

A crise econômica e a austeridade fiscal têm proporcionado um crescimento visível da PSR nas últimas décadas, agravando-se nos últimos 15 meses pela pandemia da COVID-19. Esse crescimento populacional é um dado que comprova a necessidade de políticas públicas que atuem para mitigar os fatores sociais e econômicos que estão levando as pessoas a fazerem da rua sua moradia e/ou meio de sustento. Para Tribulhano (2011, p.08), “a reprodução e o aumento da desigualdade social e a falta de garantias sociais para uma parte da população aparecem como consequência da globalização e avanço tecnológico na sociedade atual”. Cervieri et al. (2019) relaciona a situação de morar na rua com o sistema econômico do país, desigualdade social e a discriminação com os mais vulneráveis. Martins (2018) ressalta que o aumento das pessoas em situação de rua são consequências do crescimento dos níveis de pobreza extrema, do desemprego somada a ausência de políticas públicas de habitação, da busca por empregos nos

grandes centros urbanos e ainda do acirramento dos conflitos decorrentes das facções de tráfico nas comunidades, que expulsam famílias de suas residências.

Com o desenvolvimento do neoliberalismo excludente, a internacionalização da economia e a urbanização acelerada das grandes cidades, ocorre o aumento considerável da exclusão social. Sousa (2019) ressalta, que o sistema capitalista que causa exclusão, traz como consequências as desigualdades sociais, pobreza, violência, analfabetismo, trabalho infantil, fome e situação de rua. O autor ainda cita a proposta neoliberal, adotada no Brasil, a partir de 1995, como geradora de “desproteção, precarização, flexibilização e consequentemente ao crescimento do desemprego estrutural, a destruição do parque industrial nacional, e ao aumento da desigualdade social, acentuando o conflito capital/trabalho” (SOUSA, 2019, p.8). Netto (2012) ressalta que o “projeto neoliberal” caracteriza-se por avanço tecnológico nos meios de produção, com substituição da mão de obra viva; que promove a expulsão de trabalhadores do mercado formal de trabalho, repercutindo no desemprego, exploração dos trabalhadores, baixos salários e precarização do serviço. Nesse contexto, segundo Paiva et al. (2016) há um número cada vez maior de pessoas excluídas dos direitos sociais básicos, como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança e outros, e até mesmo dos direitos humanos, com alguns grupos relegados à invisibilidade do poder público, mas que ocupam cada vez mais os espaços nas ruas das cidades. Sousa (2019) ressalta que as violentas mudanças provocadas no mundo do capital, gera os chamados “supranumerários”, “exército de reserva”, “população excedente” ou como nomeados em muitos países, “população sem abrigo”. Segundo Oliveira (2018), o neoliberalismo gera uma parcela da população que é excluída do processo de geração de riquezas e concentração de renda. Essas pessoas, tem como consequência, acesso precário a serviços básicos como saúde, alimentação e moradia. A subsequente falta de moradia e fonte de renda (trabalho), fazem com que as ruas assumam o destino desse processo de exclusão. Como cita Bursztyrn (2000, p.20), “transformam o espaço público – as ruas – em seu universo de vida e sobrevivência privado”. Para Engstrom (2019, p.59) “a condição de viver na rua é perversa, fruto das políticas neoliberais que acentuam a pobreza e as desigualdades sociais.” O autor ainda faz a relação de que ações como recolhimento de pertences e internação compulsória, são consequências de políticas setoriais

higienistas e proibitivas, que se configuram como um “retrocesso à democracia, aos direitos humanos, às políticas de equidade e de saúde pública”.

Com o acréscimo de pessoas utilizando as ruas como moradia e sustento, há uma organização estratégica e deslocamento dessas pessoas dentro do território, como forma de sobrevivência. Condições muito adversas e de disputa de território, exigem o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência para se obter a alimentação, renda, vestuário, atendimento à saúde, dentre outras necessidades básicas. Os centros das cidades viabilizam o modo de vida das pessoas que vivem nas ruas, pois concentram os serviços, tem baixa concentração de residências e alta circulação de pessoas (Paiva et al., 2016).

Na região central das cidades, atraídos pela pulsação frenética do comércio urbano e turismo, a PSR divide o espaço da rua em meio ao cotidiano. Segundo Rodrigues e Callero (2015) apesar dos grandes centros comerciais serem regiões que possuem, também, diversos órgãos que compõem a estrutura de poder municipal e estadual, estes indivíduos são invisibilizados em meio a papelões e detritos. Esses mesmos autores, desenvolveram um trabalho na cidade de Salvador, Bahia em 2005 verificando que os espaços mais habitados pelas pessoas em situação de rua são: as marquises de viadutos, as calçadas em frente às lojas comerciais, a areia das praias durante a noite, estações de trem, terminais rodoviários, galerias subterrâneas, construções abandonadas, praças públicas que estejam abertas durante a noite etc.

A presença das pessoas em situação de rua muitas vezes não é percebida; elas só são notadas quando são considerados “riscos à sociedade”. A indiferença com que os moradores de rua são tratados, colabora para perpetuar com o quadro de violência e marginalização (TRIBULHANO, 2011).

Assim, indiferentes aos olhos da sociedade, as pessoas em situação de rua procuram locais de proteção, utilizando-se de marquises, que os protegem de chuvas e do frio, bem como buscam proximidade a rodoviárias, estações de metrô e trem, montam barracas em praças e calçadas, passam a morar embaixo de viadutos, aglomeram-se em locais onde tem câmeras de monitoramento, como em agências bancárias, pois acreditam que o olhar mecanizado das câmeras de vigilância inibirá os atos de violência praticados a seu desfavor (TRIBULHANO, 2011). Locais esses que estão presentes nas regiões mais centrais das cidades, permitindo criar

estratégias para sua sobrevivência frente as iniquidades e a violência de parte da sociedade.

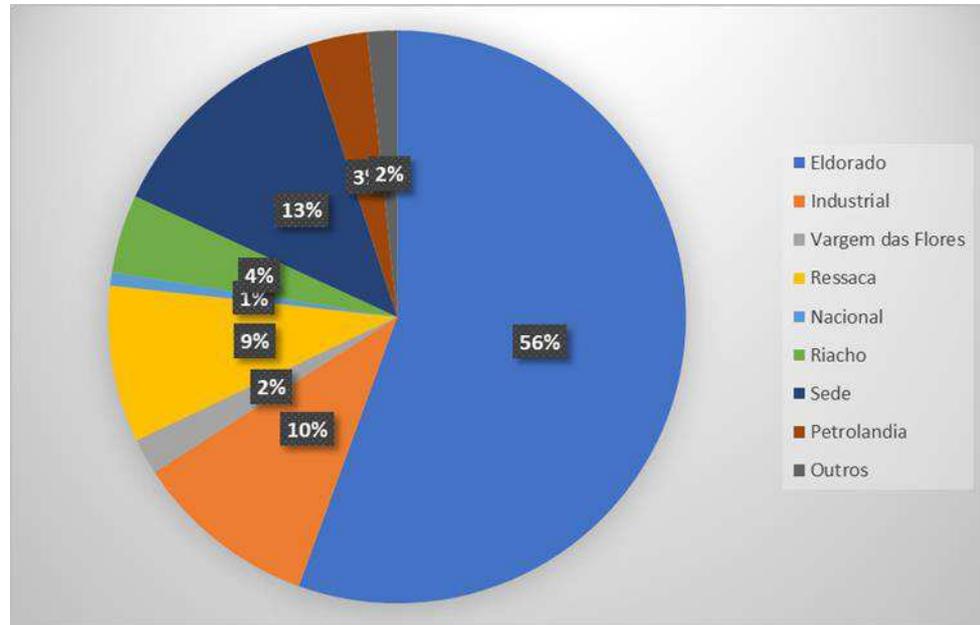
Observa-se também que a ocupação das regiões centrais está ligada a possibilidade de obtenção de renda por parte das pessoas em situação de rua. De acordo com a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (2009b), 71% dessas pessoas exercem alguma atividade remunerada, predominando as atividades informais.

Segundo dados levantados pela equipe do Consultório na Rua do município de Contagem, em dezembro de 2020, foram cadastrados no programa e-SUS 532 pessoas em situação de rua. Número aproximado do levantamento realizado pela UFMG em 2021, pelo Programa Polos de Cidadania (DIAS, 2021), que encontrou 522 pessoas em situação de rua em Contagem. Os dados apresentados neste Relatório Técnico-científico foram obtidos por meio da consulta ao Cadúnico no ano de 2021. Segundo esse relatório, Contagem/MG, em janeiro de 2021, possuía:

- 522 pessoas em situação de rua.
- 450 homens (86,20%) e 72 mulheres (13,18%).
- 93% das mulheres e 83% dos homens em situação de rua são negros

Essas pessoas foram distribuídas e classificadas por distrito sanitário, de acordo com o local do município (distrito sanitário) que utilizam como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente. Foram encontradas 301 pessoas em situação de rua no Distrito Eldorado, correspondendo a 56% do total, 71 pessoas no Distrito Sede (13%), 56 no Distrito Industrial (10%), 48 no Distrito Ressaca (9%), 24 no Distrito Riacho (4%), 18 no Distrito Petrolândia (3%), 11 no Distrito Vargem das Flores (2%), 04 no Distrito Nacional (1%) e 09 (2%) que passam uma parte dos dias em Contagem, mas que também utilizam os serviços assistenciais de Belo Horizonte, Minas Gerais (como o Centro de Referência de Saúde Mental) e que foram classificados como Outros. (Gráficos 4 e 5)

Gráfico 4 - Distribuição da população em situação de rua por distrito sanitário de Contagem, MG.



Fonte: próprio autor (2021).

Gráfico 5 - Distribuição da população em situação de rua por distrito sanitário de Contagem, MG



Fonte: próprio autor (2021).

De acordo com o levantamento realizado pelo Programa Polos de Cidadania da UFMG (DIAS, 2021), o município de Belo Horizonte (BH) com extensão territorial de 331.354 km² (IBGE, 2020), tem população estimada de 2.530.701 habitantes (IBGE, 2021) e conta com 9077 pessoas em situação de rua; já o município de

Contagem, pertencente a região metropolitana de BH, com extensão territorial de 194,746 km² (IBGE, 2020) e com população estimada de 668.949 habitantes (IBGE, 2020), tem 522 pessoas em situação de rua. A Região Metropolitana de Belo Horizonte é a terceira maior aglomeração urbana do Brasil, composta por 34 municípios (dentre eles Contagem), destacando-se nos setores da indústria e comércio. É relevante o fato que não há limite territorial definido entre essas duas cidades. O Terceiro Censo da PSR de Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2013) revelou que a maior parte da PSR situada em BH, procura o município em busca de trabalho (47,2%), são emigrantes da região central/metropolitana (42,3%) e relatam que permanecem em BH por motivo de trabalho (31,3%); já que a capital é o polo industrial e comercial da região metropolitana. Tais condições podem explicar o motivo de se encontrar maior número de pessoas em situação de rua em Belo Horizonte do que em Contagem. A Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de Rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012) revela que em relação ao local de moradia dos parentes mais próximos, 40,8% dos familiares dessa população moram no mesmo município que a própria pessoa em situação de rua e 30,6% são provenientes de outros municípios de Minas Gerais. Pode-se inferir que muitas pessoas em situação de rua frequentam os dois municípios (BH e Contagem), pela proximidade, procura por subsistência financeira (trabalho) e busca por serviços públicos.

O distrito sanitário Eldorado concentra a maioria da PSR em Contagem, por ser o centro comercial do município e pela maciça presença de restaurantes, lojas e lanchonetes, além do alto tráfego de automóveis e pedestres, o que possibilita, também, de certa forma a obtenção do seu sustento. É também onde se encontra, além da Unidade de Pronto Atendimento JK porte III (Nova UPA JK) e do complexo hospitalar, o Centro Pop, Abrigo e a Casa de Passagem, locais de abrigo e assistência a esse segmento populacional.

Das 532 pessoas em situação de rua cadastradas no programa e-SUS em dezembro de 2020, 435 são homens (81,84%) e 97 são mulheres (18,16%), todos adultos. Dados semelhantes aos encontrados na Pesquisa Nacional da População em situação de rua (2009b) onde 82% das pessoas são do sexo masculino. Para Quiroga e Novo (2009):

Essa diferença não ocorre por acaso. A vida na rua apresenta desafios muito intensos para a vida de uma mulher, em função de suas especificidades em relação aos homens. As obriga a lidar com uma realidade profundamente masculinizada e cheia de preconceitos, situação essa que se impõe de forma muito mais brutal do que os casos de violência e preconceitos vivenciadas cotidianamente por grande parte das mulheres que não estejam em situação de rua. Isto porque são consideradas “frágeis”, portanto, menos adaptada a essa situação extrema, o que faz com que sejam percebidas como vítimas fáceis. (QUIROGA; NOVO, 2009, p.197)

Outra forma de sobreviver em condições insalubres, que as pessoas que estão utilizando a rua como espaço de moradia desenvolvem, é a partir da construção de laços afetivos, que as sustentam frente as iniquidades enfrentadas no cotidiano. Esses laços afetivos são conhecidos como ancoragem. Jorge Broide (2019) os denominam como sendo fios invisíveis que ligam o sujeito a vida, e nestes estão o desejo e a possibilidade de sobrevivência. O autor cita que a ancoragem pode ser as pessoas (amigos, companheiros, familiares, animais de estimação), as instituições (serviços de saúde, assistência, religiosas), as redes de apoio (padrinhos, madrinhas dos locais de circulação, movimentos sociais), os territórios (praças, bares, bairros onde as vidas já estão estruturadas bem como os pontos de acessos a alimentação, cuidado, afeto), e os objetos que os sujeitos trazem como essenciais para suas vidas. Para uma abordagem integral, que considere as subjetividades do sujeito, é necessário reconhecer essas ancoragens, que estão presentes no território da rua, Broide (2019, p.10) salienta que “as ancoragens permite-nos entender como esses laços de vida se organizam no território fragmentado da periferia onde a miséria econômica gera a miséria psíquica. É no meio do território que está o desejo de vida”.

Os serviços de acolhimento institucional devem ser pautados nas características de seus usuários, devendo reconhecer as ancoragens no acolhimento da PSR, para que consigam estabelecer vínculo com os sujeitos. Além de qualificar o acesso, entender e acolher os laços afetivos e característicos da população em situação de rua, torna o serviço como sendo de baixa exigência para o acolhimento e de alto elo para formação de vínculo. Gomes e Elias (2017) ressaltam que os albergues impõem regras de convivência, dificultando a permanência das pessoas em situação de rua. Martins (2018) destaca em seu estudo que as dinâmicas adotadas pelos albergues desorganizam as estratégias de sobrevivência da PSR, além de identificar que horários de entrada e saída pouco flexíveis e sensíveis as dinâmicas das ruas e a impossibilidade de acessá-los sob efeitos de substâncias psicoativas,

faz com que seja negado um espaço protetivo, onde há possibilidade de alimentação, higiene e atendimento profissional.

Dessa forma, é fundamental compreender de que forma as pessoas se relacionam, quais são suas ligações e ancoragens com o território que estão inseridas e quais são as suas estratégias de sobrevivência frente as diferentes formas de violação dos seus direitos; para a criação de vínculo com os serviços assistenciais, de forma efetiva e humanizada, e para a construção do processo de saída das ruas.

3.5 BARREIRAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Do indivíduo perigoso do século XIX que era necessário reprimir, chegou-se à pessoa em perigo do fim do século XX, a quem é preciso acolher. Aquele que há algumas décadas era visto como ameaça para a sociedade e a ordem pública passa a ser visto como uma pessoa em perigo. Não se trata mais de defender a sociedade, mas de salvar o indivíduo vulnerável (FILGUEIRAS, 2019). Garantir o acesso aos serviços essenciais de saúde e de proteção social, principalmente em época de crise econômica e aumento do contingente populacional em estado de pobreza e extrema pobreza, é mais que um dever do Estado; é um ato de cidadania e solidariedade.

A PSR está em condição de vulnerabilidade devido as condições impostas no cotidiano das ruas. Farias, Gomes e Almeida (2016) ressaltam que a rua enquanto espaço de morada, interfere na saúde mental dessas pessoas, causando perda da autoestima e da prática do autocuidado. Sevalho (2018) relaciona a vulnerabilidade a perda de direitos, de cidadania e de garantias adquiridas. Nesse contexto ressalta-se a sujeição a violência, desigualdade perante a lei, barreiras no acesso aos serviços de saúde, a assistência social, ao desemprego e a insalubridade gerada pelo trabalho informal, que levam ao apartheid social, na estruturação urbana. Para Engstrom (2019) a vulnerabilidade da PSR está ligada a dificuldade de fazer escolhas e da privação da liberdade pessoal, situações que estão imbricadas com a pobreza.

Na Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de Rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012) 52,1% dos entrevistados responderam que não possuem qualquer problema de saúde, enquanto

46,6% responderam que possuem algum problema de saúde (1,3% ou não soube dizer ou não respondeu à pergunta). Apesar dessa informação contradizer o senso comum da vida nas ruas, esses dados podem ser interpretados de outro ponto de vista. No Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis (BRASIL, 2004), realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, 18,4% (de Porto Alegre/RS) e 36,0% (de Belém/PA) do total dos respondentes afirmaram considerar o seu próprio estado de saúde regular ou ruim, e em relação a escolaridade quanto maior o grau de instrução, maior a tendência dos indivíduos de considerarem seu estado de saúde regular ou ruim. Isso evidencia que “um fator importante na análise da percepção do estado de saúde é que ela pode variar de acordo com as experiências sociais de cada indivíduo e com a disponibilidade dos serviços sociais e de saúde” (BRASIL, 2004, p. 167). Assim, os dados fornecidos pela Pesquisa Estadual sobre a População em Situação de Rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012), sugerem não que a população em situação de rua esteja de fato saudável, mas as pessoas que responderam, acreditam que estão saudáveis, de acordo com sua própria percepção, mesmo vivendo num ambiente exposto a inúmeras iniquidades à saúde, como as ruas.

Para o entendimento sobre a procura aos serviços de saúde, é importante também, o conhecimento de quais são os principais problemas de saúde que acometem essa população. Para Farias, Gomes e Almeida (2016, p.33) “o desconhecimento sobre o contexto de vida das pessoas em situação de rua contribui para a formação de juízos equivocados”. As autoras citam que as principais doenças que acometem a PSR, está ligada ao desgaste físico e emocional provocados pelo cenário de privação das ruas. Segundo a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (2009b), os principais agravos autorrelatados pela PSR, são (tabela 2):

Tabela 2 – Principais problemas de saúde referidos por pessoas em situação de rua

Problemas de saúde referidos	%
Cardíacos	13,6
Mentais	9,6
Problemas respiratórios	9,5
Dores em geral	8,1
Endócrinos	6,0
Neurológicos	5,7

Órgãos de sentido	5,4
AIDS	5,1
Alcoolismo e dependência Química	4,4
Gástricos e intestinais	4,1
Traumatismos e próteses	4,0
Paralisia e deficiência física	2,8
Circulatórios	2,0
Reumatológicos	1,9
Hepáticos	1,5
Câncer	1,1
Resfriados	0,9
Anemia, cansaço, fraqueza	0,9
Dermatológicos	0,8
Renais e urinários	0,8
Alérgicos	0,5
Saúde bucal	0,4
Diversos	7,0
Não informado/não especificado	2,7
Sinais e sintomas mal definidos	0,9
Total	100,00

Fonte: I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua (2008).

O Manual sobre o Cuidado junto à População em situação de rua (BRASIL, 2012a), destaca como problemas clínicos mais comuns a essa população, os problemas nos pés (pela locomoção constante e desprotegida), infestações (principalmente sarna e piolhos), tuberculose (com chance de contrair tuberculose de 48 a 67 vezes maior que na população geral), IST, HIV/AIDS, doenças crônicas, alcoolismo, uso de drogas e problemas de saúde bucal.

Em 2016, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2016) realizou um estudo com a população em situação de rua em Porto Alegre, para o conhecimento das principais doenças de saúde que acometem esse segmento populacional. Nesse estudo, a dependência química/álcool foi encontrada como problema de maior prevalência entre os homens, juntamente com problemas de saúde bucal e doença mental, nas mulheres (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de doenças e/ou problemas de saúde ente homens e mulheres em situação de rua

Sexo	Tipo de Doenças													
	Doença de pele	DST	HIV/AIDS	Doença mental	Dependência química/ álcool	Doenças respiratórias	Tuberculose	Diabetes	Hepatite	Cardíacas	Dores no corpo	Pressão alta	Problema nos dentes	Deficiência física
Homens	7,1	5,4	11,3	32,7	61,6	18,7	7,5	3,4	7,5	8,9	41,1	18,3	47,1	12,8
Mulheres	12,3	16,4	29,2	49,3	40,5	43,2	5,5	13,3	12,5	12,2	54,1	30,7	49,3	13,9

Fonte: UFRGS (2016).

Segundo o Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), as principais doenças autorrelatadas pela PSR foram: hipertensão (16%), doenças de pele (14%), infecções sexualmente transmissíveis (5,7%), hepatites (4,7%), diabetes (4,6%) e tuberculose (4,2%). Na Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de Rua de Minas Gerais (Minas Gerais, 2012), os problemas de saúde mais citados foram ortopédicos (23,6%), cardíacos (17,1%) e psiquiátricos (15,4%), correspondendo a 56,1% da doenças autorrelatadas. A multicausalidade das doenças na PSR, mostra a complexidade do tratamento dessa população, exigindo uma atenção integral, interdisciplinar e intersetorial.

Segundo estudo feito por Bagget et al. (2013) em Boston, Massachusetts/EUA, as pessoas em situação de rua, menores de 65 anos, tem mortalidade por todas as causas, cinco a dez vezes maior que a população em geral.

Na pesquisa realizada pelo MDS (BRASIL, 2009b), quando perguntados sobre quais serviços procuravam quando estavam doentes, 43,8% relataram procurar em primeiro lugar o hospital/emergência e 27,4% relataram procurar o posto de saúde. O Terceiro Censo sobre a População em Situação de Rua de Belo Horizonte

(PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013) revela os locais autorrelatados para o tratamento de saúde: 49% alegam procurar UPA/Hospital ou Pronto Socorro como primeira opção de tratamento de saúde e 44,2% os centros de saúde (UBS) da capital mineira. Segundo Cervierei et al. (2019) a procura pelos serviços de saúde se dá, majoritariamente, através dos serviços de urgência, decorrente do abuso de álcool e outras drogas ou situações de violência. Farias, Gomes e Almeida (2016) salientam que, geralmente, o que fazem as pessoas que estão nas ruas, procurarem os serviços de saúde são: dor, febre e acidentes; situações que exigem assistência imediata, características dos serviços de pronto-atendimentos.

A forte presença da PSR nos serviços de urgência/emergência denota a fragilidade da rede básica intersetorial. Essa situação pode indicar também barreiras de acesso aos serviços da APS ou a não criação de vínculo com rede intersetorial assistencial. Segundo Starfield (2002, p.208) “a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada”.

Assim, quando essas pessoas conseguem acessar os hospitais ou as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), chegam com quadros de saúde mais agravados, que requerem cuidados de maior densidade, tanto assistenciais, quanto tecnológicos. Dessa forma, alguns casos precisam da continuidade do plano terapêutico, com acesso a curativos, medicamentos, locais para repousar, acompanhamento, supervisão do estado de doenças crônicas etc. Aqui o trabalho intersetorial, com acesso aos albergues, casas de repouso, acompanhamento das equipe do Consultório na Rua e/ou das eSF, são fundamentais para a reabilitação.

O trabalho intersetorial se faz importante também, em casos de tratamento de pacientes com doenças crônicas, que necessitam de um cuidado longitudinal, mas que existe a dificuldade de acompanhá-los devido a sua mobilidade dentro ou fora do território. Engstrom (2019) cita como exemplos, o cuidado nos casos de pessoas com HIV/AIDS, hipertensão, diabéticos, tuberculosos e gestantes que precisam do acompanhamento pré-natal. Assim é necessário, para as equipes do Consultório na Rua, uma rede de apoio intersetorial.

Medidas constitucionais foram importantes na garantia do acesso da PSR aos serviços de saúde. O Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da

População em Situação de Rua, resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2013), que define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS, tem como objetivo garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrente dos processos de trabalho na rua e das condições de vida e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida desta população.

A portaria nº2436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a PNAB 2017 (BRASIL, 2017a), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção básica no âmbito SUS, reafirma o direito ao acesso aos serviços de saúde de forma universal e sem discriminações, como visto no Art.2:

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (BRASIL, 2017a)

Mesmo com o avanço em direção a políticas que assegurem o direito das pessoas em situação de rua aos serviços, não ocorreu a mudança na realidade enfrentada por essas pessoas. Assis e Jesus (2012, p. 2866) ressaltam que “na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente e ainda, persistem significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros”. Segundo Lima (2017) ainda predominam as práticas de assistencialismo que não resolvem o problema e é urgente e necessária uma política pública que possa garantir o acesso à moradia, emprego, saúde e estudo a essas pessoas, medidas que venham a contribuir para a superação da condição de vulnerabilidade e de invisibilidade em que se encontram. Valle (2018) reforça que o acesso aos serviços de saúde é um pressuposto essencial, para quem está exposto a injúrias como dormir ao relento, estar exposto a variações de clima, temperatura, violência e discriminação.

Apesar do direito constitucional a saúde, situações constantes de impedimento de acesso aos serviços de saúde estão presentes na realidade de quem mora na rua. Segundo Vale e Vecchia (2019) o direito à saúde não se materializa em acesso aos serviços de saúde, como reflexo da situação de exclusão social que vivencia a PSR.

Ainda é recorrente o cuidado à saúde restrito às situações de urgência e emergência, de forma que ações de promoção e a continuidade do cuidado à saúde ficam restritas. Situação confirmada por Friedrich et al. (2019), que devido às barreiras de acesso, as pessoas em situação de rua raramente chegam espontaneamente aos serviços de saúde, levando a um aprofundamento da situação de vulnerabilidade.

Segundo Paiva (2015), ainda que a CF de 1988, assegure a saúde como um direito fundamental de todos e um dever do Estado, que deve ser garantida pelas políticas econômicas e sociais, na realidade, não se vê a extensão desse direito à PSR, pois ela ainda vive à margem dos processos de inclusão e sofre com uma enorme vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços.

A discriminação ainda é uma recorrente barreira de acesso aos serviços de saúde. Não é incomum os relatos de recusa em ir para unidades de saúde devido a episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento por parte dos profissionais de saúde e impedimento de entrada nas unidades de saúde. Um dado que confirma essas alegações foi trazido pela Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), que revela que 18,4% dessas pessoas já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde. Travassos e Martins (2004) relatam que a maneira com que as pessoas são recebidas nos serviços, ou seja, sua experiência passada, influenciam a decisão de procurá-los novamente. Quando os profissionais de saúde escutam as histórias das pessoas em situação de vulnerabilidade, durante os atendimentos clínicos, podem reforçar as barreiras de acesso, com atitudes discriminatórias e preconceituosas; ou, possibilitar o acesso a informações construtivas, dialógicas, sem julgamentos, com o objetivo de ampliar a autonomia desses cidadãos (UFRGS, 2020b).

A discriminação racial aumenta o estado de vulnerabilidade da pessoa em situação de rua, impondo mais dificuldades no acesso aos serviços assistenciais. As origens escravocratas da PSR, vão ao encontro da estratificação social e econômica da sociedade brasileira, onde o racismo estrutural está na base da sua formação histórica. Almeida (2018) ressalta que o racismo se manifesta através de práticas conscientes ou inconscientes que geram desvantagens e iniquidades para os indivíduos. Como alerta Sueli Carneiro (2011), a pobreza no Brasil tem cor e podemos concluir, através dos dados do Censo Nacional sobre a População em Situação de Rua – Censo Pop Rua (BRASIL, 2019a), onde 67% das pessoas entrevistadas “se

autodeclararam pardas ou pretas”; que a rua também tem cor. Uma proporção que ultrapassa a que se refere o percentual da população negra brasileira como um todo, que é de 56,4% (IBGE,2010). “Conforme convenção do IBGE, no Brasil, negro é quem se autodeclara preto ou pardo, pois população negra é o somatório de pretos e pardos” (OLIVEIRA, 2004, p.1). Segundo os dados apresentados no Relatório Técnico-científico, do Projeto Incontáveis (Polos-UFMG), em 2021 (DIAS, 2021), em Contagem/MG 63,53% da PSR são pardos e 23% pretos. Ou seja, uma população negra de 86,53%, com um recorte de 93% das mulheres que estão em situação de rua no município, negras. Nesse estudo, no Brasil, 67,36% dos homens e 70,79% das mulheres em situação de rua são negras, e, em Minas Gerais, a PSR é composta por 78,25% de homens e 80,13 % e mulheres negras. Dias (2021, p.47) ressalta que “o apagamento, a invisibilização e a eliminação das existências das pessoas em situação de rua, vidas majoritariamente negras, não podem/devem ser admitidos e precisam ser imediatamente combatidos em nosso país”.

O racismo potencializa a discriminação ligada a pobreza e a condição de rua, e, dificulta ainda mais, o acesso aos serviços de saúde. Assim, é preciso apoiar o cuidado em políticas antirracistas que realizem a desconstrução do preconceito racial, que está na estrutura dos serviços. Os próprios dados do IBGE (2010) apontam que a população negra possui as piores condições de distribuição de renda, saúde, moradia e acesso a serviços, maiores taxas de analfabetismo, desemprego e informalidade. Assim, temos uma parcela da população negra que acaba inserindo na situação de rua, como única alternativa de sobrevivência, frente as condições estruturais da sociedade brasileira (UFRGS, 2020b).

Raça e classe social, estão interligados, e podem convergir para a condição de pobreza, que influencia no acesso à direitos e serviços, como moradias dignas, saneamento básico, segurança alimentar e renda, para além do acesso à saúde (UFRGS, 2020b). Compreendendo o fenômeno da população em situação de rua como mais uma evidência do racismo estrutural presente em nossa sociedade há séculos, é necessário, como uma das formas de combate ao racismo, como observa Oliveira (2004, p.47) que “as existências sejam não somente contabilidades, reconhecidas e respeitadas, mas parem de ser violadas, estigmatizadas, patologizadas, criminalizadas, encarceradas e eliminadas.”

Segundo Paiva et al. (2016) as pessoas em situação de rua vêm sendo atendidas apenas em situações emergenciais, muitas vezes, por profissionais sem o devido preparo técnico para compreender suas necessidades de saúde. Se o profissional atuar com posturas e atitudes preconceituosas, não ocorrerá a construção do vínculo e dificilmente o plano de cuidado será realizado (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015). Para a obtenção de uma atenção à saúde resolutiva, a entrada no serviço deve ser realizada de forma facilitada e humanizada. A postura do profissional influencia na continuidade do cuidado e na formação de vínculo. Segundo Travassos e Martins (2004), a continuidade do tratamento depende a fatores relacionados ao vínculo, a facilidades encontradas no acesso e a resolutividade da atenção.

O Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto a PSR (BRASIL, 2012a), aponta que a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários, tendo o seu direito à atenção integral à saúde renegado e, quando muito, apenas é atendido nas emergências.

Se, por um lado, o cuidado em saúde para a PSR, seja dos profissionais ou da família, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro lado, privar ou colocar barreiras no acesso aos serviços de saúde pode potencializar o sofrimento das pessoas e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento, como observa Pinheiro e Silva Junior (2009). Como elementos facilitadores do acesso aos serviços, Rezende (2010) cita o acesso universal, o vínculo, a corresponsabilização e, como obstáculo para utilização dos serviços, é mencionado a fila, o tempo de espera para obtenção do atendimento, o tratamento recebido e as respostas para as demandas.

Algumas barreiras para a assistência são destacadas no Manual Sobre o Cuidado à saúde junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012a), como hospitais que exigem acompanhante para a pessoa em situação de rua ser atendida, UBS que não costuma adscrever pessoas que estão sem endereço fixo, profissionais de saúde alheios à realidade da PSR que prescrevem medicamentos inexistentes na rede e caros e a dificuldade dessa população em compra-los, a falta de serviços institucionais para restabelecimento após alta hospitalar em quantidade suficiente e a dificuldade desses usuários na marcação, e acesso a guia de referência das consultas

especializadas. Martins (2018) destaca ser comum o relato de pessoas em situação de rua que tiveram o Serviço de Atendimento de Móvel de Urgência (SAMU) negado, justificando ser essa uma questão social ou de uso de drogas. A Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de Rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012) revelou que 14,5% dos entrevistados encontraram barreiras de atendimento em serviços de saúde. Os principais motivos para o não atendimento foram: falta de documentos (23,5%); preconceito/discriminação (22,1%); falta de residência fixa (19,1%); condições de higiene inadequada (4,4%). 11,8% não souberam ou não quiseram responder à questão e o restante informou outros motivos (demora no atendimento, falta de médico, lotação etc.), todos correspondendo a menos de 0,9%.

Mesmo com a vigência da portaria 940 de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), que desobriga apresentar o Cartão Nacional de Saúde para acessar os serviços de saúde, os usuários ainda apresentam dificuldade para acessar esses serviços, devido ao desconhecimento da rede sobre a liberação do atendimento sem o cartão citado ou pela falta de documentação individual (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2021). A nota informativa conjunta nº 10/2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c), recomenda procedimentos que garantirão o acesso dessa população ao cuidado relacionado a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS, e hepatites virais, reconhecendo que em muitos casos a pessoa que está em situação de rua não possui documentos de identificação. Na ausência do documento de identificação com foto, o Cartão Nacional de Saúde (CNS), poderá ser utilizado como documento de identificação; e se a pessoa não possuir o CNS, a equipe do Consultório na Rua deverá confeccioná-lo; e que na ausência do CnR qualquer outra unidade da rede de saúde que o usuário busque atendimento poderá fazê-lo (BRASIL, 2017c).

Outras barreiras impostas pelos serviços de saúde são destacadas por Paiva et al. (2016) como a competição do horário do atendimento, que muitos serviços de saúde impõem, com o horário que o indivíduo, com frequência, sai para conseguir o seu sustento. Nesse caso as pessoas em situação de rua costumam optar pela luta ao seu alimento e subsistência, deixando a assistência de saúde em segundo plano. Outro ponto destacado é o preconceito e/ou a negativa do atendimento a PSR, quando essa se apresenta com baixas condições de higiene. Segundo Santana e Rosa

(2016), a universalidade, princípio fundamental do SUS, garante o acesso de todas as pessoas ao sistema de saúde, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas, sociais e estado de saúde. E quando o profissional de saúde se recusa a realizar o atendimento a PSR, por motivos de baixa higiene, está rompendo esse princípio e negando um direito ao cidadão. Hallais e Barros (2015) ressaltam que a falta de higiene, mau cheiro e efeito de drogas lícitas ou ilícitas, promovem queda na qualidade do acolhimento da pessoa em situação de rua nos serviços de saúde, reforçando a estigmatização.

Instituições de abrigamento e acolhida para PSR, que impõe regras excessivas de acolhimento e permanência, considerados serviços de alta exigência, funcionam como barreiras de acesso para quem busca seus serviços. Segundo dados do Terceiro Censo da População em Situação de rua de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013) a principal razão apontada para não dormir nos albergues e abrigos de BH é a inflexibilidade de horário e a presença de regras e rotinas excessivas.

Paiva et al. (2016) observa que as políticas voltadas para esse segmento são em grande parte compensatórias e assistencialistas, dificultando a materialidade do direito à saúde. Assim, são necessárias políticas sociais equânimes que respondam as especificidades da população em situação de rua. Para ofertar um cuidado humanizado e resolutivo, há que se pensar também no trabalho em rede inter e intrasetoriais, haja visto a complexidade das demandas e necessidades da pessoa em situação de rua, com destaque para a articulação SUS/SUAS. As barreiras de acesso impostas pelos serviços de saúde de alta exigência de acolhimento e permanência e a falta de habilidade profissional em lidar com a PSR, devem ser combatidas através de qualificações institucionais e profissionais, mudanças curriculares e estruturais em todas as esferas institucionais.

3.6 CONSULTÓRIO NA RUA: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada por Barbara Starfield (2002) como o nível do sistema de saúde que fornece entrada para todos os outros pontos da rede de saúde, com assistência centrada na pessoa, sendo orientada por quatro atributos essenciais: atenção ou acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e três atributos derivados: abordagem familiar, enfoque comunitário e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O acesso aos serviços de saúde, atributo essencial da APS, é um elemento que impacta positivamente no estado de saúde de uma população, e tem sido descrito sob diferentes perspectivas na literatura. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, o acesso é entendido como a ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero aos serviços de saúde. Assis e Jesus (2012, p. 2868) conceituam o acesso como a “liberdade de usar os serviços de saúde”. O acesso por vezes é citado como sinônimo de utilização dos serviços, porém, de acordo com Araújo et al. (2017, p.590), “o acesso refere-se à oportunidade, enquanto utilização é a manifestação dessa oportunidade”. Vuori (1991) entende o acesso como atributo da qualidade dos serviços de saúde. Para o autor o acesso consiste na ausência de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis, produto da relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.

De acordo com Quindere et al. (2013) o conceito é complexo e não significa apenas o ato de ingressar no serviço de saúde. Acesso não deve ser compreendido apenas como a porta de entrada do sistema de saúde, deve ser ampliado para a compreensão de acessibilidade, que está associada com a adequação dos profissionais e dos equipamentos de saúde as necessidades da população. Acessibilidade é compreendida então, como a capacidade do usuário em obter cuidados de saúde sempre que necessitar, para cada problema novo ou para cada novo episódio de um mesmo problema e de maneira fácil e conveniente. O autor ressalta que acessibilidade se relaciona com a oferta do serviço e a capacidade de

utilização pela população. Acessibilidade está ligada ao atendimento das necessidades dos usuários pelos serviços de saúde e a resolubilidade em resolver essa demanda.

De acordo com documento elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2011, o acesso é composto por dois componentes:

- a. o acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado;
- b. o acesso sócio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas pode significar barreiras ao acesso. O mesmo ocorre com: as horas de disponibilidade da unidade de saúde; a oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a unidade de saúde não está disponível; a facilidade de acesso para idosos e portadores de deficiências físicas; o tempo médio gasto na sala de espera; a ausência de dificuldades com linguagem; as barreiras relacionadas a gênero; as acomodações; a aceitabilidade das diferenças culturais; a disponibilidade de brechas para consultas de emergências; o intervalo de tempo entre marcar e consultar; a disponibilidade para visitas domiciliares; a oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço; a busca ativa etc. A organização da agenda para garantir consultas programadas permite que as ações de promoção e prevenção em saúde, tais como acompanhamento pré-natal e aconselhamento em doenças crônicas, sejam realizadas. (BRASIL, 2011, p.30)

A PNAB (2017) regulamenta que é responsabilidade comum a todas as esferas de governo assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS; e a UBS deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Dessa forma, o acesso tem relação com a capacidade do serviço de saúde em responder às necessidades de saúde de todas as pessoas, seja ela residente ou itinerante, de maneira equânime e universal. Rocha, Bocchi e Godoy (2016, p.88) ressaltam que “garantir o acesso aos cuidados em tempo oportuno é uma das características de sistemas de saúde de alta qualidade”.

O Conselho Nacional de Saúde, através da Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde (Resolução nº 553, de 09 de agosto de 2017), reafirma os direitos do usuário do SUS garantidos na Constituição de 1988, como o acesso, assegurando que:

Primeira diretriz: toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

I - Cada pessoa possui direito de ser acolhida no momento em que chegar ao serviço e conforme sua necessidade de saúde e especificidade, independentemente de senhas ou procedimentos burocráticos, respeitando as prioridades garantidas em Lei. (BRASIL, 2017b, p.02)

Mesmo que venha ocorrendo a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo território nacional, historicamente, os segmentos populacionais de vulnerabilidade à saúde, vem encontrando dificuldades de acesso aos serviços da APS em virtude de suas singularidades.

A PSR tem características próprias que tornam seus sujeitos pessoas com maior chance de adoecer, pelos riscos à saúde que estão expostos diariamente nas ruas, requerendo uma atenção com equidade nos serviços de saúde. Assim, esse princípio deve ser garantido para que em uma sociedade com desigualdades sociais como a brasileira, na qual existem diferenças nas condições de vida, de saúde, e, nas necessidades dos sujeitos, o pensar em saúde se faz necessário para que as especificidades sociais não sejam barreiras no acesso aos serviços de saúde. Para Jesus e Assis (2012) a equidade é uma diretriz capaz de organizar e priorizar ações e serviços de saúde, direcionando-as para grupos populacionais desiguais socialmente, para superar as iniquidades presentes; e o acesso, no âmbito da APS, está relacionado com a facilidade de o usuário entrar no serviço e intimamente ligado com a localização da unidade de saúde, a disponibilização de consultas para a demanda espontânea e a percepção que a população tem em relação ao acesso aquele serviço (acessibilidade).

A Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde (BRASIL, 2017b), também procura combater as formas de discriminação aos usuários dos serviços de saúde e garantir uma assistência humanizada e inclusiva:

Terceira diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível.

§11 É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência. (BRASIL, 2017b, p.04)

Frederik et al. (2019) ressaltam que o acesso deve acontecer respeitando as escolhas da PSR, garantindo direitos e cidadania. Araújo e Schramm (2017) alertam que o acesso aos serviços de saúde deve envolver o cuidado ampliado as populações

mais vulneráveis, garantindo a integralidade das ações e considerando o contexto sociopolítico e as peculiaridades locais.

Com o objetivo de ampliar o acesso, minimizar desigualdades, prestar atenção integral e articular o cuidado com a rede de serviços da APS, o Consultório na Rua é implantado pela PNAB 2011 como equipe responsável pelo atendimento *in loco* e em outros pontos móveis e fixos da rede de saúde, para as pessoas em situação de rua. É regulamentado, posteriormente, pela portaria nº 122 de 25/01/2011 (BRASIL, 2012b), que define as diretrizes e funcionamento das equipes; pela portaria nº 123 de 25/01/2012 (BRASIL, 2012c), que determina os critérios de cálculo do número máximo de equipes por município, e pelo Manual sobre o cuidado à saúde junto à PR (BRASIL, 2012a), proposto pelo Ministério da Saúde com o intuito de uniformização de ações.

A Atenção Primária configura-se como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tendo como modelo de atenção prioritário a ESF. Espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis, integrais, equânimes e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população. O Consultório na Rua, como um serviço da APS, seria a porta de entrada da pessoa em situação de rua no SUS, da mesma forma que as eSF são a porta de entrada para a população que tem residência fixa (BRASIL, 2011).

Em municípios onde está implantado o Consultório na Rua, o encontro entre os profissionais da eSF e as pessoas em situação de rua ocorrem, geralmente, nas unidades de saúde, e é por ele facilitado, sendo que, com a criação do vínculo e o primeiro atendimento feito nas unidades de saúde, um importante passo é dado, no acesso ao primeiro contato. Importante destacar que o atendimento a PSR, não é exclusivo ao Consultório na Rua, deve ser compartilhado com todas as equipes que compõe a rede de saúde dos municípios. Na ausência da equipe do Consultório na Rua, as pessoas em situação de rua devem ser atendidas pelas equipes da APS do território em que se encontram, como qualquer outro morador da mesma região.

A presença das equipes do Consultório na Rua dividindo espaço físico com as eSF/eAP/eAB e equipes multiprofissionais do NASF, nas unidades de saúde permite estreitar laços entre os profissionais e colaborar para a construção de projetos terapêuticos. Segundo Engstrom (2019, p.57) essa interação possibilita o matriciamento nos casos de “saúde mental, uso de álcool, violência familiar/social,

não adesão a terapêuticas ou mesmo em atendimentos a situações de urgências/emergências de usuários domiciliados sob cuidado das ESF”.

De acordo com a portaria 122 de 25/01/2011 (BRASIL, 2012c), a equipe do Consultório na Rua poderá ser composta por: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem; e técnico em saúde bucal. A portaria 1029 de 20/05/2014 (BRASIL, 2014), acrescentou à equipe os seguintes profissionais: cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. A formação da equipe multiprofissional favorece a prática de trabalho interdisciplinar com trocas de saberes e técnicas entre os profissionais. A integração dos saberes é importante no cuidado desta população, que devido a sua complexidade necessita de um trabalho multidimensional, além de ser necessário, também, singularizar o cuidado levando em conta o histórico de vida de cada indivíduo e lançar mão de ferramentas que ampliam o olhar, como o Projeto Terapêutico Singular. Em estudo realizado por Engstrom et al. (2019), apontou-se que as equipes do Consultório na Rua utilizam projetos de cuidados compartilhados para a maioria dos usuários na rua e a construção do Projeto Terapêutico Singular para os casos mais complexos. A conformação do tratamento na perspectiva da integralidade do cuidado se mostra mais resolutiva e só é possível devido à composição multiprofissional das equipes.

A portaria 1029 de 20/05/2014, que amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua, implementa as seguintes modalidades de equipe do Consultório na Rua:

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

III -Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico." (NR) (BRASIL, 2014)

O Comitê PopRua-MG (Minas Geras, 2018, p.13) pontua que o agente social é o profissional que potencializa a abordagem junto a PSR, devendo ser realizada de forma “responsável, humanizada, especializada e multidisciplinar, respeitando os preceitos e as diretrizes da assistência social, da saúde e os direitos humanos”. A portaria 122 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c) ressalta que é função do agente social “garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua”.

Segundo a portaria nº2436, de 21 de setembro de 2017, que atualiza a PNAB, as equipes do consultório na rua têm composição variável, e são responsáveis por articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regimentos descritos em portaria específica. Conforme a PNAB (2017), a equipe do Consultório na Rua é caracterizada por:

Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil. (PNAB, 2017a)

O cuidado integral às pessoas em situação de rua é complexo, e, envolve, além das ações e serviços multiprofissionais, de baixa exigência, habilidades gerenciais, escuta qualificada, acolhimento humanizado, respeito a autonomia e singularidade dos sujeitos, com desconstrução de preconceitos e estigmas e capacidade de trabalhar em equipe, ressaltando a perspectiva transversal da Redução de Danos.

Os serviços ofertados pelas equipes do Consultório na Rua estão presentes na carteira de serviços da atenção básica, como os citados nas Diretrizes Norteadoras para o trabalho dessas equipes do RJ:

- Cadastramento da população em situação de rua da área adstrita do Consultório na Rua;
- Ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, redução de danos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde;
- Avaliação de risco e identificação das necessidades de cuidado;
- Acompanhamento multiprofissional na unidade de atenção primária e na rua;
- Ações individuais, em grupo e visitas na rua;
- Acompanhamento em todas as linhas de cuidado descritas nesta carteira de serviços para crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- Atenção ao pré-natal das gestantes em situação de rua;
- Atenção à saúde bucal;
- Atenção à saúde mental;
- Busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e outros agravos prevalentes na rua;
- Ações de educação em saúde, promoção do autocuidado e atividades culturais;
- Atividades de fomento ao protagonismo e à autonomia;
- Ações de estímulo ao controle social através da participação da população (RIO DE JANEIRO, 2016, p.21)

Engstrom (2019) acrescenta como serviços realizados pelas equipes do Consultório na Rua, os testes sorológicos para sífilis, HIV, hepatites, teste de gravidez e exame de escarro para tuberculose, cuidados imediatos, com medicamentos para dor, antibióticos, psicotrópicos, curativos e outros insumos, primeiros cuidados às urgências/emergências e nas agudizações de condições crônicas, além das relacionadas com a violência, traumas, ou mesmo nas de natureza psiquiátrica, situações que exigiam mobilização intensa da equipe e da integração com a rede. Outra atribuição importante das equipes do Consultório na Rua, é a busca ativa, visto a característica itinerante e flexível dessa população.

Em estudo realizado por Machado e Rabelo (2018), que teve como objetivo identificar os componentes de competências utilizadas pelos profissionais do consultório na rua e problematizar as competências necessárias para atuar junto ao trabalho na rua e para o trabalho intersetorial, foi identificado, a partir de três dimensões, o perfil de competência. Na dimensão Clínica do Cuidado é apontado como competência dos profissionais *“a capacidade de articular aspectos biológicos, psicológicos e sociais que subsidiem a atenção à saúde”*. Está inserido nessa dimensão aspectos como a habilidade de escutar, abertura ao outro, conhecimento sobre os agravos mais prevalentes na população em situação de rua, saber lidar com o preconceito e conhecimento em saúde mental. Na dimensão “Processo de trabalho”, relativa à organização e operação do processo de trabalho, é possível elencar competências como trabalhar de forma humanizada em equipes multiprofissionais

aplicando a redução de danos. Na terceira dimensão, classificada pelos autores como “Organização, mediação e atenção em sistema de saúde pública e articulação das demais políticas públicas complementares ao trabalho da equipe do Consultório na Rua”, são identificadas competências profissionais como conhecimento sobre políticas de saúde, rede local e de assistência social e a promoção do acesso aos serviços de saúde.

Em estudo realizado com os profissionais das equipes do Consultório na Rua, Engstrom (2019) constatou que fatores como falta de insumos, rede de saúde desarticulada, ações fragmentadas e desconectadas de outros setores, e as próprias iniquidades que a extrema pobreza produzem são geradores de angústias e sofrimentos nos profissionais; por outro lado, as características desse trabalho, que o torna mais vivo e criativo, são fatores disparadores de satisfação profissional.

De acordo com a PNAB 2011, a população adscrita por uma equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) é de 2.000 a 3.500 pessoas, chegando no máximo a 4.000 pessoas. Já a portaria 122 de 2012 (BRASIL, 2012c), normatiza que o parâmetro adotado para uma equipe do Consultório na Rua é de a oitenta a mil pessoas em situação de rua. O número reduzido de pessoas cadastradas para essa equipe permite a formação de vínculo, o que muitas vezes não é possível em eSF com populações adscritas muito grandes; além de ser importante destacar que municípios que já possuem, 80 pessoas em situação de rua, justificam a implantação do consultório na rua. O consultório na rua utiliza como estratégia de cuidado a formação de vínculo com a pessoa em situação de rua, fazendo a interlocução com os profissionais de saúde da rede através do diálogo e de processos de trabalho institucionalizados, diminuindo a resistência de muitos profissionais para esse atendimento e facilitando o acesso da população da rua aos serviços.

Tão importante quanto o acesso às políticas e serviços de saúde, é pensar no acesso à informação à saúde e ao estímulo a autonomia do indivíduo, para que assim possam ser corresponsáveis no cuidado (UFRGS, 2020b). A informação em saúde é um instrumento para o conhecimento da realidade sócio sanitária e fundamental para planejar as ações e serviços de saúde, devendo fazer parte do processo de trabalho das equipes do Consultório na Rua. Para o setor saúde, a informação é fundamental para à tomada de decisão e para conduzir o desenvolvimento das ações. No Manual para Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada – CDS (versão 3.0)

e-SUS (software oficial do Ministério da Saúde), de 2018 (BRASIL, 2018), o cadastro da pessoa em situação de rua é registrado na ficha de cadastro individual e na ficha de cadastro familiar e territorial (bloco cidadão em situação de rua), sendo importante manter esse cadastro atualizado, uma vez que as pessoas podem não permanecer mais no território, pois, assim como esse, a rua também é viva. De acordo com o Manual citado, os dados deverão ser preenchidos pelos agentes de ação social das equipes do Consultório na Rua ou pelo agente comunitário de saúde (ACS). Nas situações em que os agentes não participem da composição do Consultório na Rua, esta ficha poderá ser preenchida por qualquer profissional da equipe.

A implantação dos prontuários eletrônicos (PEC), pela estratégia e-SUS, foi um importante avanço na qualidade das informações produzidas na APS (Araújo, 2019). A utilização do prontuário eletrônico pode ser realizada pelas equipes do Consultório na Rua nas UBS's que estão lotados, para sistematizar o processo de trabalho. Dessa forma, os prontuários e fichas cadastrais são ferramentas importantes para as equipes planejarem os seus processos de trabalho, além de fornecerem informações para o monitoramento e avaliação de suas ações, como na longitudinalidade do cuidado, nos planos terapêuticos e no mapeamento dos territórios.

Com o Sistema de Informação da Atenção básica (SISAB), é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe. São compilados dados provenientes da Coleta de Dados Simplificado (CDS) e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), realizados pelas equipes do Consultório na Rua.

Em dezembro de 2019, havia 158 equipes do Consultório na Rua implantadas em 111 municípios brasileiros, de acordo com o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (Tabela 4). Mas esse quantitativo é insuficiente; está aquém do número de equipes necessárias para atender os 262 municípios elegíveis, que seria de 307 equipes do Consultório na Rua, de acordo com o cálculo de número máximo de novas equipes que poderão ser financiadas pelo Ministério da Saúde.

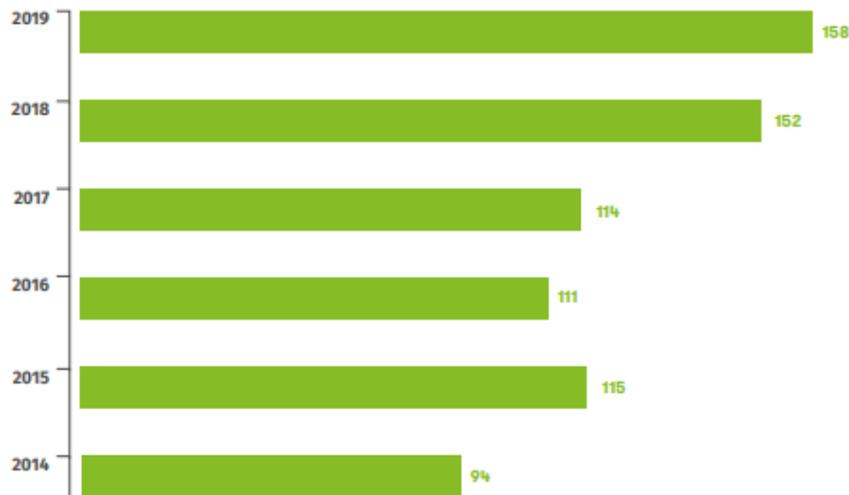
Tabela 4 - Quantitativo de Equipe de Consultório na Rua, implantado no Brasil, por estado.

UF	Nº DE EQUIPES	MUNICÍPIOS ATENDIDOS
AC	1	1
AL	6	1
AM	2	2
AP	1	1
BA	5	5
CE	1	1
DF	3	1
ES	3	2
GO	5	2
MA	2	2
MG	18	15
MS	3	3
MT	2	2
PA	3	3
PB	5	2
PE	6	5
PI	1	1
PR	7	4
RJ	21	15
RN	3	3
RO	1	1
RR	0	0
RS	8	7
SC	4	4
SE	1	1
SP	45	26
TO	1	1
TOTAL	158	111

Fonte: Ministério da Saúde. Relatório de Gestão (2019).

Mesmo se mostrando como o principal modelo de atenção à PSR, os consultórios na rua estão distribuídos de forma desigual, em território nacional. Apenas cinco estados contam com dez ou mais equipes do Consultório na Rua, de acordo com a Nota técnica nº74 do IPEA. Além disso, o crescimento das equipes tem se mostrado de forma não linear e insuficiente, a despeito do aumento do contingente da PSR (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Quantitativo de Equipes de Consultórios na Rua, por ano, no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde. Relatório de Gestão (2019).

Para abordagem do território, há uma equipe do Consultório na Rua atuando em Contagem, criada em 2019, e que desempenha o tratamento de forma integral na rua, acionando os pontos de atenção da rede de saúde, quando necessário. É formada por uma equipe multiprofissional, composta atualmente por: enfermeira, médica, psicóloga, técnica de enfermagem, e motorista; que trabalha acolhendo usuários em situação de rua, desenvolvendo ações e serviços de saúde *in loco* e integradas às equipes das UBS's e outros pontos da rede de saúde. Preferencialmente, são disponibilizados recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo a pessoa em situação de rua em seu local de permanência e fazendo a interlocução das demandas mais complexas com outros pontos da rede. Além de levar e realizar as ações de saúde da APS onde a pessoa está, atua como uma ponte para essa população, que está à margem do sistema de saúde, promovendo efetivamente o acesso aos serviços e possibilitando sua inserção na rede de serviços intersetoriais. As equipes do Consultório na Rua também articulam respostas intra e intersetoriais com todos os serviços possíveis, a fim de atender as demandas surgidas no campo, respeitando cada caso, atendendo de forma singular a especificidade do sujeito e considerando sua complexidade no processo saúde-doença.

Segundo Paiva et al. (2016, p.2603) “experiências nacionais e internacionais parecem indicar que, os serviços devem ir aonde estão seus usuários, ao invés de aguardar que estes venham a demandar ações e cuidados de saúde”.

Dessa forma, o investimento na implantação da estratégia do consultório na rua amplia o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, qualifica o cuidado e combate as barreiras de acesso geográficos e sócio-organizacionais, visando a equidade nos serviços assistenciais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para compreender como é o acesso das pessoas em situação de rua ao serviço da APS do SUS Contagem, é necessário também conhecer como o problema é vivenciado pelos participantes desta pesquisa. Os sujeitos envolvidos no estudo são, por um lado, pessoas que estão historicamente marginalizadas, utilizando as ruas como espaço de moradia e sustento e com necessidade de acessar um sistema de saúde que é público e universal, por direito constitucional; e por outro, os profissionais de saúde que devem prover um cuidado integral e equalitário, devendo estar preparados para lidar com as especificidades e as vulnerabilidades de um segmento da população que está exposto a todo tipo de violência. Esse evento é possível ser descrito a partir de métodos qualitativos, utilizados para compreender, retratar e interpretar crenças, representações e fenômenos sociais. De acordo com Paula, Jorge e Morais (2019) o estudo de natureza qualitativa investiga questões relacionadas a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, buscando assim aprofundar uma realidade que não pode ser quantificada, mas sim aprofundada e compreendida.

Dessa forma, essa é uma pesquisa qualitativa, de caráter descritiva exploratória. Segundo Turato (2005, p.509), “os pesquisadores qualitativistas procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são estes”. Para Gil (2008) a pesquisa é considerada descritiva quando descreve as características de determinada população ou fenômeno, ou a relação entre as variáveis, e, exploratória quando o objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, ou a construir hipóteses. Pesquisas descritivas que se aproximam de pesquisas exploratórias, são úteis para proporcionar uma nova visão do problema.

4.1 CONHECENDO O LOCAL DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE CONTAGEM

O cenário do estudo é o município de Contagem, Minas Gerais, que tem sua fundação datada de 1716. É parte integrante do núcleo polarizador das atividades urbanas e econômicas da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Situa-se na região

central do estado de Minas Gerais, fazendo limites geográficos com os municípios de Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves, Esmeraldas e Ibirité.

O município possui, segundo dados do IBGE (2020), uma população estimada de 668.949 pessoas, sendo o município com a terceira maior população de Minas Gerais. Para atender as necessidades de saúde da população, a rede de serviço do SUS está estruturada em 08 (oito) Distritos Sanitários: Industrial, Riacho, Eldorado, Petrolândia, Sede, Vargem das Flores, Ressaca e Nacional (Mapa 1). A construção do SUS por Distritos Sanitários é uma estratégia que busca uma melhor adequação e organização administrativa da rede de serviços de saúde, por meio de unidades de território ou de população menores e mais apropriadas para o processo de planejamento e gestão (CONTAGEM, 2019a).

De acordo com a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Contagem, Minas Gerais (CONTAGEM, 2019a), a APS do município é composta por 76 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que comportam 128 Equipes de Saúde da Família (eSF), 12 equipes de Atenção Básica (eAB), 38 Equipes de Saúde Bucal vinculadas a eSF (eSB-eSF), 15 eSB equivalentes e 12 equipes de NASF-AB.

Mapa 1 - Distritos de Contagem (Divisão Administrativa por Distrito Sanitário em Contagem)



Fonte: Contagem. Secretaria Municipal de Planejamento (2018).

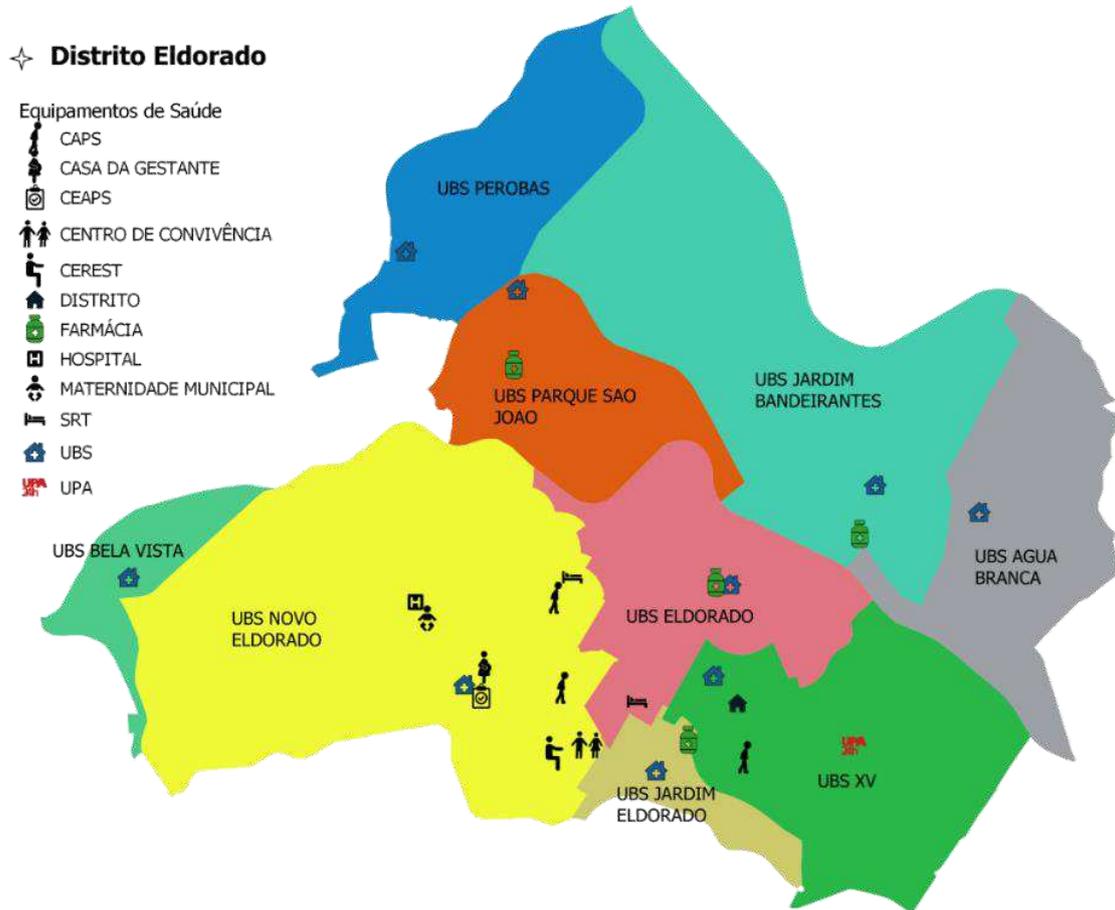
4.2 OS CENÁRIOS DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Distrito Sanitário Eldorado, pelo fato de ser o centro comercial do município e conter a maior parte da população em situação de rua de Contagem/MG. Nesse distrito sanitário está localizado também os equipamentos de assistência a PSR, como o Abrigo Bela Vista, Casa de Passagem e o Centro POP. Pela facilidade de deslocamento geográfico, as UBS's desse distrito sanitário são mais acionadas pela população em situação de rua e conseqüentemente, os profissionais da APS desse distrito tem maiores oportunidades de atendimento a esse grupo.

4.2.1 Distrito sanitário Eldorado

O distrito sanitário Eldorado, com uma população de 129.403 pessoas (IBGE, 2020), é considerado o centro comercial do município, onde concentra-se a maior área do comércio e restaurantes da cidade, além do metrô. A rede de saúde é composta pelo complexo hospitalar (Hospital Municipal de Contagem - HMC e Centro Materno Infantil), Hospital Santa Helena, Unidade de Pronto Atendimento de porte III (UPAJK), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Autorização de Procedimentos (CEAPS), Centro de convivência, Centro de Consultas Especializadas Iria Diniz, quatro farmácias distritais, Centro POP, abrigo Bela Vista e casa de passagem. A APS está estruturada em nove unidades básicas de saúde: UBS CSU; UBS Bela Vista, UBS Unidade XV; UBS Parque São João; UBS Jardim Bandeirantes; UBS Jardim Eldorado; UBS Novo Eldorado, UBS Perobas e UBS Água Branca (Mapa 2).

Mapa 2 – Divisão territorial do Distrito Sanitário Eldorado por área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Contagem. Secretaria Municipal de Saúde, distrito sanitário Eldorado (2021).

A divisão territorial do distrito sanitário Eldorado perpassa por todos os níveis de vulnerabilidade social, evidenciando a desigualdade que também está presente em todo território nacional. As Unidades Básicas de Saúde desse distrito, estão inseridas em contextos de diferentes realidades dentro do território, de acordo com IVS (índice de vulnerabilidade social), que permite conhecer, desde as condições socioeconômicas até o acesso aos serviços de saúde. (Tabela 5)

Tabela 5 – Índice de vulnerabilidade social por Unidade Básica de Saúde do distrito sanitário Eldorado em Contagem, Minas Gerais

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL	POPULAÇÃO (pessoas)
UBS ÁGUA BRANCA	ESF ÁGUA BRANCA	Média	4.113
	ESF CONJUNTO ÁGUA BRANCA	Média	3.803
	ESF DARCY VARGAS	Média	4.630
UBS BELA VISTA	ESF BELA VISTA	Elevada	4.750
UBS CSU ELDORADO	ESF CSU ELDORADO I	Baixa	7.457
	ESF CSU ELDORADO II	Baixa	7.590
	ESF CSU ELDORADO III	Baixa	8.238
UBS UNIDADE XV	ESF ELDORADO I	Baixa	8.915
	ESF ELDORADO II	Baixa	8.893
	EAP1 EAP2	Baixa	8.540
UBS JARDIM BANDEIRANTES	ESF ELDORADINHO	Média	7.261
	ESF JARDIM DAS OLIVEIRAS	Média	7.867
UBS JARDIM ELDORADO	ESF JARDIM ELDORADO I	Elevada	5.638
	ESF JARDIM ELDORADO II	Elevada	3.380
UBS NOVO ELDORADO	ESF NOVO ELDORADO I	Baixa	6.709
	ESF NOVO ELDORADO II	Baixa	6.305
	ESF SANTA CRUZ	Baixa	10.953
UBS PARQUE SÃO JOÃO	ESF PARQUE SAO JOAO I	Muito elevada	3.158
	ESF PARQUE SAO JOAO II	Muito elevada	3.245
	ESF PARQUE SAO JOAO III	Muito elevada	4.099
UBS PEROBAS	ESF PEROBAS	Muito elevada	3.859
		Total:	129.403

Fonte: Contagem. Secretaria Municipal de saúde, distrito sanitário Eldorado (2021).

Por ser o centro comercial do município e ter maior área de trânsito de pedestres e automóveis, propicia a obtenção de renda de quem vive na rua, além de contar com o Centro Pop, abrigo Bela Vista e a Casa de Passagem, que são locais de grande utilização pela população em situação de rua, o que faz com que esse distrito sanitário conte com a maior presença de pessoas em situação de rua em Contagem e, conseqüentemente, os profissionais de saúde que ali atuam terem maior vivência no atendimento a essa população. Devido a essas características foi eleito para a realização do estudo.

4.2.2 Centro POP

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é um espaço público específico para as pessoas que usam a rua como

espaço de moradia e de sustento, e oferta atendimentos individuais e coletivos, como o apoio para regularizar documentos pessoais, guarda de pertences, espaço para higiene pessoal, lavanderia, acesso a alimentação, encaminhamentos para outras políticas públicas quando for o caso, buscando o fortalecimento da autonomia, protagonismo e participação social (BRASIL, 2015).

O Centro POP de Contagem, fica localizado no distrito Eldorado e é um espaço que oferece possibilidade de higienização, alimentação, guarda de pertences, lavagem de roupas, atividades recreativas e educacionais voltadas para a PSR. Oferece também acolhimento e escuta profissional com serviços da assistência social, psicologia e pedagogia. Auxilia na solicitação e obtenção de segunda via de documentos pessoais e/ou profissionais, auxílio financeiro; benefícios sociais, como o vale transporte e vale alimentação nos restaurantes populares do município; além do direcionamento para os equipamentos de saúde; de emprego, através do SINE - Contagem (Sistema Nacional de Empregos) e encaminhamento para o abrigo Bela Vista. É recomendado que nos municípios que possuem restaurantes populares, a população em situação de rua deva ter o acesso assegurado e gratuito (MINAS GERAIS, 2018).

A escolha do Centro POP para realização das entrevistas, ocorreu devido a heterogeneidade das pessoas que utilizam o serviço e por ter sala privativa para a realização das entrevistas.

4.2.3 Abrigo Bela Vista

O Abrigo Bela Vista é um equipamento público do município de Contagem, localizado no distrito sanitário Eldorado, que se destina ao acolhimento provisório para adultos em situação de rua, podendo receber crianças acompanhadas dos pais, com vínculos rompidos ou fragilizados em situação de vulnerabilidade social e/ou em situação de calamidade, a fim de garantir proteção integral e oportunizar sua promoção social. Os usuários recebem acomodação, possibilidade de higienização, alimentação, atividades recreativas e de assistência social por um período de seis meses. Durante essa estadia são oferecidos serviços como auxílio na obtenção de

documentos, palestras de educação em saúde, oficinas e orientação sobre o mercado de trabalho, visando o processo de saída da situação de rua. O abrigo possui capacidade para 50 pessoas, sendo 30 vagas masculinas e 20 femininas. Conta com equipe formada com assistente social e psicólogas. Recebe usuários através do:

I. Encaminhamento de agentes institucionais de Serviço Especializado de Abordagem Social - SEAS.

II. Serviços Socioassistenciais: CRAS; CREAS e Centro POP e rede socioassistencial.

III. Consultório na Rua.

Tanto para o Abrigo Bela Vista quanto para a Casa de Passagem, os usuários também têm acesso por meio de demanda espontânea, porém as vagas devem ser solicitadas à Gestão de Acolhimento Institucional – GAI, órgão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Habitação da prefeitura de Contagem, que qualifica as vagas solicitadas conforme o perfil da pessoa a ser acolhida.

A escolha do Abrigo para este estudo, ocorreu pelo fato dos abrigados terem experiência com a utilização com a APS, por meio de encaminhamento realizado pelos profissionais desse equipamento; sendo que muitas pessoas que hoje dormem no abrigo, por vezes já dormiram nas ruas e utilizaram o Centro POP. Além disso, esse local possui sala privativa para a realização das entrevistas.

4.3 COLETA DE DADOS

Para maior vivência no cotidiano das pessoas em situação de rua e na rotina da assistência prestada pelo Consultório na Rua, o pesquisador foi a campo junto com a equipe deste serviço, antes da fase de coleta de dados, no período de outubro a novembro de 2021. Essa aproximação com as pessoas em situação de rua teve a finalidade de criar de vínculo e verificar possíveis dificuldades nos ambientes de convivência, que facilitasse a abordagem no momento da coleta de informações. As impressões desta etapa foram registradas em diário de campo. Segundo Boni e Quaresma (2005), a observação de campo ajuda o pesquisador a obter informações

de uma determinada realidade através do contato e da vivência, sem a utilização de meios técnicos especiais.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2021 a janeiro de 2022, através de:

a) Diário de campo: as anotações no diário de campo são resultados da observação dos cenários da pesquisa e das conversas informais com os participantes, antes ou após a finalização da entrevista. O diário de campo acompanhou o pesquisador durante todo o processo de coleta de dados, onde registrou-se os encontros com os participantes da pesquisa, permitindo tecer observações que complementaram o universo da pesquisa. Essas observações incluem reflexões e relatos de momentos de aproximação com o coletivo de pessoas em situação de rua, com o contexto profissional da equipe do Consultório na Rua e dos profissionais da APS. Permitiram também o registro das vivências na assistência às pessoas em situação de rua e no compartilhamento do processo de trabalho com esses profissionais, sendo uma ferramenta importante na observação crítica e analítica de como é o acesso das PSR aos serviços da APS do SUS Contagem. Foram utilizados também para registro das observações de manifestações comportamentais, expressas pelos participantes, durante a coleta dos dados e que se relacionaram com as questões discutidas pela pesquisa. Freitas e Pereira (2018) ressaltam que o diário de campo é um instrumento metodológico utilizado para registrar o que é vivenciado na pesquisa de campo, permitindo conhecer as vivências, compreender o cenário da prática estudada e aprofundar na análise do objeto estudado.

b) Entrevistas semiestruturadas: a coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de entrevistas semiestruturadas, elaborada pelo próprio autor, aos profissionais da APS (APÊNDICE A), aos profissionais que compõe a equipe do Consultório na Rua (APÊNDICE B) e as pessoas em situação de rua do município de Contagem (APÊNDICE C). A técnica da entrevista semiestruturada é conhecida por facilitar a abordagem e dar ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à pergunta formulada (MINAYO, 2014). Para Silva e Russo (2019, p.01) “este tipo de entrevista possui um roteiro previamente elaborado, mas permite o surgimento de perguntas durante a interação entre os interlocutores, para que o pesquisador caracterize aspectos previamente estudados”. Segundo Boni e Quaresma (2005) as entrevistas semiestruturadas tem como vantagem permitir ao

entrevistado respostas mais espontâneas, aprofundando no tema pesquisado; ter maior controle de tempo e serem aplicadas em pessoas que não conseguem responder por escrito.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais do consultório na rua e com os profissionais da APS do distrito Eldorado, pelo pesquisador, no próprio local de trabalho desses profissionais. As entrevistas das pessoas em situação de rua foram realizadas no distrito Eldorado; no Centro Pop, pela facilidade do acesso para coleta de dados, pela heterogeneidade das pessoas que frequentam o local e por possuir sala privativa para a entrevista e no Abrigo Bela Vista, tanto pelas características anteriores, quanto pelo fato dos usuários abrigados, terem acesso ao serviço da APS, por meio do encaminhamento desse equipamento.

As entrevistas foram gravadas em áudio (MP3) após autorização pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e, em seguida, transcritas na íntegra, tornando-se material de análise. O tempo de duração da entrevista ocorreu em média entre 30 e 50 minutos. Segundo Azevedo (2017), a transcrição contém informações relevantes para a pesquisa e possibilita observar repetidamente e detalhadamente o seu conteúdo, além de permitir reanalisar os dados.

Após o processo de transcrição, as entrevistas foram transferidas e armazenadas em um Pen drive (USB). Este, junto com as falas transcritas e as anotações do diário de campo serão mantidos com o pesquisador por cinco anos após o término da pesquisa, sendo, ao final desse período, destruídos.

De acordo com o compromisso assumido pela pesquisador, uma cópia da dissertação será encaminhada a Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura de Contagem. A disponibilização das cópias terá como propósito contribuir para melhorias dos serviços prestados à população em situação de rua do município, além de gerar informações para favorecer a organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde do município. Espera-se também colaborar com a construção de políticas públicas municipais para a população em situação de rua, que garanta efetivamente a universalidade do acesso com equidade a esse grupo populacional.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo, os profissionais da APS do distrito Eldorado, profissionais do Consultório na Rua e os adultos em situação de rua do município de Contagem, Minas Gérias.

Apesar de definirmos previamente o número de pessoas entrevistadas, numa entrevista qualitativa dificilmente é possível definir a priori o número de participantes. As entrevistas foram realizadas buscando atingir o 'ponto de saturação', ou seja, até a identificação de padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios e categorias de análise; ou seja, até quando os dados da pesquisa passaram a apresentar redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Para buscar a saturação dos dados investigados, foram realizadas mais três entrevistas com a PSR e com os profissionais da APS, além do número estabelecido. Como observa Duarte (2002, p.144), "eventualmente é necessário um retorno ao campo para esclarecer dúvidas, recolher documentos ou coletar novas informações sobre acontecimentos e circunstâncias relevantes que foram pouco explorados nas entrevistas". Para Minayo (2017, p.8) "muitos atores sociais costumam ser descobertos no decorrer da pesquisa e se deve promover sua inclusão progressiva na amostragem." Ainda segundo a autora, no caso da amostragem das pesquisas qualitativas, ao final da coleta de dados, o que se deve prevalecer é a certeza para o autor, mesmo provisoriamente, de que encontrou a lógica de sua pesquisa.

Minayo (2017), ressalta que 20 a 30 entrevistas, são uma quantidade razoável, para uma investigação qualitativa e cita que outros autores apontam, 10 pessoas como número mínimo de entrevistados.

4.4.1 Profissionais do Consultório na Rua

A pesquisa foi realizada com os profissionais que compõe a equipe do Consultório na Rua, formada por trabalhadores de diferentes categorias e incluiu todos os componentes que estavam com contrato vigente com o município no momento do

estudo (uma enfermeira, uma médica, uma psicóloga, uma técnica enfermagem e um motorista).

Para preservar a identidade dos participantes, estes foram identificados com a letra B, seguidos pelos números arábicos crescentes, de acordo com a ordem cronológica das entrevistas (B1 a B5).

A amostra foi composta por 04 mulheres cisgênero e 01 homem cisgênero. A faixa etária foi de 26 a 52 anos, com média de idade igual a de 39,4 anos; quanto à escolaridade, três possuíam nível superior completo, e dois nível médio completo. As entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde que atuam diretamente com a população em situação de rua. (Tabela 6)

Tabela 6 - Perfil dos Profissionais da Equipe do Consultório na Rua participantes da pesquisa

Participante	Idade (anos)	Sexo/gênero	Profissão	Tempo de trabalho no consultório na rua
B1	47	Mulher cis	Enfermeira	3
B2	28	Mulher cis	Médica	1
B3	26	Mulher cis	Psicóloga	1
B4	52	Homem cis	Motorista	2
B5	44	Mulher cis	Técnica de enfermagem	1

Fonte: próprio autor (2022).

De acordo com a portaria 122 de 25/01/2011(BRASIL, 2012c) as equipes do Consultório na Rua podem ser formadas pelos seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, assistente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico de saúde bucal, sendo acrescido pelo cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional formado em arte e educação, de acordo com a portaria 1029, de 20 de maio de 2014 (BRASIL, 2014). Apesar de não participar legalmente da formação do Consultório na Rua, foi incluído no presente estudo, o motorista da equipe, pela vivência com o trabalho na rua e pela participação no processo de trabalho da equipe.

A falta de todas as categorias profissionais que podem compor a equipe do Consultório na Rua, prejudicam a assistência à PSR em Contagem, visto a complexidade tratamento dessas pessoas. A ausência de alguns profissionais, como o dentista, é percebida pelos profissionais da APS como um fator que prejudica a assistência, como pode-se observar no relato do participante A2.

“A questão do consultório de rua, por exemplo... a odontologia não tá no consultório de rua. E eu acho que seria muito válido, a odontologia ir nos abrigos ou atender esses pacientes no local deles, porque é muito mais fácil atender no local deles.” (A2)

A equipe foi implementada em 2019 como estratégia no atendimento a PSR no município, com isso o tempo de atuação dos profissionais variam de 1 a 3 anos. A equipe possui lotação na UBS Morada Nova, no Distrito Sanitário Ressaca, local onde tem acesso a estrutura física e a rede informatizada do sistema e-SUS. Apesar de ser um serviço implementado recentemente no município, já foi incorporado por parte dos profissionais da APS do estudo, como referência na atenção a esse grupo, como relatado pelos profissionais da APS A12 e A13:

“Nós acionamos o consultório na rua, que sempre dá um apoio.” (A12)

“Quando a gente tem a dificuldade de encontra-lo, a gente tem a parceria do consultório na rua, a gente trabalha junto com o consultório na rua... por exemplo, dependendo da situação, se é uma tuberculose, uma doença que precisa de um tratamento mais prolongado, aí é feito essa parceria com o consultório na rua.” (A13)

A equipe do Consultório na Rua foi citada pelos participantes em situação de rua, como um serviço que realiza o tratamento *in loco*, próximo aos usuários, além de mediar o acesso a outros serviços.

“O consultório na rua adiantam bastante as coisas, né? Melhor, que antes a gente não tinha nada, né? A pessoas ficava sem saber . Agora pelo menos eles orientam, dá encaminhamento, ajuda em muita coisa.” (C3)

“Esse pessoal de rua (Consultório de rua), quando a gente precisa, trata a gente muito bem, facilita as coisa pra gente...” (C8)

Assim a equipe do Consultório na Rua, mesmo com o quadro multiprofissional incompleto, tem a cobertura do seu serviço, alcançando a maior parte das pessoas em situação de rua do município (72% das participantes em situação de rua entrevistados alegam terem sido atendidos por essa equipe), realiza o tratamento integral no território da rua e compartilha o cuidado com as Unidades Básicas de Saúde e outros pontos de atenção da rede de saúde, na ótica dos profissionais da APS do estudo.

4.4.2 Profissionais da APS do distrito Eldorado

Foram selecionados profissionais da APS que atuam no distrito Eldorado, por se tratar de estarem no distrito sanitário de Contagem onde ocorre a maior parte do atendimento às pessoas em situação de rua, tendo os profissionais mais vivência com a assistência a essa população. O Distrito Sanitário Eldorado possui 9 UBS e 248 profissionais da APS (Tabela 7 e Gráfico 7), de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em fevereiro de 2021.

Participaram voluntariamente da pesquisa 14 profissionais de saúde que trabalham na Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário Eldorado em Contagem, Minas Gerais. A amostra foi composta por 11 mulheres e 3 homens cisgêneros. Foi realizada uma entrevista para o teste piloto, que não constituiu corpus de análise para a pesquisa e 3 entrevistas para buscar a saturação das informações. Optou-se por uma amostra do tipo não-probabilística intencional, constituída por 14 profissionais da APS do Distrito Sanitário Eldorado. A amostragem não probabilística intencional, “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população” (GIL, 2008, p. 94). Como critérios de inclusão na pesquisa, foram selecionados no estudo todos aqueles profissionais que estavam atuando junto a APS em tal distrito sanitário no momento da coleta de dados e foi adotado como critério de exclusão, os profissionais que estavam de férias ou licença ou atestado médico durante o período da coleta de dados. Foram entrevistados mais 3 profissionais da APS, a fim de buscar a saturação das informações, totalizando 14 entrevistas.

Tabela 7 - Quantitativo de profissionais da APS do Distrito Eldorado em Contagem (2021)

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO
TÉCNICO/AUXILIAR ENFERMAGEM ESF	56
DENTISTA CLÍNICO GERAL 20H	11
DENTISTA ESF	5
ASB	8
TSB	2
ENFERMEIRO ESF	26
MÉDICO ESF + CLÍNICO	28
MÉDICO RESIDENTE	2
MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	6
MÉDICO PEDIATRA	4
MÉDICO PSIQUIATRA	3
ACS	63
PSICÓLOGO	10
FONOAUDIÓLOGO	3
FISIOTERAPEUTA	4
TERAPEUTA OCUPACIONAL	4
ASSISTENTE SOCIAL	3
NUTRICIONISTA	4
FARMACÊUTICO	1
TOTAL PROFISSIONAIS APS	248

Fonte: CNES (2021).

Gráfico 7 - Quantitativo de profissionais da APS do Distrito Eldorado em Contagem (2021)



Fonte: CNES (2021).

Para preservar o sigilo dos participantes, e seguir a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, esses foram identificados pela letra A, seguida pelos números arábicos consecutivos, em ordem crescente, de acordo com o número de entrevistados (A1 a A14). (Quadro 4)

Quadro 1 - Perfil dos Profissionais da APS participantes da pesquisa

Participante	UBS	Idade (anos)	Sexo/gênero	Profissão	Tempo de trabalho na APS (anos)
A1	Bernardo Monteiro	48	Mulher cis	Cirurgiã-dentista da família	13,5
A2	Unidade XV	55	Homem cis	Cirurgião-dentista clínico geral 20h	26
A3	Unidade XV	43	Mulher cis	Enfermeira da família	7
A4	UBS Bela Vista	52	Mulher cis	Enfermeira da família	19
A5	UBS Jardim Eldorado	28	Homem cis	Médico da família	1,5

A6	UBS Novo Eldorado	39	Mulher cis	Técnica de enfermagem	4
A7	UBS Novo Eldorado	35	Mulher cis	Enfermeira da família	4
A8	UBS Parque São João	45	Mulher cis	Cirurgiã-dentista da família	9
A9	UBS Bela Vista	48	Mulher cis	Gerente de UBS	1
A10	UBS Perobas	43	Mulher cis	Técnica de enfermagem	17
A11	UBS Jardim Bandeirantes	41	Homem cis	Enfermeiro	9
A12	UBS Água Branca	53	Mulher cis	Técnica de enfermagem	33
A13	UBS Água Branca	38	Mulher cis	Enfermeira	14
A14	UBS Água Branca	35	Homem cis	Agente comunitário de saúde	2

Fonte: próprio autor (2022).

A APS do distrito sanitário Eldorado está organizada em 9 UBS, que possuem índices de vulnerabilidades diferentes entre suas áreas de abrangências (Tabela 5). Dessa forma, o pesquisador procurou realizar as entrevistas no maior número de UBS possíveis (8 UBS), com a finalidade de registrar as percepções dos profissionais de saúde em diferentes realidades sanitárias dentro do distrito estudado, pois mesmo dentro de um mesmo território, podem ocorrer peculiaridades no acesso aos serviços de saúde.

A amostra foi composta em sua totalidade por população adulta, com idade média de 43,07 anos, com tempo médio de serviço na APS de 11,4 anos, sendo a maioria do sexo feminino (71,4%).

A Atenção Primária à Saúde tem como eixo estruturante no município de Contagem, a Estratégia de Saúde da Família (CONTAGEM, 2019a). Assim para conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o acesso da PSR ao serviço da APS do município, de uma maneira que se alcance todas os componentes da equipe de saúde da família, procurou-se a inclusão de diferentes categorias profissionais no estudo.

4.4.3 Pessoas em situação de rua no município de Contagem, Minas Gerais

Participaram voluntariamente da pesquisa 18 pessoas adultas em situação de rua (12 homens e 4 mulheres cisgênero e 2 mulheres transgênero). Sendo que foram realizadas mais três entrevistas como teste piloto, que não constituem corpus de análise para a pesquisa. O Quadro 1 apresenta as características dos participantes da pesquisa em situação de rua.

Foram realizadas 07 entrevistas no Centro POP e 08 entrevistas no Abrigo Bela Vista, sendo feitas mais 03 entrevistas no Centro POP para buscar a saturação das informações.

Foram incluídas no estudo pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e que se enquadravam na condição de PSR. Foram considerados como PSR, a definição dada na PNPSR (2009):

considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p.01).

Foi excluído do estudo a população adulta, que se enquadra na condição de pessoa em situação de rua (pelo conceito de pessoa em situação de rua, dado pela PNPSR), mas que se encontravam sem condições cognitivas para responderem as perguntas propostas pela entrevista, em abuso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas.

Para preservar a identidade dos participantes, estes foram identificados com a letra C, seguidos pelos números arábicos crescentes, de acordo com a ordem cronológica das entrevistas (C1 a C18).

Quadro 2 – Caracterização dos participantes em situação de rua da pesquisa

Participante	Local da entrevista	Idade (anos)	Sexo e Gênero	Cor	Escolaridade	Tempo de situação de rua (anos)
C1	Centro POP	33	Mulher Trans	Preta	Ensino médio completo	2
C2	Centro POP	26	Homem Cis	Branco	Ensino médio incompleto	6
C3	Centro POP	42	Mulher Trans	Branca	Ensino médio incompleto	1
C4	Centro POP	41	Homem Cis	Pardo	Ensino fundamental incompleto	6
C5	Centro POP	43	Mulher Cis	Preta	Ensino fundamental incompleto	4
C6	Centro POP	44	Homem Cis	Pardo	Ensino médio incompleto	4 meses
C7	Centro POP	32	Homem Cis	Branco	Ensino fundamental incompleto	15
C8	Centro POP	41	Homem Cis	Pardo	Ensino médio completo	15
C9	Centro POP	41	Homem Cis	Branco	Ensino fundamental incompleto	1,5
C10	Abrigo Bela Vista	58	Homem Cis	Pardo	Ensino fundamental incompleto	5
C11	Abrigo Bela Vista	39	Homem Cis	Branco	Ensino médio incompleto	5 meses
C12	Abrigo Bela Vista	54	Homem Cis	Branco	Ensino fundamental incompleto	9
C13	Abrigo Bela Vista	50	Homem Cis	Branco	Ensino fundamental incompleto	1
C14	Abrigo Bela Vista	25	Mulher Cis	Preta	Ensino fundamental incompleto	4 meses
C15	Abrigo Bela Vista	42	Homem Cis	Pardo	Ensino médio incompleto	4 meses
C16	Abrigo Bela Vista	64	Homem Cis	Preto	Analfabeto	2 meses
C17	Abrigo Bela Vista	49	Mulher Cis	Preta	Ensino médio incompleto	2

C18	Abrigo Bela Vista	25	Mulher Cis	Parda	Ensino médio incompleto	2 meses 15 dias
-----	-------------------	----	------------	-------	-------------------------	-----------------

Fonte: próprio autor (2022).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a PSR (BRASIL, 2009b), 82% das pessoas são do sexo masculino. A Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012), evidenciou que a PSR no estado é predominantemente masculina, sendo 86,4% formada por homens. O dado também é semelhante ao verificado pelas pesquisas realizadas em Belo Horizonte/MG (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013) e pelo Relatório Técnico-científico, do projeto Incontáveis da UFMG (DIAS, 2021), também na capital mineira, respectivamente com a população masculina de 86,8% e 90%. Dessa forma, a amostra do estudo está em consonância com as pesquisas já realizadas, sendo formada na sua maioria (66,6%) pelo sexo masculino.

Observa-se que os participantes C1 e C3 carregam para além da violência e exclusão de ser viver nas ruas, o estigma associado quanto a sua orientação sexual. O Terceiro Censo de População em Situação de Rua e do Migrante de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013) mostra que 93,7% da PSR se autodeclararam heterossexual, 3,1% gay, 0,6% lésbica, 1,6% bissexual, 0,8% transexual e 0,2% outras opções. O presente estudo tem 11,11% da amostra representada por participantes que se autodeclararam transexuais. A identidade de gênero é conceituada, de acordo com o decreto federal nº 8.727, de 28 de abril de 2016, por sendo:

Art. 1, II - identidade de gênero - dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento. (BRASIL, 2016)

A devida utilização da identidade de gênero, tanto quanto o nome social (definido pelo mesmo decreto), é de grande importância para a afirmação da cidadania da população LGBTQIA+, no combate ao preconceito e a discriminação, que são potencializados no contexto da vida nas ruas. A resolução nº40, de outubro de 2020, em seu Capítulo IX. Art. 131, referente aos direitos humanos e LGBTQIA+, preconiza que essa população “deve ter seus direitos humanos protegidos, sendo-lhes garantia da uma vida livre de violência, exclusão, discriminação e preconceito, com respeito à orientação sexual e identidade de gênero” (BRASIL, 2020, p.29).

No que se refere a idade, a amostra do estudo constitui-se por uma população majoritariamente jovem, com 72,18% das pessoas com idade entre 25 e 44 anos, compondo faixa etária economicamente ativa. Esse estudo vai ao encontro do perfil da PSR, levantado pela Pesquisa Nacional sobre a PSR (BRASIL, 2009b), que possui 53,3% das pessoas entre 25 e 45 anos de idade, e de outras pesquisas, como o Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013) e a Pesquisa do estado de Minas Gerais sobre a PSR (MINAS GERAIS, 2012) com 53,7% e 58,5%, respectivamente, das pessoas em situação de rua na faixa etária citada anteriormente. Importante frisar, visto a predominância da faixa etária economicamente ativa, que o investimento em políticas intersetoriais de trabalho e renda favorecem a autonomia desses sujeitos e o processo de saída das ruas.

A proporção de entrevistados negros (pretos e pardos) no estudo foi de 66,67% e de brancos 33,33%. Dessa forma, a amostra do estudo aproxima-se do resultado da Pesquisa Nacional sobre a PSR (BRASIL, 2009b) em relação a cor predominante nas ruas, que evidenciou que 67% dessa população é constituída por pessoas negras. Os resultados da pesquisa em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2010) e Belo Horizonte/MG (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), apontam na mesma direção (com uma proporção de 82,4% pessoas negras em situação de rua no estado e 79,4% na capital mineira). O levantamento realizado pelo projeto Incontáveis, do Instituto Polos-UFMG (DIAS, 2021) evidencia que 93% das mulheres em situação de rua em Contagem/MG são negras, e, o mesmo estudo demonstrou que em Belo Horizonte, a soma de pessoas pretas e pardas corresponde a 83,57%, evidenciando aumento da parcela da população negra em situação de rua em BH, em relação à pesquisa de 2013. Esse aumento pode ser entendido como um reflexo da crise econômica da última década, que levou uma parcela da população da extrema pobreza, a buscar a sobrevivência nas ruas. Segundo a pesquisa “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil” (IBGE, 2019), os negros são 75% entre os mais pobres e os brancos, 70% entre os mais ricos. A citada pesquisa ainda destaca, que dentre os 10% da população brasileira que goza de maiores rendimentos, apenas 27% são constituídos por pretos ou pardos. A balança muda com relação aos 10% com menores rendimentos e nesse caso, pretos ou pardos correspondem a um percentual de 75,2%. Com relação à renda média per capita, os brancos ganham quase o dobro

dos pretos e pardos. A cor da pele é um importante marcador de vulnerabilidade social, onde o racismo está fortemente presente no cotidiano das ruas, aumentando a dificuldade de acesso aos serviços e a exposição a violências físicas e psicológicas, causadas pelo preconceito e discriminação racial.

A amostra do estudo é composta por pessoas com pouco acesso ao sistema escolar, mas contraria o senso comum de que a PSR não possui capacidade intelectual e aproxima-se do cenário da Pesquisa Nacional da PSR (BRASIL, 2009b) e da Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da população em situação de rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2010), que apresenta 84,9% e 92,9% dos entrevistados com algum grau de alfabetização, respectivamente. Ainda em relação ao letramento, o Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), evidenciou que 82,2% das pessoas sabem ler e escrever, e o levantamento realizado pelo instituto Polos-UFMG (DIAS, 2021), também em Belo Horizonte, mostra que apenas 7,7% das pessoas, declararam não ter nenhuma instrução. Porém o autor alerta que a pouca escolaridade da PSR revela o processo de exclusão a qual estão submetidas, destacando a necessidade da implantação de políticas públicas que garantam também o acesso à educação.

Dados da pesquisa evidenciam que 38,89% da população em situação de rua entrevistada no estudo foi para a rua no último ano, podendo ser reflexo da crise financeira agravada pela pandemia da COVID-19. Nesse ponto, há uma divergência da pesquisa nacional (BRASIL, 2009b), que tem proporções de trajetória de na rua mais distribuídas, com pessoas que estão nas ruas há mais tempo. A diferença nos dados encontrados refletem o momento histórico em que as pesquisas foram realizadas.

Diante de todos os dados reunidos, é possível perceber que a amostra do estudo se aproxima do perfil da PSR levantada nas pesquisas anteriores, como na Pesquisa nacional de 2008 (BRASIL, 2009b), no levantamento nacional realizado pela UFMG (DIAS, 2020) e nas pesquisas do estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2010) e de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013). A amostra do estudo reúne também marcadores sociais que aumentam a vulnerabilidade da vida nas ruas, como questões ligadas ao gênero e a cor da pele, além de contextualizar a crise econômica agravada pela pandemia da COVID-19, responsável por levar

peças, mesmo sem trajetória de vida nas ruas, a buscar sua subsistência nesses locais.

4.5 O PILOTO DA PESQUISA

O instrumento e a técnica de coleta de dados foram avaliados com os profissionais e as pessoas em situação de rua que não fizeram parte do corpus de análise das informações, em projeto piloto, antes da pesquisa de campo, para testes e correções, se necessárias. Para Danna (2012) teste piloto é um momento em que o pesquisador consegue vivenciar como será a coleta de dados e o diálogo com os sujeitos de sua pesquisa, além de ser uma estratégia para validar o instrumento de pesquisa desenhado e o percurso metodológico.

O teste piloto foi realizado, em outubro de 2021, através da aplicação de duas entrevistas a pessoas em situação de rua no Centro POP e um profissional da APS na UBS Parque São João, ambos localizados no distrito sanitário Eldorado, após ambientação, compartilhamento do processo de trabalho e saída a campo com a equipe do consultório de rua.

A chegada ao Centro POP ocorreu no período da manhã, antes da entrada dos usuários para o café da manhã. A equipe do Centro POP já havia iniciado seu trabalho e recepcionou o pesquisador. A assistente administrativa iniciou uma reunião para esclarecimentos sobre a pesquisa e o pesquisador também pode se apresentar. O pesquisador pode, então, observar as normas e rotinas estabelecidas pelo Centro POP, apresentar-se a equipe de funcionários e fazer os esclarecimentos sobre o estudo que seria realizado para todas as pessoas que ali estavam.

Uma sala reservada foi separada para realizar as entrevistas. Os usuários se apresentaram curiosos com a presença do pesquisador e se aproximaram voluntariamente, demonstrando o desejo de conversar. O pesquisador explicou o estudo e voluntariamente três usuários já se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Foram realizadas duas entrevistas com pessoas do sexo masculino, com idades entre 38 e 57 anos. As entrevistas tiveram o consentimento dos participantes,

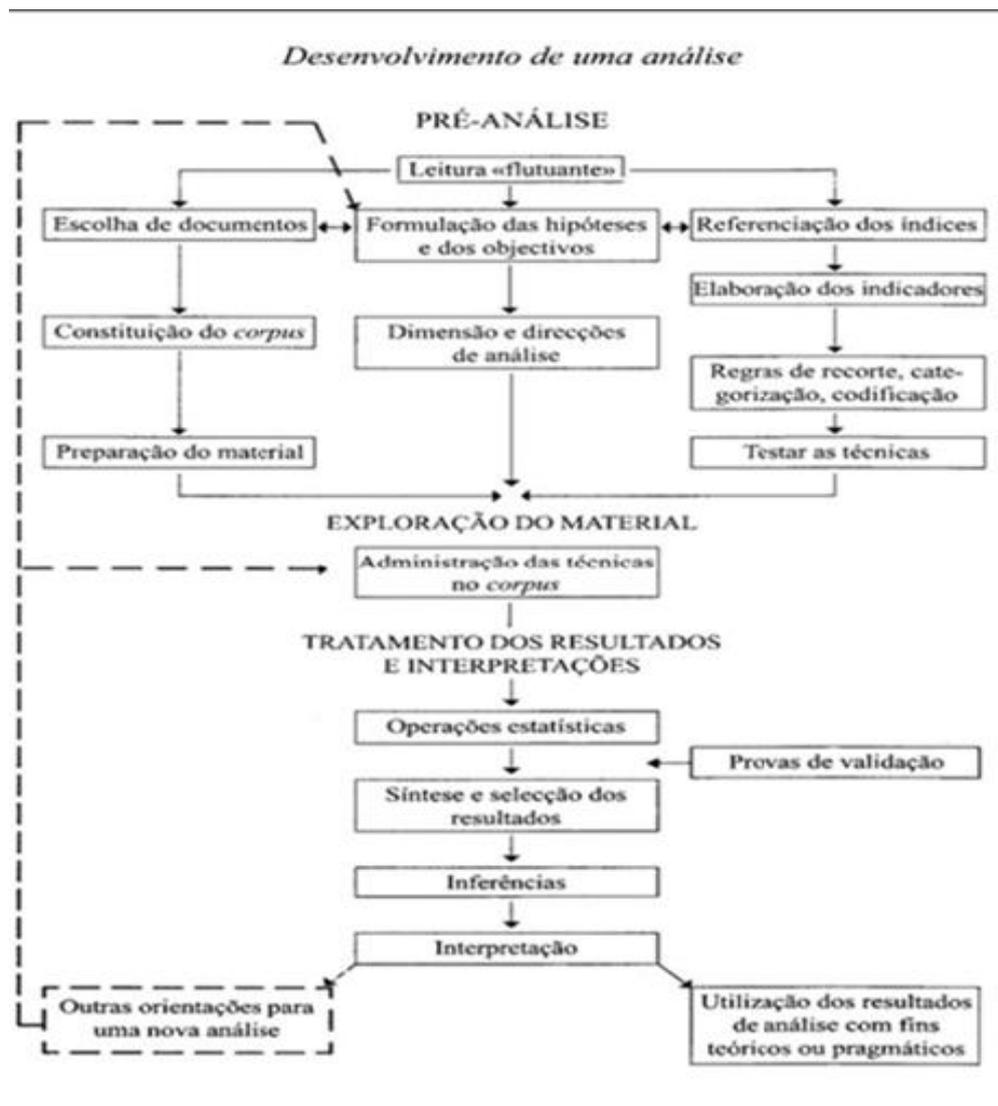
foram gravadas em áudio e transcritas, porém não foram agregadas as demais, para compor o corpus de análise final da pesquisa, já que o objetivo do projeto piloto foi testar os instrumentos e preparar para a fase da coleta de dados.

A entrevista piloto com o profissional da APS, foi realizada com um profissional da ESF da UBS Parque São João, há 10 anos trabalhando em cargo efetivo na APS no distrito sanitário Eldorado. A entrevista foi agendada previamente, onde o pesquisador pode explicar o estudo e a metodologia da entrevista. Ocorreu em sala privada de reunião daquela UBS, teve o consentimento do participante, foi gravada em áudio e transcrita e assim como o teste piloto da PSR, não compõe o corpus de análise final do estudo.

4.6 ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

O estudo realizou a análise da comunicação linguística verbal oral, através da interpretação do conteúdo obtido da fala dos participantes. As informações obtidas nas entrevistas, foram analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin (2011). O método é compreendido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca de sentido a um documento, extraindo conteúdos por trás da mensagem analisada. Foram seguidos os passos propostos pela técnica, através de três fases estabelecidas (pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados por inferência e interpretação), como demonstrados na figura 1.

Figura 1- Desenvolvimento da análise de Conteúdo



Fonte: Bardin (2011, p. 128)

A fase de pré-análise é, segundo Bardin (2011, p.121) “a fase de organização propriamente dita. Dessa forma organiza-se o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais”. É composta por:

- a) Leitura flutuante
- b) Escolha dos documentos
- c) Formulação das hipóteses e dos objetivos
- d) Referenciação dos índices e elaboração dos indicadores

e) Preparação do material

Após a leitura flutuante, que proporcionou o contato inicial com os dados e as primeiras impressões das mensagens neles contidas, organizou-se o corpus do estudo. Segundo Bardin (2011, p.122) “o corpus é conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. O corpus da pesquisa foi composto pelo conjunto de entrevistas obtidas através das falas dos participantes, que foram referenciadas utilizando códigos, tanto para facilitar a identificação, quanto para manter o sigilo dos participantes (Tabela 8).

Tabela 8 - Instrumentos que compõe o corpus da pesquisa

INSTRUMENTO	CÓDIGO	DESCRIÇÃO
Entrevista semiestruturada oral gravada e transcrita	Participantes A1 a A14	Profissionais da Atenção Primária à Saúde do Distrito Eldorado
Entrevista semiestruturada oral gravada e transcrita	Participantes B1 a B5	Profissionais da equipe do Consultório na Rua
Entrevista semiestruturada oral gravada e transcrita	Participantes C1 a C18	Pessoas em situação de rua

Fonte: próprio autor (2021).

A segunda fase (exploração do material) segundo Bardin (2011, p.127) é “uma fase, composta essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função das regras previamente formuladas”. É o momento em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, através da codificação e categorização, permitindo uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

Dessa forma, após a seleção do material, leitura flutuante e formação do *corpus* de análise (conjunto de documentos selecionados na etapa de pré-análise), procede-se com a identificação das unidades de registros (códigos) no texto, que corresponde a fase de codificação. Segundo Bardin (2011) a codificação é a transformação de dados brutos do texto em recortes semânticos, linguísticos ou em núcleos de sentido. Oliveira (2008) salienta que as unidades de registro (códigos) podem ser representados por palavras, frases, parágrafos, temas, objetos, personagens (papel familiar, idade, sexo etc.), acontecimentos (elementos factuais importantes para o objeto em estudo) ou documentos (artigo de jornal, a resposta a uma questão aberta,

uma entrevista etc.). As unidades de registro utilizadas no estudo foram as frases destacadas e recortadas nas falas dos participantes, transcritas pelo pesquisador. Essas unidades de registros, foram agrupadas de acordo com o sentido entre si (semântico), e formaram os códigos ou temas. Segundo Bardin (2011) o tema pode ser uma frase ou um conjunto de frases, que carregam uma afirmação acerca de um assunto. A autora ressalta que a “análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p.131).

A unidade de contexto, para Bardin (2011), serve como unidade de compreensão, que engloba e dá sentido à unidade de registro. Assim, definimos como unidade de contexto, o parágrafo, que é a dimensão maior, onde está inserida a frase (tema), contextualizando-a e servindo de referência quando se faz necessário.

A análise de conteúdo das entrevistas, foi realizada a partir da análise temática ou categorial. Para Bardin (2011, p.131) a “ análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. A categorização corresponde a um processo de classificação dos códigos criados. A autora denomina o processo de categorização como sendo: “uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2011, p.145). Assim após a diferenciação dos códigos (temas), realizou-se a enumeração e a união desses em categorias. Bardin (2011) ainda ressalta que classificar elementos em categorias, é reuni-los a partir do que possuem em comum.

Após o processo de categorização foram elaboradas as matrizes de análises para os três grupos de entrevistados: população em situação de rua (Apêndice F), profissionais da APS (Apêndice G) e equipe do consultório na rua (Apêndice H). Nesse processo, encontramos 4 categorias e 15 subcategorias a partir das entrevistas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Em relação aos profissionais da equipe do Consultório na Rua foram encontrados 4 categorias e 16 subcategorias, e, 5 categorias e 21 subcategorias, a partir das entrevistas das pessoas em situação de rua. A tabela 9 evidencia a forma como foram realizados os agrupamentos das subcategorias, a partir da metodologia aplicada.

Tabela 9 – Categorias e Subcategorias

CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	SUBCATEGORIAS
Operacionalização da Atenção Primária à Saúde na assistência à população em situação de rua	Acesso ao serviço da Atenção Primária à Saúde
	Acolhimento na Atenção Primária à Saúde
	Organização do atendimento na Atenção Primária à Saúde
	Busca pelo atendimento à saúde na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde
	Serviços que mediam o acesso à Atenção Primária à Saúde
Conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as especificidades da população em situação de rua	Estigmas dos profissionais em relação as pessoas em situação de rua
	Invisibilização das pessoas em situação de rua na ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde
Desafios no atendimento as pessoas em situação de rua na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Falta de profissionais na Atenção Primária à Saúde (falta de RH)
	Dificuldade de encontrar a pessoa em situação de rua para a continuidade do tratamento
	Desconhecimento do histórico de saúde
	Desestigmatizar o cuidado
	Dificuldade da pessoa em situação de rua em aguardar pelo atendimento
Estratégias de melhorias do cuidado em saúde para a população em situação de rua propostas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Necessidade de educação na saúde
	Uso da busca ativa como ferramenta de trabalho
	Criação de um serviço exclusivo de referência
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA	
Barreiras de acesso aos serviços de saúde na ótica da equipe do Consultório na Rua	Preconceito e discriminação
	Horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde
	Dificuldade em conseguir medicação nas farmácias da rede
	Burocratização no acesso aos serviços da Atenção Primária a Saúde
	Espera prolongada pelo atendimento
	Invisibilização das pessoas em situação de rua pelas Unidades Básicas de Saúde
Organização da assistência do Consultório na Rua	Processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua
	Acompanhamento da pessoa em situação de rua no atendimento à Unidade Básica de Saúde
	Dificuldade de localização da pessoa em situação de rua no território
	Falta de comunicação entre os serviços de urgência e o Consultório na Rua
Busca pelos serviços de saúde na ótica da equipe do Consultório na Rua	Serviço de urgência como primeiro local de procura pelos serviços de saúde
	Dificuldade em aguardar pelo atendimento
	Não retorno ao serviço frente a tentativas anteriores mal sucedidas
	Dificuldade de adesão ao tratamento nas Unidades Básicas de Saúde
Estratégias de melhorias do cuidado à saúde da população em situação de rua na percepção da equipe do Consultório na Rua	Utilização de tecnologias leves no cuidado as pessoas em situação de rua
	Educação Permanente
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
Viver nas ruas	Sujeição a iniquidades

Barreiras de acesso aos serviços de saúde	Preconceito e estigmatização
	Não atendimento por condição de higiene inadequada
	Espera prolongada pelo atendimento
	Exigência de endereço fixo
	Alta demanda para atendimento
	Falta de profissionais de saúde (falta de RH)
	Barreira de acesso geográfico
	Exigência de documentos
	Restrição de atendimento no cenário da Pandemia
	Prescrição de medicação não padronizada na rede
	Demora para o atendimento médico especializado
Dispositivos facilitadores do acesso e do cuidado em saúde	Consultório na Rua
	Abrigo Bela Vista
	Centro POP
Busca pelos serviços de saúde	Estratégias de sobrevivência frente as barreiras de acesso aos serviços de saúde
	Motivo propulsor de busca pelo atendimento de saúde
	Primeiro local de procura pelo atendimento de saúde
	Impaciência para esperar o atendimento
Contexto econômico e o direito à saúde	Crise sanitária e financeira e o aumento de contingente da PSR
	Necropolítica

Fonte: próprio autor (2022).

O critério de categorização utilizado foi o semântico, a partir das categorias temáticas. A tabela 10 traz as observações sobre os critérios utilizados no processo de categorização.

Tabela 10 – Critérios de categorização

CATEGORIAS	OBSERVAÇÕES SOBRE OS AGRUPAMENTOS
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Operacionalização da Atenção Primária à Saúde na assistência à população em situação de rua	Inclui respostas que demonstram como está organizada a assistência à população em situação de rua no município de Contagem, Minas Gerais. Agrupa as falas dos profissionais da APS

	sobre o acesso, acolhimento, fluxo de atendimento, busca pelos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua. Contém também respostas sobre o conhecimento sobre os equipamentos de saúde, por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, que facilitam o acesso dessa população a rede básica de saúde do município.
Conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as especificidades da população em situação de rua	Agrupa respostas que evidenciam o conhecimento que os profissionais da Atenção Primária à Saúde tem em relação ao perfil, modo de vida e ao processo saúde-doença que envolve a vida na rua; evidenciando que o estigma presente na sociedade, é refletido também na assistência dos profissionais as pessoas em situação de rua no município.
Desafios no atendimento as pessoas em situação de rua na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Reuni respostas que demonstram as dificuldades que os profissionais da Atenção Primária à Saúde de Contagem/MG relatam, ao atender as pessoas em situação de rua nas Unidades Básicas de Saúde.
Estratégias de melhorias do cuidado em saúde para à população em situação de rua propostas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Conjunto de respostas que reúnem estratégias que visam estruturar e qualificar a assistência as pessoas em situação de rua, na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Contagem. Inclui a percepção fragmentada dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a criação de um serviço de suporte à pessoa em situação de rua, com desconhecimento da potencialidade do serviço do Consultório na Rua.
PROFISSIONAIS DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA	
Barreiras de acesso aos serviços de saúde na ótica da equipe do Consultório na Rua	Compreendi respostas que demonstram as dificuldades que as pessoas em situação de rua encontram ao acessar os serviços de saúde no município de Contagem, na percepção dos profissionais da equipe do Consultório na Rua
Organização da assistência do Consultório na Rua	Conjunto de respostas que evidenciam como está organizado o processo de trabalho da equipe do Consultório na rua e as dificuldades que os profissionais dessa equipe encontram

	na operacionalização da assistência à população em situação de rua no município de Contagem
Busca pelos serviços de saúde na ótica da equipe do Consultório na Rua	Reuni respostas que demonstram a percepção dos profissionais da equipe do Consultório na rua sobre a motivação pela busca do atendimento as necessidades de saúde e como ocorre essa procura pelos serviços de saúde no município de Contagem, pela população em situação de rua
Estratégias de melhorias do cuidado à saúde na percepção da equipe do Consultório na Rua	Agrupa respostas que sintetizam as estratégias e ferramentas de melhorias para o cuidado à população em situação de rua que podem ser utilizadas na rede de saúde do município de Contagem, na ótica da equipe do Consultório na Rua
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
Viver nas Ruas	Inclui respostas relacionadas as dificuldades enfrentadas pelas PSR em manter a saúde nas ruas.
Barreiras de acesso aos serviços de saúde	Agrupa respostas que evidenciam as barreiras no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura de Contagem
Dispositivos facilitadores do acesso e do cuidado em saúde	Reuni respostas que demonstram a presença e o uso de dispositivos (equipamentos) que facilitam o acesso a rede de saúde e promovem o cuidado para a PSR.
Busca pelos serviços de saúde	Agrupamento de respostas referentes aos motivos de procura os serviços de saúde, primeiro local de busca pelo atendimento e as estratégias de sobrevivência desenvolvidas na busca pelos serviços de saúde
Contexto político e socioeconômico	Conjunto de respostas que envolvem o aumento do contingente da PSR causado pela crise financeira decorrente da Pandemia da COVID-19, gerando dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a necropolítica que é praticada pelos órgãos públicos, quando se trata de populações marginalizadas.

Fonte: próprio autor (2022).

O tratamento dos resultados (inferência e interpretação) corresponde a última fase. Foi realizado também, tratamento estatístico dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas pela análise, através da frequência dos dados encontrados. Nessa fase:

Os resultados são tratados de maneira a serem significativos e validos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise (BARDIN 2011, p.127).

A inferência, realizada de forma objetiva, permite captar uma informação ou chegar a uma conclusão a partir do que não está explicitamente escrito, refletindo os dados de forma clara e apontando os dados em verdades concretas. Segundo Hosti (1969, apud Bardin, 2011, p. 166) “a intenção de qualquer investigação é produzir inferências válidas”. Os resultados da pesquisa foram apresentados em formato de descrições cursivas, tabelas ou gráficos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 466/12 (que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos); e a Resolução 510/16 (que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais).

Para iniciar a pesquisa em campo envolvendo seres humanos, o primeiro passo foi dar início à submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil; para análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, ocorreu em 07/06/2021, através do parecer 4.756.350 (ANEXO A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) foi disponibilizado a todos entrevistados antes de iniciar a entrevista.

Esse estudo foi autorizado a ser realizado nas dependências da Prefeitura de Contagem, Minas Gerais de acordo com a Carta de Anuência para a realização da pesquisa, que foi inserida como documento na Plataforma Brasil.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aproximação do pesquisador com cada grupo participante permitiu a observação de subjetividades que fogem as palavras, como a comunicação não verbal, mas que foram captadas no diário de campo e se tornaram importantes para a análise das entrevistas. Foi possível compreender os encontros e desencontros nos desejos e informações que cada grupo de entrevistado forneceu. A seguir é apresentado a análise das entrevistas, a luz do referido referencial teórico.

5.1 A VIDA NA RUA E A INTERFERÊNCIA NA SAÚDE

Muitos são os motivos que levam as pessoas a viverem nas ruas. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de rua (BRASIL, 2009b) as principais causas são: alcoolismo e/ou uso de drogas (35,5%), desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%), falta de moradia (20,4%), separação/decepção amorosa (16,1%) e violência (7,7%); podendo estar correlacionados, visto a complexidade do processo de enfraquecimento ou rompimento de vínculos e padrões estabelecidos pela sociedade.

O viver nas ruas expõe as pessoas cotidianamente a diversos fatores de risco à saúde, como exposição a violência, privação de sono, de alimentação, falta de água potável, dificuldade de manter a higiene e de acessar os serviços de saúde. O quadro 2 sintetiza as dificuldades encontradas por esse grupo, de acordo com as entrevistas realizadas no estudo.

Quadro 3 – Síntese das dificuldades encontradas nas ruas para manter a saúde

Tipo de dificuldades	Dificuldades relatadas
Relacionadas com a saúde física e mental	Imunidade baixa Stress
Relacionadas as variações climáticas	Frio
Relacionadas as necessidades básicas	Dificuldade de dormir Falta de alimentação / alimentação de baixa qualidade Sede Dificuldade de higienização
Relacionadas ao trabalho informal	Trabalho insalubre
Relacionadas a violência	Exposição a violência física

Fonte: Quadro adaptado de Valle (2018). Matriz de análise das entrevistas com a população em situação de rua (APENDICE F).

A vida na rua é tanto a causa como a consequência das doenças. De acordo com Patrício et al. (2019) a própria condição de vida na rua, com a constante exposição a diversas violências biopsicossociais, levam ao aparecimento ou a perpetuação de doenças mentais comuns, como a ansiedade, depressão e a somatização. Fiorati, Arcencio e Souza (2016, p.4) alertam que a “percepção de um indivíduo, ao ocupar uma posição de desvantagem social e pouca reciprocidade comunitária, provoca estresse e consequentes distúrbios de saúde”. Relato como a da participante abaixo, evidencia como o cotidiano nas ruas pode expor ao stress, que é um gatilho para diversas patologias de sofrimento mental.

“Na rua, não tem como se cuidar direito, porque a gente assim... não tem auxílio de ninguém... assim... nada... muito stress... é complicado” (C1)

A Declaração dos Direitos Humanos destaca que toda pessoa tem o direito à alimentação e a água potável, como uma necessidade essencial a vida saudável (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). O direito humano à alimentação adequada foi incluído no artigo 6º da Constituição Federal brasileira:

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da constituição” (BRASIL, 1988).

O direito à alimentação foi garantido também pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, que instituiu, em 2006, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Segundo o art.3:

Art. 3º - A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

A Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários do SUS (BRASIL, 2017b) garante que todo cidadão brasileiro tenha acesso a água e alimentos saudáveis, através da segurança alimentar e nutricional. A falta de uma alimentação ou a impossibilidade de manter uma alimentação saudável, assim como não ter acesso a água potável, além de ferir os direitos constitucionais de todo ser humano, é um fator decisivo na

manutenção a saúde. Neves-Silva (2018) aponta que é obrigação do Estado garantir o direito à água.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), 19% das pessoas nessa condição não têm acesso a alimentação diária e 31,3% das pessoas que pedem dinheiro para sobreviver, não se alimentam todos os dias. A pesquisa realizada pelo Instituto Polos UFMG (DIAS, 2021) revela que 97% das pessoas em situação de rua no município de Belo Horizonte, não responderam tanto à questão sobre abastecimento de água quanto ao acesso a banheiros, fato preocupante que chama atenção, já que o estudo foi realizado no contexto da pandemia. Fiorati, Arcencio e Souza (2016) definem as iniquidades sociais com sendo condições de vida, nas quais o acesso aos direitos humanos básicos, que garantem uma condição mínima digna de vida, são desiguais ou inexitem. Oliveira e Alcântara (2021, p.78) ressaltam que o acesso limitado e inaceitável da PSR, aos alimentos, ocorre muitas vezes “por meio da busca em latões de lixo, do custeio da alimentação por terceiros ou das sobras de pratos dos restaurantes.” Em seu estudo Aguiar e Iriart (2011) revelam algumas formas desse grupo em conseguir alimentos, dentre elas doações, permanecer próximo aos lugares onde possam obtê-las, restaurantes populares e a busca em lixos e outros locais insalubres. Nesse contexto, os entrevistados do estudo ressaltaram dificuldades em conseguir se alimentar:

“Dificuldade para quem mora na rua, sempre tem né!? Porque quando a gente tem casa, a gente tem uma hora para tomar café, hora pra almoçar, hora pra jantar, hora para tudo. Na rua se você tem fome, você tem que sair procurando né!?” (C10)

“A rua estava atrapalhando minha saúde, porque dependia de doação de comida e as vezes não chegava, tava passando fome.” (C15)

“E o que você tem, você tem você tem que compartilhar também. Se você fica só para você e na hora que você não tiver, eles não te ajuda, não...”(C11)

Os entrevistados apontam também a dificuldade de manter a higienização, estando nas ruas. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), revela que o local mais procurado (32,6%) para tomar banho é a rua. Ressaltando que a maior parte dos locais para realizar a higiene nas ruas, são insalubres e impróprios, interferindo diretamente no estado de saúde, como pode-se observar no relato do entrevistado abaixo:

“Pra tomar banho, eu tomo banho com pet de água, quando alguém está lavando o passeio na rua, eu peço água. A gente corre atrás.” (C11)

A Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de Rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012) evidenciou que quanto maior o tamanho do município, em termos da sua população, maior é a dependência dos órgãos públicos e organizações sociais para realizar a higiene corporal; e em municípios pequenos, as pessoas tendem a utilizar a rua como local de higienização, mais do que os espaços institucionalizados. No Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), a maioria dos entrevistados que responderam à pesquisa, relataram que utilizam albergue/abrigo (31%) e as ruas/locais públicos (13,8%) para realizar a higienização. Aguiar e Iriart (2011, p.119) ressaltam que na rua, os cuidados higiênicos “são realizados geralmente de maneira precária, sem regularidade e em locais improvisados como fontes, torneiras, dique do Tororó e praias. Em geral, não são usados produtos higiênicos”. Pode-se observar tais dificuldades nos relatos dos entrevistados abaixo:

“Vindo da rua, a gente sabe como é que é. Na rua pra tomar um banho de gato, é muito difícil.” (C12)

“Estava quatro dias sem tomar banho, fiquei até com vergonha.” (C15)

Ainda em relação as necessidades básicas, outra questão citada pelos entrevistados, foi a dificuldade de dormir nas ruas. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b) evidencia que a maioria das pessoas em situação de rua (46,5%) prefere dormir nas ruas, em detrimento aos albergues (43,8%). As principais razões apontadas, nessa pesquisa, sugerem alta exigência desses equipamentos, como a falta de liberdade (44,3%), rotinas, horários para entrada e saída (27,1%) e a proibição do uso de álcool e drogas (21,4%). Para Kuns, Heckert e Carvalho (2014, p.927), “os abrigos funcionam como espaços de disciplinarização e controle, com regras e valores que se confrontam àqueles tecidos nas ruas, estes espaços são apropriados de forma restrita pelas pessoas em situação de rua.” Assim, muitas pessoas optam por dormir nas ruas, porém ficam ainda mais desprotegidas e expostas as variações climáticas. Como observa Valle (2018), as chuvas, os ventos, o calor intenso e o frio são fatores que podem levar a problemas de saúde, como as doenças respiratórias, comuns às pessoas que vivenciam a situação de rua.

“A questão mesmo é pra dormir, que por enquanto é um improviso.” (C6)

“Ela estava jogada no frio e tava tremendo e tava descoberta e o frio veio e fez a parada cardíaca.” (C5)

“Na rua passa muita dificuldade. A dificuldade maior é o frio, né!? Na mesma hora que você tem saúde, você não tem” (C11)

Muitas vezes na procura de uma renda capaz de suprir suas necessidades básicas, esse segmento da população procura na informalidade do trabalho, sua subsistência. Pesquisas revelam que a maior parte da população em situação de rua exerce algum tipo de atividade remunerada. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b) evidencia que dentre essas atividades destacam-se: o catador de materiais recicláveis (27,5%), “flanelinha” (14,1%), trabalhadores da construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Situação parecida foi encontrada no Terceiro Censo da População em Situação de Rua em Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), que apresenta como a profissão mais comum nessa população, o coletor de materiais recicláveis (48%), seguido do flanelinha (35,2%). Medeiros e Macêdo (2006, p.66) salientam que a rotina de um catador de papel é estressante e insalubre. Os autores ainda alertam que os catadores “trabalham em condições precárias, subumanas e não obtém ganho que lhe assegurem uma sobrevivência digna”. O relato do participante abaixo reforça a condição insalubre de trabalho, que muitas vezes são submetidos:

“Envolver no mundo do reciclado, isso aí contamina mais o corpo ainda e a sua saúde.” (C6)

Outra situação presente no relato dos participantes foi a violência sofrida nas ruas. A violência presente no cotidiano das ruas se apresenta de forma psíquica, física e social. Além de sofrer violência cometida entre seus pares na disputa por territórios, alimentação ou por motivos diversos; são estigmatizados como delinquentes e perigosos, sofrendo pela violência policial e da sociedade civil. Hino, Santos e Rosa (2018) fazem um levantamento das principais formas de violência praticada contra a PSR, encontrada na literatura: violência física, sexual, entre as próprias pessoas que estão em situação de rua, pela sociedade que é intolerante com sua presença nas cidades, por práticas higienistas do Estado, disputas territoriais, furtos, infidelidade conjugal e dívidas com traficantes. Nonato e Raiol (2018, p.95) alertam que a PSR está submetida a violências que podem ser explícitas ou veladas, institucionais ou não, como “homicídios, abordagens truculentas, agressões verbais, retirada forçada, remoções e interdições compulsórias, prisões arbitrárias, intimidações e subtração de

pertences e documentos pessoais.” Valle (2018) ressalta que muitos casos de violência não são denunciados por medo de retaliação de seus agressores. O relato abaixo do entrevistado da pesquisa, alerta sobre a linha tênue entre a harmonia e a violência, que é imposta as pessoas na vivência da rua:

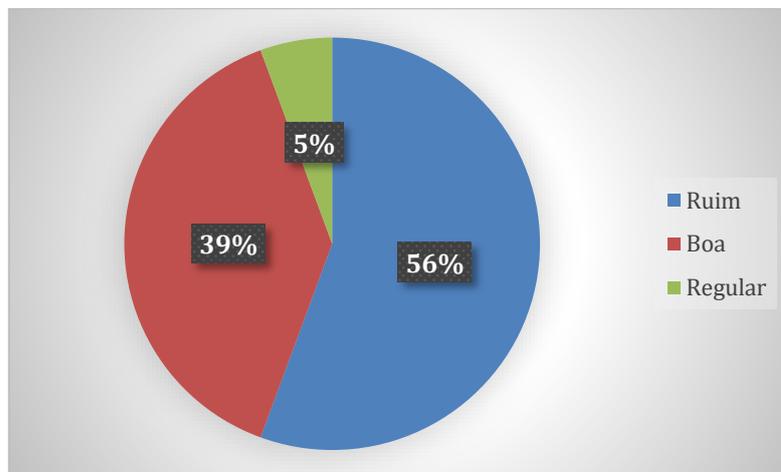
“Está trezentas vezes pior na rua, e, dependendo, na rua, se você olhar para a pessoa e a pessoa não gostar, só ali ela já implica com você e pode partir pra cima.” (C12)

Foram identificados diversas dificuldades enfrentadas no cotidiano das ruas, em Contagem/MG, como frio, privação de sono, alimentação, sono irregular, stress, trabalho insalubre, dificuldade para higienização e exposição a violência, que coloca a PSR em permanente condição de vulnerabilidade, causando significativos impactos na saúde, com conseqüente necessidade de cuidados de saúde. Queiroz et al. (2021, p.8238) ressalta que “a falta de segurança, de higienização, de meios para se proteger contra baixas temperaturas e de acesso à uma boa alimentação também confirmam a vulnerabilidade”. O autor pontua que esses fatores provocam uma redução da imunidade e explica parte dos principais problemas de saúde desse grupo, como “a infecção pelo HIV/AIDS, os transtornos mentais e os problemas odontológicos, dermatológicos, gastrintestinais e respiratórios”. O participante C3 tem a percepção de que a vida nas ruas influencia no seu estado de saúde:

“Eu tenho asma, bronquite. Minha imunidade baixou na rua...” (C3)

Em contrassenso com pesquisas anteriores, que revelam que a maioria da PSR avalia seu estado de saúde como bom (BRASIL, 2009b; MINAS GERAIS, 2012), as iniquidades sofridas pelas pessoas em situação de rua entrevistadas nesse estudo, parecem interferir na sua percepção sobre o próprio estado de saúde, já que 55,6% consideram que não tem boa saúde, em contrapartida a 38,8% que responderam ter saúde boa, e 5,6% consideram sua saúde estável (Gráfico 8). Porém, resultado similar foi encontrado em pesquisa realizada em São Paulo/SP, por Barata et al. (2015), com usuários de albergues que mostrou que mais da metade dos entrevistados consideraram sua saúde como regular ou ruim com problemas de saúde interferindo nas suas atividades cotidianas.

Gráfico 8 – Autopercepção da condição de saúde das pessoas em situação de rua entrevistadas



Fonte: próprio autor (2022).

As condições insalubres vivenciadas pela PSR no Distrito Sanitário Eldorado, em Contagem/MG, desveladas pelo estudo, favorecem o processo do adoecimento, servem de alerta e devem ser acompanhadas com maior atenção pelo poder público intersetorial, em especial pelo setor da saúde. É necessário a criação de políticas públicas e fortalecimento/ampliação dos equipamentos de proteção social e assistência à saúde da população em situação de rua do município, provendo satisfazer as necessidades básicas e possibilitando a autonomia desses sujeitos, para minimizar e/ou eliminar as iniquidades sofridas, por quem tem inúmeros desafios para se manter saudável.

5.2 O ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO ELDORADO, EM CONTAGEM/MINAS GERIAS: DIFICULDADES VIVENDICADAS PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A atenção ao primeiro contato, atributo essencial da APS, configura-se como direito de qualquer cidadão brasileiro. O acesso aos serviços de saúde, de conquista constitucional, presente no artigo 196 da CF de 1988, como um direito de todos e dever do Estado, precisou ser reivindicado pela sociedade, através da Carta dos Direitos e Deveres do Usuários do SUS (Resolução nº 553, de 09/09/2017), que assegurou o:

XII- direito a não limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação. (BRASIL, 2017b)

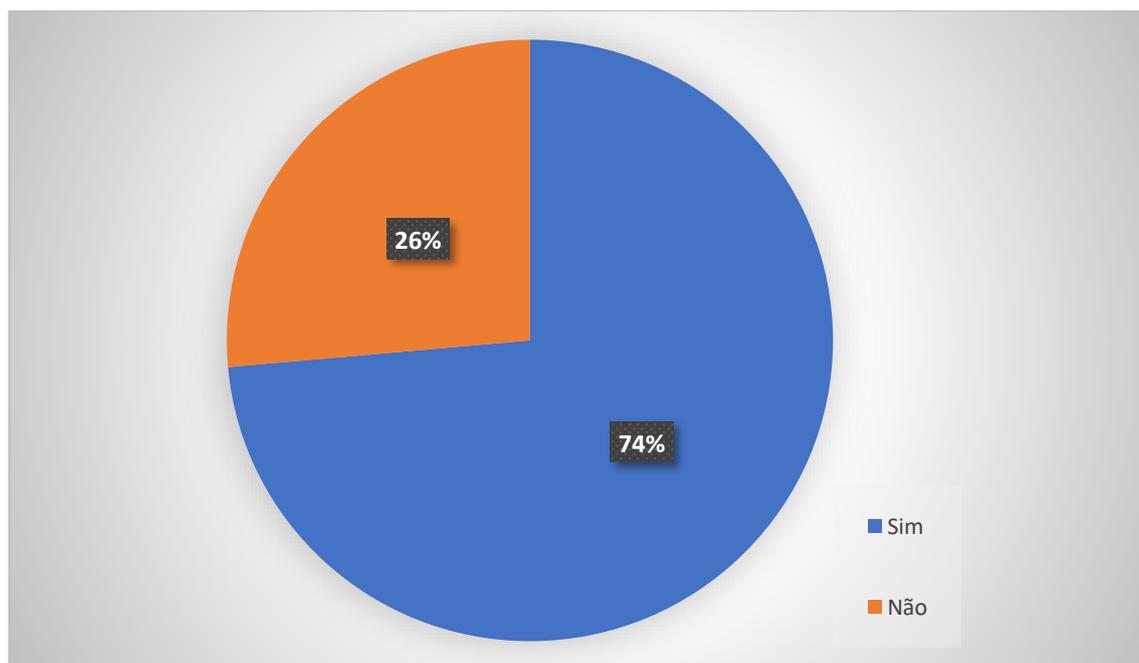
De acordo com a Carteira de Serviços da Atenção Básica da Prefeitura de Contagem (CONTAGEM, 2019b), a APS configura-se como a porta de entrada para as necessidades e demandas de saúde dos usuários no município. Espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população. O acesso aos serviços da rede de atenção à saúde do distrito Eldorado, no município de Contagem, pela PSR, se dá por encaminhamento ou por demanda espontânea, através da APS, pelas 9 UBS do Distrito Sanitário (UBS CSU; UBS Bela Vista, UBS Unidade XV; UBS Parque São João; UBS Jardim Bandeirantes; UBS Jardim Eldorado; UBS Novo Eldorado, UBS Perobas e UBS Água Branca), pela Rede de Atenção as Urgências e Emergências, formada pela UPAJK e Complexo Hospitalar (Hospital Municipal de Contagem e Centro Materno Infantil), podendo ser mediado pela equipe do Consultório na Rua. O Centro POP e o Abrigo Bela Vista simbolizam importantes interlocutores com os serviços da rede de atenção à saúde do município.

Bonella e Correa (2014) relacionam o acesso aos serviços de saúde com as necessidades, demandas, ofertas e uso desses serviços. Fiorati, Arcencio e Souza (2016) descreveram em seu estudo, que as populações em condições de vulnerabilidade, que constantemente tem seus direitos violados, se encontram com maior necessidade de acesso aos serviços de saúde, visto as suas carências e violências que estão submetidas, porém não é o que acontece na prática. Obstáculo no acesso aos serviços de saúde é consequência também de um desajuste entre a oferta e a demanda dos serviços e da ausência de princípios equitativos. Percebe-se assim, que a existência de políticas para a população em situação de rua não evita as dificuldades enfrentadas nas ruas e nem garantem necessariamente sua inclusão na rede de saúde.

O acesso aos serviços de saúde por esse grupo possui diversos obstáculos, em especial aos serviços da Atenção Primária à Saúde. Queiroz et al. (2021) observa que a população em situação de rua, por não acessar o serviço, se torna invisível ao próprio SUS, o que perpetua a situação de marginalização e invisibilização que é submetida.

A fim de conhecer o primeiro momento do acesso aos serviços de saúde do município de Contagem/MG, foi perguntado aos participantes em situação de rua dessa pesquisa como era sua recepção nesses locais. A maioria dos entrevistados (44,5%) relatou serem bem recebidos, ao contrário de 38,9% que disseram não serem bem recebidos e 16,6% que não notaram diferenciação por estarem em situação de rua. Na segunda parte da pergunta, quando foi questionado se havia dificuldades no atendimento prestado, 74% das pessoas responderam positivamente, contra 26% que negaram haver problemas (gráfico 9). Esses dados sugerem que mesmo que as pessoas em situação de rua consigam chegar nos serviços e em boa parte dos casos serem bem recebidas, existem dificuldades no atendimento posterior que pode comprometer os cuidados seguintes. Andersen (1995) relaciona o acesso aos serviços de saúde, tanto com a entrada quanto com o recebimento de cuidados subsequentes. Vale ressaltar que pela PNPSR (BRASIL, 2009a), o acesso deve ser amplo e seguro aos serviços e programas e a Lei 13714 de 24/08/2018 (BRASIL, 2018a), garante a atenção integral à saúde, incluindo ações que perpassam pelo acolhimento, promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde.

Gráfico 9 – Dificuldades no atendimento na rede de saúde no município de Contagem, Minas Geras, na percepção das pessoas em situação de rua



Fonte: próprio autor (2022).

As principais dificuldades no acesso à Rede de Atenção à Saúde do município de Contagem, Minas Geras, e em especial à APS e no Distrito Sanitário Eldorado, identificadas no estudo, estão descritas no quadro abaixo, assim como sua ocorrência, de acordo com a frequência de suas citações pelos entrevistados em situação de rua.

Quadro 4 – Principais barreiras de acesso aos serviços de saúde do município de Contagem/MG, pela população em situação de rua

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	NÚMERO DE CITAÇÕES/ FREQUÊNCIA (%)
Barreiras de acesso aos serviços de saúde	Preconceito e estigmatização	15 (25,0%)
	Espera prolongada pelo atendimento	6 (10,0%)
	Exigência de endereço fixo	6 (10,0%)
	Não atendimento por condição de higiene inadequada	6 (10,0%)
	Alta demanda para atendimento	5 (8,33%)
	Falta de profissionais de saúde (falta de RH)	5 (8,33%)
	Barreira de acesso geográfico	4 (6,67%)
	Exigência de documentos de identificação	4 (6,67%)
	Restrição de atendimento no cenário da Pandemia	4 (6,67%)
	Prescrição de medicação não padronizada na rede	3 (5,0%)
	Demora para o atendimento médico especializado	2 (3,33%)
TOTAL		60 (100%)

Fonte: Próprio autor (2022). Matriz de análise das entrevistas com a população em situação de rua (APENDICE F).

O preconceito, em suas diversas formas, é citado pelas pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa, como a principal barreira, para acessar com resolutividade, os serviços de saúde do município de Contagem. Segundo o Relatório do Disque Direitos Humanos (Disque 100), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2019b), o tipo de violação mais registrado para o grupo da PSR, foi a violação discriminatória, representando 16% das denúncias. De acordo com o Houaiss, dicionário da língua portuguesa, discriminação é:

a faculdade de discriminar, distinguir; ação ou efeito de separar, segregar, pôr à parte; tratamento pior ou injusto dado a alguém por causa de características pessoais, intolerância, preconceito; ato que quebra o princípio de igualdade, como distinção, exclusão, restrição ou preferências, motivado por raça, cor, sexo, idade, trabalho, credo religioso ou convicções políticas (HOUAISS, 2003).

Queiroz et al. (2021) concluíram em seu estudo, que os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados da PSR nos serviços de saúde, são os principais responsáveis pela exclusão e invisibilização desse grupo, a partir da discriminação e da imposição de inúmeras exigências para que essa população seja atendida.

“Os próprios funcionários colocam mil e quinhentos obstáculos ou manda você voltar daqui a dois ou três meses. Eles fazem muita separação por estar na rua... o cara tem o endereço, tem uma casa, a ficha dele vai na hora. Mas quando você chega lá, que eles olha sua ficha, que você é morador de rua, infelizmente nem sempre você é atendido.” (C7)

Os preconceitos e discriminações precedem até mesmo o primeiro contato com o sujeito, sustentando os estigmas já presentes na sociedade. Hallais e Barros (2015) ressaltam que a visão negativa, estigmatizante e sociocultural que a sociedade tem sobre a PSR, refletem diretamente na assistência dos profissionais a esse grupo. Nota-se pela percepção do participante abaixo, a representação social negativa sobre a PSR:

“A diferença é porque para noventa por cento daquele pessoal que está ali, a gente está de penetra.... a gente está procurando um benefício, que na cabeça das pessoas, é só eles que tem direito. Eu chego no posto, o pessoal olha para mim, que trabalha lá : - O que você quer aqui?...” (C12)

Assim, as práticas discriminatórias vão gerando a primeira barreira no acesso aos serviços de saúde, refletindo nas falhas e ausências no processo de acolhimento. Para Santos (2019, p.18), “o preconceito, o acolhimento inadequado, a falta de estrutura e o despreparo técnico das equipes de saúde, dificultam a operacionalização dos serviços prestados”. No estudo realizado por Queiroz et. al. (2021) em 15 artigos da última década na temática da PSR, observou-se que o preconceito por parte dos profissionais do SUS é o maior responsável por afastar essas pessoas dos serviços de saúde. Os autores complementam que o preconceito social sofrido, culminam no seu processo de invisibilização e são resultado e reflexo de um acolhimento incompleto ou insatisfatório. Alguns relatos do estudo, reforçam a existência do preconceito sofrido pelos participantes em situação de rua, ao procurarem os serviços de saúde do município de Contagem:

“Quando o assunto é o pessoal da rua, é horrível... eles são mal vistos, (os profissionais) não tem vontade de atender...” (C17)

“Eu procuro o posto de saúde .Aí eu vou ver pra onde eles vão me encaminhar, mas muitas vezes você chega pro atendimento, você que está na rua, parece que é o passaporte para você ir embora... Os próprios funcionários colocam mil e quinhentos obstáculos...” (C7)

“No mundo não tem ninguém melhor nem pior que ninguém. Pode ter diferença. Até diferença de status. Só porque a pessoa tem melhores condições, quando chega uma pessoa necessitada lá (no posto de saúde) muitas vezes, só falta limpar o lugar que essa pessoa encostou.” (C12)

“Eles (profissionais de saúde) não atendem, porque eles acham que estão ali para não atender. Mas eles não quer é atender o povo da rua. Eles têm medo de pegar uma doença, de tocar nas pessoas, de pegar uma bactéria, entendeu!? As pessoas têm maior preconceito...” (C13)

Os serviços de saúde geralmente deixam de ser procurados por experiências anteriores mal sucedidas (BRASIL, 2012b). Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), 18,4% das pessoas desse grupo já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde. Estudos apontam que a dificuldade em procurar cuidados de saúde, está relacionado com episódios anteriores de mau atendimento e obstáculos de entrar nas unidades de saúde (PRADO, 2021; BRASIL 2014). Observa-se traços de discriminação sofrida pelos entrevistados em situação de rua, a partir dos relatos abaixo:

“Na rua, não tem como cuidar direito... aí vai no posto, eles não tem paciência... então é complicado...” (C1)

“A clínica geral e a senhora que aplica injeção já usou de maldade e o meu corpo consegue identificar essa maldade.” (C6)

O preconceito racial também está presente no relato dos participantes do estudo. Quando o racismo se encontra com as situações de vulnerabilidades sociais em que a PSR já está exposta, há um fomento das violências sofridas e das dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde. Segundo Valdivina (2021, p.123) “a população em situação de rua é a expressão concreta do racismo e da pobreza.” O racismo produz sofrimentos psíquicos, que causa a descaracterização dos princípios humanos, fazendo com que a pessoa não se sinta igual as outras (FAUSTINO, 2015). A participante C5 enfatiza que a dificuldade enfrentada no atendimento em saúde é maior em pessoas negras:

“Nojo e discriminação. Principalmente se for negro... eu acho que não deveria ser assim, principalmente com uma pessoa que está em uma situação de ser vulnerável, que não tem condição de está pagando uma coisa pra poder ter pelo menos uma vida normal, pelo menos uma saúde controlada” (C5)

Chama atenção o fato das práticas discriminatórias e preconceituosas aparecerem, no estudo, em frequência superior as outras ocorrências, inferindo a iminente necessidade da qualificação profissional no processo de trabalho com as pessoas em situação de vulnerabilidade. Dantas (2007) enfatiza que a falta de

habilidade dos profissionais de saúde em lidar com as especificidades da PSR, muitas vezes é fruto da falta de treinamentos e educação permanente. As situações de discriminação e preconceitos vivenciadas, evidenciam a necessidade da implantação de estratégias, que diminuam tais sofrimentos, como reuniões de equipe e qualificações profissionais que apontem no sentido da efetivação da implantação da PNPSR (BRASL, 2019a), que tem como princípios, além do atendimento humanizado e universalizado, o compromisso do poder público para a:

IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional. (BRASIL, 2009a)

Além do acolhimento, utilizado como estratégia da formação de vínculo com o usuário, valorizar o processo da escuta qualificada na prestação do cuidado são questões que provocam a valorização do sujeito em situação de rua, e humaniza o atendimento. De acordo com Gomide et al. (2018), a ausência do exame físico durante o atendimento clínico, também influencia negativamente na relação entre profissional e usuário. Nota-se a insatisfação gerada pela ausência de tal exame, no relato abaixo do entrevistado:

“Eu estranhei o atendimento porque eles nem me olhou nem nada, eu expliquei que tava gripado, realmente eu tava muito gripado... . Aí me receitou dipirona e outro remédio lá pra caso eu tivesse vômito e um outro lá e pronto... só isso nem me encostou pra ver..” (C10)

Outra barreira de acesso aos serviços de saúde identificada no estudo, foi o não atendimento dos participantes em situação de rua devido as suas condições de higiene. Para cuidar de sua própria higiene, a PSR busca os espaços públicos institucionalizados (Centro POP, Abrigos, Casas de Passagens), a rua, residências ou estabelecimentos particulares (como restaurantes e comércios). Como já mencionado, de acordo com a PNSRP (BRASIL, 2019a), a maioria das pessoas em situação de rua recorre a rua para realização do banho e utilização do banheiro, inclusive em espaços públicos e estabelecimentos privados. Assim, mesmo que o estigma e a rotulação de que as pessoas em situação de rua se apresentem como sujeitos associados a sujeira e ao contágio de doenças prevaleça no imaginário de muitos profissionais, na verdade a maioria das pessoas desse grupo não compartilha desses atributos e procura, mesmo com inúmeras dificuldades, cuidar de seus corpos. Matos (2004) chama atenção de que as representações populares pejorativas das

peças em situação de rua, como vagabundo, preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado, mendigo, interferem na constituição da identidade dessas pessoas, e influenciam na conduta profissional. Relatos abaixo, do participante da pesquisa, reforçam essa concepção:

“De está sujo e com medo de alguém falar: sai daqui você está bêbado. Você não pode ser atendido, sai pra lá e toma um banho primeiro. E até a pessoa ir lá e tomar um banho, já morreu... eu acho que a pessoa tem que andar limpa e aquela pessoa que tem problema psicológico? Que acha que está bem e não está?” (C5)

“Infelizmente tem pessoas que andam com odores, não gostam de tomar banho, então eles já são tratados de outra forma. Você está entendendo do que eu tô falando? Não tocam na pessoa e já mandam embora. Por ele estar em situação de rua é muito constrangedor, então eu procuro estar sempre limpa por medo de eles não me aceitar” (C5)

Queiroz et al. (2021) ressaltam sobre a recusa de atendimento em casos que as pessoas se encontram com odores fétidos, resultantes da falta de banho e vestimentas sujas. O autor relata situações em que essas pessoas são devolvidas aos albergues com a justificativa de que o banho é essencial para o atendimento. Hallais e Barros (2015) alertam que os rótulos, como sujeira e mau cheiro, são muitas vezes, determinantes para as precariedades no acolhimento a essa população.

“Mais difícil é quando a gente vai sem tomar banho... ninguém quer atender” (C17)

“O problema é que às vezes você não toma banho, e aí atrapalha muito, porque uma vez eu fui consultar, estava quatro dias sem tomar banho, fiquei até com vergonha.” (C15)

“Eu passo no pop antes (Centro POP) e já tomo um banho para não causar mal-estar tanto para eles, quanto para nós... Isso influencia no atendimento sim, tem gente que não gosta não.” (C9)

Fica mais evidente assim, a necessidade da educação permanente dos profissionais de saúde, sobre as singularidades dessa população, assim como o modo como os serviços recebem essas pessoas, para mitigar os rótulos e estigmas presentes em representações sociais negativas, dentro e fora das unidades de saúde. Outra dificuldade que as pessoas em situação de rua do estudo relataram, ao acessar os serviços da rede de saúde de Contagem/MG foi a espera prolongada pelo atendimento, que pode estar relacionada com a falta de profissionais de saúde e com a alta demanda para atendimento. Gomide et al. (2018) concluem que a demora no atendimento e agendamento na APS constituem os maiores fatores para a insatisfação dos usuários com a atenção básica. Campos e Souza (2014)

identificaram como maiores dificuldades para o acompanhamento das doenças crônicas da PSR, a presença de filas e a demora para agendar consultas.

“Todos esses negócios de atendimento de saúde tem problema, né!? Tem a demora no atendimento, para quem é de rua, para quem é normal... Geralmente é demorado...” (C10)

“Você tá com uma dorzinha aqui, uma dorzinha ali, vai lá e demora muito tempo mesmo ...” (C10)

“Igual ontem, eu fui no JK (UPA JK) aqui, né!? Fiquei lá 8 horas esperando o atendimento, 8 horas esperando e cheguei hoje. Tive que dormir lá dentro, com frio, eu com minha esposa grávida. Eu no frio e com pé quebrado, morrendo de dor de cabeça... Porque lá dentro, eles não dão (remédio), se não for com receita médica. Fiquei morrendo de dor. Disseram que lá estava agarrado, mas minha fitinha era amarela. E é urgência, né!? A fita amarela é urgente. E mesmo assim, eu só alimentei porque eu fiquei de cima também. Eu fui e expliquei a mulher lá, que eu sou morador de rua e que eu estou passando muita dificuldade, que minha mulher está grávida e nós tá com fome” (C11)

Porém não é só questão de ter serviços disponíveis, mas também de ter recursos humanos em número suficiente para acolher e assistir esses usuários. Como destaca Lira et al. (2019) o acesso aos serviços de saúde não depende unicamente dos usuários, mas de todo o sistema socioeconômico, político e organizacional que estão inseridos. Oliveira et al. (2018) enfatizam que em localidades onde a cobertura da atenção básica é baixa, há privações no cuidado em saúde. Gomide et al. (2018) ressaltam que a ausência da figura do médico na unidade de saúde, é vista como fator que diminui a satisfação com o serviço e com resolutividade dos problemas. Apesar do Distrito Sanitário Eldorado contar com 248 profissionais da APS, distribuídos nas 9 UBS, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em fevereiro de 2021, na percepção dos participantes em situação de rua do estudo, há falta de profissionais, especialmente o médico, para atender suas necessidades:

“Eu acho que tem que conseguir o médico de manhã, para atender essa população de rua que chega lá, meio que sem lugar. Tem gente que está tão ruim da cabeça que nem sabe onde vai conseguir uma consulta,.. tem que ser o médico que vai passar um remédio, entendeu? Um acompanhamento, e na hora lá vai passar a receita lá, pra você pegar... médico só tá lá (UBS) uma vez por semana, aí tinha que ficar lá mais tempo... esse médico que atende a gente assim na hora, no posto normal... fazer uma consulta normal, não é de pronto socorro... ele tá lá uma vez por semana e eu acho que tinha que ter mais dias, entendeu?” (C3)

“As vezes é um problema de saúde igual eu tenho, esse problema de imunidade e diz que na UPA não tem médico pra resolver” (C3)

“A demanda é grande, os funcionários são poucos, e muita gente cria aquela situação de confusão, briga, né?” (C4)

“A gente que tá na rua, pra esses negócio de assuntos de assuntos médicos, muitas vezes eu já perdi dias subindo pro posto e ficava esperando a menina

chegar para marcar consulta. Sempre tinha um imprevisto, a coisa mais rara que tinha, era conseguir consulta com médico que cuidava de nós na rua, sabe!?” (C12)

“Hoje não vou mais ao dentista, porque dentista no posto, não tenho... Eu estou com dente siso nascendo pela segunda vez, que quase me derrubou no chão. Eu saio pra trabalhar, saio pra rua, a poder de remédio...” (C7)

A figura do médico, na visão dos participantes em situação de rua da pesquisa, se constitui como ponto fundamental para atendimento. Nota-se que o modelo biomédico de atenção à saúde está fortemente presente na percepção dessas pessoas quando vão procurar o atendimento em saúde. Como destaca Gomide et al. (2018) esse modelo é ultrapassado, pois está pautado nas ações curativistas, medicamentosas, de alta densidade e hospitalocêntrica, com pouca ênfase no processo saúde/doença e que não considera os determinantes sociais da saúde, tão presentes no cotidiano das ruas. Segundo Paiva et al. (2016) esse modelo não tem conseguido satisfazer os problemas relativos aos processos saúde-doença da PSR. A atenção à PSR deve ser baseada nas tecnologias leves, com ênfase na humanização do atendimento, escuta qualificada e no acolhimento, para formação e fortalecimento do vínculo, devendo ser realizada por equipe multidisciplinar, visto a complexidade dos processos que envolvem a saúde das pessoas que vivem sob condições de vulnerabilidades extremas, e com desenvolvimento de ações intersetoriais, com destaque para a parceria SUS/SUAS.

A demora para os serviços especializados foi uma queixa apresentada pelos participantes, porém não é exclusividade para a população em situação de rua. A identificação da insatisfação dos usuários em situação de rua com a demora para o atendimento na APS e para os serviços especializados, indicam a necessidade da estruturação da rede de saúde do município. Silva (2015, p.80) alerta ser necessário a criação de estratégias que apontem para o sistema de regulação à necessidade da prioridade da PSR no atendimento, “principalmente pelo fato do tempo ser um fator determinante para conseguir vincular o paciente a consulta/procedimentos regulados.”

A Prefeitura de Contagem a partir da Norma Técnica 006/2019 (CONTAGEM, 2019), que orienta os profissionais da saúde bucal sobre o fluxo de atendimento odontológico aos usuários encaminhados pela equipe do consultório na rua, classifica a PSR como prioridade altíssima nos serviços especializados odontológicos e orienta os profissionais da APS a solicitarem interconsulta por meio de contato telefônico no Centro de Especialidades Odontológicas para relatar o caso para o especialista, que

ciente dessa priorização, agendará o paciente para dar início ao tratamento. Assim recomendamos, que deva ser feito, também, uma remodelação na rede de atenção à saúde, para a priorização das consultas de especialidades médicas para a PSR, através do estabelecimento de fluxos e normas técnicas. Nesse contexto foram identificadas queixas dos participantes em situação de rua em relação a espera por consultas de especialidades médicas:

“Especialista a coisa é muito difícil, né... até hoje... difícil no SUS é especialista, eu faço endocrinologia, que eu preciso, mas é complicado...” (C3)

“Alguns exames para especialidades, é bastante demorado. Se eu precisar de ortopedista, ou de outras especialidades que é fora do posto, o tempo pra fila é muito grande.” (C13)

A exigência de documentos e comprovantes de endereço, também são citados pelos entrevistados como impedimentos para acessarem os serviços de saúde. Rodrigues (2016) destaca que as pessoas em situação de rua não possuem direitos a propriedade resguardado, e que são muitas vezes vítimas de práticas higienistas, que recolhem seus pertences e documentos e isto dificulta exercer outros direitos, como quando são exigidos seus documentos de identificação nas unidades de saúde, burocratizando a assistência. Dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), apontam que 24,8% dos indivíduos não possuem nenhum documento de identificação. Para alguns indivíduos, a aquisição da documentação de identificação perpassa a constituição de um direito, simbolizando a obtenção da própria cidadania. Vale (2018) identificou em seu estudo que, devido à falta de comprovantes de residência, as pessoas em situação de rua, tem dificuldades para consultar em Unidade Básica de Saúde, que exige a territorialização de seus usuários. A autora aponta também para a dificuldade de conseguir medicamentos por falta da renovação da receita ou por falta de documentação. Relatos como dos participantes abaixo, ilustram tais obstáculos:

“Eles puxou o nome e falou: “você é lá do Morro das Pedras, seu negócio tem que ser lá. Pra mim passar a usar aqui, tenho que ir lá dá baixa nessas coisa. Tem que trazer os comprovantes...” (C4)

“Pra gente que é morador de rua, sempre tem (dificuldades). Porque você não tem uma carteirinha, não tem um cadastro, não tem nada.” (C10)

“Eles fazem muita separação por estar na rua... o cara tem o endereço, tem uma casa, a ficha dele vai na hora. Mas quando você chega lá, que eles olha sua ficha, que você é morador de rua, infelizmente nem sempre você é atendido.” (C7)

Na tentativa de simplificar o acesso aos serviços de saúde, a Portaria 940 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), regulamenta que o Sistema Cartão Nacional de Saúde dispensa comprovação de residência da pessoa em situação de rua, não tendo pré-requisitos ou documentação prévia para sua obtenção. Porém, por desconhecimento de muitos profissionais, esse direito continua sendo negado. Há também o desconhecimento da legislação através da Lei Nº 13.714, de 24 de agosto de 2018 (BRASIL, 2018), que alterou a Lei 8742, de 1993 e garante o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde, mesmo sem portar comprovante de residência ou cartão SUS:

Art. 19. A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde (BRASIL, 2018).

A imposição do porte obrigatório de documentação, Cartão Nacional de Saúde e comprovantes de residência funciona como o primeiro desafio a ser enfrentado pelas pessoas em situação de rua quando chegam nas unidades de saúde (ASSIS; JESUS, 2012). Andrade et al. (2022) alertam que a burocracia nas unidades de saúde, como as exigências de agendamento para atendimento, horários inflexíveis para consulta, exigência de documentos de identificação e comprovação de endereço residência reforçam a exclusão desse segmento da população. Lira et al. (2022) revelam que a exigência do comprovante de residência desconsidera as condições de viver/trabalhar de quem não tem um local fixo para residir e nessa lógica, por não pertencer a um território definido a PSR não pertence a ninguém. Prado et al. (2021) enfatizam que o atraso e a dificuldade das pessoas em situação de rua em procurarem atendimento são reflexo das discriminações sofridas, assim como da exigência de documentações para identificação e cadastro.

“Posto de saúde? Eu não ia porque tinha que fazer cadastro... um tanto de coisa. Já não atendia. Se não era num lugar, era pra ir no outro... aí eu desistia.” (C11)

“A dificuldade do morador de rua, é, que muitas vezes, ele não é atendido no local, porque ele não tem um endereço fixo. Por exemplo, o posto de saúde aqui, para mim acessar, primeiro eu tenho que ter um encaminhamento aqui do abrigo, porque eu não tenho endereço fixo. Antes no posto de saúde, as pessoas até me atendiam, mas depois que eu fui para a rua, eu não consegui mais, porque eles falaram que era só pra morador da região. Aí eu vejo essa

grande dificuldade pro morador de rua, a pessoas deixam de atender por causa de ter endereço fixo.” (C13)

Para transpor tais barreiras uma estratégia adotada pela equipe do Consultório na Rua de Contagem tem sido acompanhar a pessoa em situação de rua no acesso aos serviços da APS. Essa interlocução garante que o usuário em situação de rua tenha sua necessidade acolhida, mesmo na ausência de comprovantes de identificação.

Para além da dificuldade em conseguir medicamentos sem receitas anteriores, comprovantes de residência ou de identificação, foi identificado também através do relato dos participantes, a prescrição de medicamentos que não constam na rede SUS de Contagem/MG, e a dificuldade em comprá-los com recurso próprio. A Carta do Direito e Deveres dos Usuários do SUS (Resolução nº553, de 09/08/2017) resguarda o direito de:

I - recebimento dos medicamentos, quando prescritos, que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo, deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b).

Porém, muitos profissionais de saúde parecem desconhecer a legislação citada, se mostrando alheios a realidade da PSR e prescrevendo medicamentos não padronizados pela rede de saúde (BRASIL, 2012a).

“Eu precisei de uma receita, só que eu não tinha as antigas mais... já me deu remédio que é difícil pra eu comprar... no caso estou em situação de rua. Então ela (médica) não pode exigir isso de mim, entendeu? Se eu tô precisando de um remédio urgente... a médica... ela conversando comigo, ela vai saber o que eu sinto, então eu não sei como é o procedimento médico, mas ela pode passar a receita, entendeu?” (C3)

“Ele (médico) passou um medicamento pra mim, Ibuprofeno e um outro lá, que eu não tenho condições de comprar, infelizmente eu não vou tomar esse remédio, que me passou, que não tem na farmácia. Isso que dificulta. Porque eu acho, que a pessoa que não tem condições, que está na rua, que está passando por dificuldades, que é um ex-presidiário, tinha que ter um passaporte, igual tíquete de refeição para alimentar. Tinha que ter pro posto de saúde também. Se a pessoa não tem condição de comprar um remédio, a prefeitura tinha que dar aquele passe pra pessoa ter um acesso ao remédio.” (C11)

Quando perguntado aos participantes em situação de rua se havia dificuldades em comparecer no horário de funcionamento das UBS, das 7 às 17 horas, a maior parte (53%) considerou não haver problemas, já 47% responderam encontrar dificuldades. Como já foi discutido anteriormente, a vida na rua com suas peculiaridades, dificulta, muitas vezes, comparecer no horário de funcionamento das

UBS, pois compete com a busca por alimentação. A falta de tempo para buscar atendimento à saúde está relacionado com o trabalho no mercado informal. Na lógica entre ganhar o sustento em atividades como lavar carros, recolher papel e cuidar do corpo, torna-se difícil abdicar do trabalho para comparecer na unidade de saúde (BRASIL, 2012). Outro obstáculo, citado por boa parte dos entrevistados, foi a extensão do deslocamento dentro do território; percorrer grandes distâncias a pé e, na maioria das vezes com dor, inviabiliza chegar até as unidades básicas de saúde. Prado et al. (2020) apontam a dificuldade de locomoção como uma das principais dificuldades da PSR em acessar os serviços de saúde. Os relatos dos entrevistados em situação de rua abaixo, exemplificam a discrepância entre o horário de funcionamento da UBS e a locomoção dentro do território.

“O horário assim do posto pra gente que é complicado, porque dependendo da onde que o posto é, e a gente acaba tendo que deslocar de um lugar para o outro, e tudo a gente tem que andar a pé aqui, a gente não tem um transporte, nada que pode levar... e aí é complicado, porque a gente tá reciclando, e eu trabalho com reciclagem e aí fica complicado porque eu tenho que sair daqui e ir para outro lugar e chega lá e está fechado... e aí dependendo do horário não tem mais médico, aí é complicado... o horário poderia ser melhor...” (C1)

“Posto de saúde é muito difícil pra gente ir caminhando, tem que andar muito.” (C4)

“Agora você estando na rua, você passa mal na rua e dependendo do lugar, que não tem um posto próximo, você tem que ir andando ou tem que pedir carona ou ao motorista de ônibus, para te deixar ir lá sem pagar passagem.” (C10)

A restrição do atendimento no período da pandemia da COVID-19, direcionando a assistência da APS aos sintomáticos respiratórios e limitando os atendimentos não urgentes, reforça a busca pelos serviços de pronto-atendimento. Concomitantemente, enquanto estava havendo restrições no atendimento nos serviços da atenção básica, ocorreu demora das ações do Estado em organizar serviços assistenciais efetivos para resguardar a saúde dessa parte vulnerável da população. Considerando o prolongamento da crise econômica, mesmo após o auge da crise sanitária, aumentou-se o contingente de pessoas nas ruas e de necessidade de atendimento para os serviços de saúde, que não se estruturaram para receber essa nova demanda nova. Silva, Natalino e Pinheiro (2021) alertam sobre a necessidade do fortalecimento do sistema de proteção social, por meio da adoção de estratégias que evitem a ampliação do contingente em situação de rua decorrente da crise sanitária, e da necessidade do fortalecimento da rede de atenção à saúde, para

acolher e ofertar cuidados a nova demanda. Os relatos das pessoas em situação de rua abaixo, contextualizam a dificuldade em conseguir atendimento durante a pandemia da COVID-19:

“Eu fui no posto fazer um procedimento e depois parou tudo.... mas eu sei que depois da COVID, o pessoal volta a ter contato...” (C6)

“Você vai na UPA hoje, esse COVID atrapalhou tudo. Você está com dor de cabeça, é COVID... Você está passando mal na rua e você não tem prioridade. Quem tem prioridade, é doença mais grave lá, hoje em dia. Difícil, hoje a demanda lá, é muita gente. Você entra lá sete horas da manhã e sai onze horas da noite.” (C4)

“Fui em tudo em quanto é lugar público. Chega lá, nessa época da pandemia, é igual eu te falei, eles te dão um encaminhamento já para te mandar embora, pra não te atender... Aí eu tive que pagar particular cento e cinquenta reais, para tirar o dente” (C7)

“Já era difícil antes da pandemia, depois da pandemia, ficou umas mil vezes pior para a gente.” (C12)

Foram identificadas inúmeras barreiras de acesso aos serviços de saúde, em especial aos serviços da APS, no município de Contagem/Minas Gérias, evidenciando a necessidade de reestruturação organizacional da rede de atenção à saúde e de qualificação profissional para o atendimento as populações em situação de vulnerabilidade. Sem preparo e sem educação permanente, os profissionais de saúde não compreendem as particularidades da rede para o atendimento desta população, aumentando a barreira existente para o acesso aos serviços (VALE, 2018).

A forte presença da postura preconceituosa dos profissionais de saúde e da estigmatização presente na utilização dos serviços, na percepção dos participantes em situação de rua do estudo, reforçam a necessidade do preparo e capacitação dos profissionais que fazem o primeiro atendimento dessas pessoas e pode ser minimizada com a presença e atuação do Consultório na Rua.

Perante o crescimento e a nova configuração da PSR (com aumento de mulheres e famílias nessa situação), há o consequente impacto na utilização dos serviços de saúde e é urgente a sensibilização e treinamento, através de educação permanente de toda rede de atenção à saúde, na forma de acolher e compreender as necessidades, especificidades e prioridades desse segmento populacional. É iminente que a gestão municipal se prepare para ofertar atendimento humanizado, digno e resolutivo a PSR, estando de acordo com os princípios e diretrizes da PNPSR (2019a).

5.3 EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS QUE PROMOVEM E MEDIAM O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Consultório na Rua foi implantado no município de Contagem, Minas Gerais em 2019 e atualmente conta com apenas uma equipe formada por médica, enfermeira, psicóloga, técnica de enfermagem e motorista, para atender uma população de 522 pessoas, segundo dados fornecidos pelo e-SUS em dezembro de 2020. Desde sua implantação a equipe foi perdendo componentes em função do vencimento do contrato de alguns dos seus profissionais e da não renovação ou contratação por parte da gestão. Esse problema influencia diretamente na assistência aos usuários, pois a ausência de algumas categorias profissionais, como o técnico de saúde bucal, assistente social, dentista, dentre outros, impacta diretamente na cobertura, no trabalho interdisciplinar e na resolutividade da equipe. Entre os principais problemas das equipes dos Consultórios na Rua, identificados por Andrade et al. (2022), estão a ausência do veículo próprio e profissionais insuficientes para atender a demanda. Os autores alertam que a ausência do financiamento para o completo funcionamento da equipe do Consultório na Rua, provendo adequada estrutura física e de recursos humanos, promove as dificuldades no provimento de igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde. A presença da equipe com quadro incompleto de profissionais serve de alerta para a gestão municipal, pois há um enfraquecimento do avanço dos cuidados em saúde. É fundamental garantir todos os componentes da equipe multidisciplinar que compõe o cnR, necessária para trabalhar a complexidade do processo saúde/doença que envolve essa população.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua de acordo com a portaria 122, de 25/01/2011 (BRASIL, 2012c). O município de Contagem/MG conta com 532 pessoas em situação de rua de acordo com levantamento realizado pelo Instituto Polos Cidadania da UFMG (DIAS, 2021), sendo que, até o fim dessa pesquisa, ainda não há contagem oficial dessa população através de censo populacional municipal. Com o aumento do contingente de pessoas na rua devido à crise financeira e sanitária inferimos que esse número pode ser muito

maior, justificando a implantação de uma nova equipe do Consultório na Rua. Essa necessidade é percebida pelas próprias pessoas usuárias do serviço:

“Devia ter mais consultório (na rua), que como é um só, então é muita demanda, e como eu estou na rua, eu estou vendo... aumentou muito a situação de rua, então tinha que ter mais, até para elas não ter muita demanda, né ?” (C1)

“Se der pra melhorar... poderia ter mais vans do consultório na rua, porque é uma só que atende na cidade.” (C9)

A equipe do Consultório na Rua trabalha prestando os atendimentos integrais em saúde na rua, e, quando necessário, articulando com outros pontos de atenção da rede de saúde do município, a continuidade do cuidado. O cnR, que tem a UBS Morada Nova (Distrito Sanitário Ressaca) como ponto de referência e unidade de lotação, possui seu itinerário e processo de trabalho planejado a cada dia de trabalho. Como observa Lopes (2018), apesar dos imprevistos e das intercorrências que a rua oferece, a clínica da rua exige um trabalho planejado, com o mesmo compromisso com a técnica e a ciência que o trabalho em outros espaços. As entrevistas revelam que as ações da equipe do Consultório na Rua vão além de ampliar o acesso aos serviços de saúde; há também a prestação dos cuidados no ambiente da rua, vacinação e a mediação com outros pontos de atenção da rede de saúde, como a atenção secundária:

“Esse “comunitário de rua” (Consultório na rua), que eles vai lá e cuida da gente, dá medicamento, encaminhamento, preocupa também, né? com a situação que a gente tá... igual agora que estou com ferimento no pé e elas (consultório na rua) me chamaram para fazer o curativo.” (C4)

“As meninas do consultório de rua, que tá ajudando muita gente que tá na rua. Porque as vezes, na situação de rua tem muita gente debilitada, tem uns que não consegue nem andar, por uso de álcool, e as pessoa mais fraca cai no chão... eu tenho um amigo que cheguei a trocar a fralda dele, eu nunca troquei fralda. E as meninas (consultório na rua) levaram pra lá (CAPS AD)...” (C4)

“Até esse consultório de rua, a primeira vacina da Astrazeneca eu tomei com eles, a segunda eu tomei no posto de saúde, que eles me falou pra ir, pra você ver...” (C5)

Apesar do Distrito Sanitário Eldorado contar com profissionais de saúde nas 9 UBS e no Complexo Hospitalar (Hospital Municipal de Contagem e Centro Materno Infantil), a análise das entrevistas sugere que a criação do vínculo das pessoas em situação de rua acontece com a equipe do Consultório na Rua. O trabalho dessa equipe pautado nas tecnologias leves ou tecnologia das relações, como escuta qualificada, acolhimento, responsabilização, vínculo, permitem a aproximação e

estabelecimento de uma relação de confiança com essa população. Para Queiroz et al. (2021, p.8239), os profissionais do Consultório na Rua praticam a medicina humanizada, criando empatia e entendimento das necessidades das pessoas que estão em situação de rua e essas, por sua vez, não apresentam resistência em serem atendidas. Os autores complementam que no ambiente da rua “não basta saber dos protocolos, não basta ter a técnica, nem os insumos necessários. O que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o modo relacional que se estabelecerá”. A fala dos participantes abaixo ilustra a importante formação desse elo durante as abordagens:

“O consultório de rua que me ajudou bastante, as meninas do consultório de rua... trata a gente bem, leva pra resolver os problemas...” (C14)

“As “meninas” (consultório na rua) ajudam a gente muito. Esse consultório de rua aí, ajudou muita gente, principalmente a gente que tá passando por esse momento difícil de crise aí” (C4)

No estudo feito na cidade do Rio de Janeiro, por Nunes et al. (2021), a partir do Censo da População em Situação do Rio de Janeiro em 2020 (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2020) apenas 15,5% dos entrevistados afirmaram já terem sido abordados pelo Consultório na Rua. Mesmo com a equipe incompleta (sem todos as categorias profissionais), a cobertura assistencial do Consultório na Rua em Contagem/MG revela, a partir do relato dos participantes, que alcança a maioria dos sujeitos em situação de rua. Quando perguntados por quem já foram abordados nas ruas, a maioria citou a equipe do Consultório na Rua (72,2%), com destaque para a assistência da sociedade civil, através da igreja evangélica (11,2%). (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Cobertura assistencial nas ruas no município de Contagem, Minas Gerias



Fonte: próprio autor (2022).

Percebe-se assim, que o CnR em Contagem se constitui em um serviço que efetivamente promove a saúde para a PSR.

Houve registros de falas de pessoas em situação de rua que conviveram em momentos antes da implantação da equipe do Consultório na Rua, e que relataram o impacto da chegada do serviço:

“ O consultório na rua adiantam bastante as coisas, né? Melhor, que antes a gente não tinha nada, né? A pessoas ficava sem saber . Agora pelo menos eles orientam, dá encaminhamento, ajuda em muita coisa. Precisa melhorar um pouco, mas agora já tem uma médica, que antes não tinha e teve uma melhora grande.” (C3)

Até ultimamente não tinha (atendimento), hoje tá aí... esse consultório de rua, não tinha isso... agora tá tendo... Eu fiquei seis anos na rua, não tinha o atendimento deles... é diferente. Agora esse pessoal da abordagem vai lá buscar nós, vai saber como nós estamos. Tem as meninas da saúde... nós não tinha isso” (C4)

“Agora to conseguindo fazer o tratamento por causa do pessoal né (consultório na rua)” (C1)

Foi identificado nas entrevistas a presença da sociedade civil, através da igreja evangélica, exercendo a assistência a PSR. Pela omissão do Estado, observa-se muitas vezes a sociedade fazendo o papel que o poder público deveria estar proporcionando. Paes (2014) reconhece a importância da atuação do terceiro setor na efetivação dos direitos sociais, mas alerta que cabe a Administração Pública incentivar a colaboração e fiscalizar a atuação destas entidades privadas.

“Hoje quem está ajudando é o pessoal da Igreja Batista da Lagoinha, perto da rodoviária (BH). Eles estão tirando a pessoa da rua, está dando banho, escovando dente...” (C17)

“O que para a gente , geralmente, se você está próximo do centro cidade, são pessoas evangélicas, né!? Que fazem um trabalho comunitário.” (C10)

“Foi a equipe evangélica, né!? (Que realizou a abordagem) As pessoas que faz doação, essas coisas... doa marmitta, pão, leite, café.” (C11)

Além de realizar o tratamento integral da PSR, o cnR realiza a mediação do acesso da PSR a outros serviços da rede de saúde do município, em especial a APS. Outros equipamentos foram identificados através das falas dos participantes em situação de rua, cumprindo tal papel: o Abrigo Bella Vista e o Centro POP. Esses equipamentos facilitam a entrada nos serviços da APS, no município de Contagem. Nesse sentido, segundo dados fornecidos pela análise do conteúdo da fala dos participantes em situação de rua, o cnR (52,39%) foi o dispositivo mais citado, o Abrigo Bella Vista foi citado por 33,33% dos participantes e o CENTRO POP por 14,28%. (Tabela 11)

Tabela 11 – Dispositivos que mediam o acesso aos serviços da APS do município de Contagem, Minas Gérias

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	NÚMERO DE CITAÇÕES / FREQUÊNCIA (%)
Dispositivos facilitadores do acesso e do cuidado em saúde	Consultório na Rua	11 (52,39%)
	Abrigo Bela Vista	7 (33,33%)
	Centro POP	3 (14,28%)
TOTAL		21 (100%)

Fonte: Próprio autor (2022). Matriz de análise das entrevistas com a população em situação de rua (APENDICE F).

O Abrigo Bela Vista oferece acolhimento provisório para adultos em situação de rua, fica situado no Distrito Eldorado, e a forma de acesso ao serviço de saúde por este público acontece através de encaminhamento para as UBS próximas. A presença das categorias profissionais representadas pelos assistentes sociais e psicólogos no Abrigo auxilia na mediação do acesso aos serviços da APS, que é concretizada através do encaminhamento responsável por guia de referência.

“Quando eu cheguei aqui (Abrigo Bela Vista), a menina me encaminhou porque eu tava muito gripado, aí eu fui lá no posto de saúde...” (C10)

“O pessoal daqui me ajuda... aqui (no Abrigo Bela Vista), a gente cuida aqui no posto (UBS Bela Vista), e aqui tudo que a gente precisa, a gente vai ali. Hoje eu já tive lá para pegar uma receita minha lá.” (C12)

“Depois vim parar aqui no abrigo, eles me encaminharam aqui para o posto Bela Vista (UBS Bela Vista) e pelo abrigo consegui um psiquiatra.” (C13)

O abrigamento da pessoa que está na rua é importante para o restabelecimento da sua saúde. Quanto mais precocemente for ofertado o abrigamento, maiores são as chances de aceitação de tratamentos e outras ofertas de cuidados e menores as chances de perpetuarem nas ruas e de adoecimentos (UNA-SUS, 2022). Em estudo norte americano realizado por Rountree, Hess e Like (2019), que compara a saúde das pessoas em situações de rua abrigadas e não abrigadas, chegou-se à conclusão que quanto mais tempo uma pessoa permanecesse abrigada, maiores seriam suas condições de restabelecer a saúde física e mental. Pessoas não abrigadas experimentam mais situações de violências e traumas.

“Eu conheci uma coisa aqui. (Abrigo Bela Vista), que eu nunca tinha visto em abrigo nenhum. Eu vim para cá foi dia 15 de janeiro deste ano, e cheguei aqui e tinha uma cuidadora de idoso que cuidava de mim por causa da deficiência e a grande maioria aqui são pessoas que se pudesse carregar água na e peneira pra a gente, carregava...” (C12)

“Depois que eu passei a ficar no abrigo, consegui fazer um tratamento fixo, trato aqui pelo posto (UBS Bela Vista).” (C13)

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) de Contagem constitui em unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade, de caráter público e estatal, voltado para a população em situação de rua. O Centro Pop oferta os seguintes serviços: acolhida, escuta, acesso a documentação pessoal, encaminhamentos para a rede de serviços locais, agendamento do cadastro único, espaço para higiene pessoal, guarda de pertences, lanche, estímulo ao convívio familiar, grupal e social, qualificação profissional. A instituição funciona das 8h às 17h com horário específico para a distribuição do lanche e higiene pessoal. Através da escuta qualificada das demandas dos problemas de saúde dos pacientes fornecem orientações a respeito do funcionamento da rede de saúde do município de Contagem. Pela análise das falas dos participantes em situação de rua do estudo, o equipamento funciona muitas vezes como um mediador do acesso com as UBS do Distrito Sanitário Eldorado.

“Se estiver passando mal e está conseguindo ir (no posto de saúde), e não é coisa de emergência, tem que ser no posto aqui, que eles (CENTRO POP) encaminham a gente pra ir...” (C3)

“Quando adoço, com alguma coisa, tem a ajuda do CENTRO POP, que tem esse centro de referência aqui.” (C4)

“Cuido da saúde através da assistente social, CENTRO POP, porque se não fosse vocês mesmo, eu mesmo não tenho recurso, não tenho dinheiro, não tenho nada...” (C2)

Destaca-se que as pessoas podem preferir permanecer nas ruas, quando as instituições de abrigamento se apresentem como serviços de alta exigência de acesso e permanência. O relato do participante abaixo alerta para esse risco:

“As pessoas não querem entrar no abrigo, não querem entrar numa casa... Tipo assim... eles não aceitam, eles não aceitam ser controlado. Não aceitam ouvir ninguém, eles preferem estar na rua, então na rua eles passam por coisas piores...” (C5)

A entrada nos serviços da APS do município de Contagem parece ser melhor alcançado quando encaminhado por um equipamento de assistência a PSR. As estratégias de abrigamento devem ser buscadas e ampliadas pela gestão municipal,

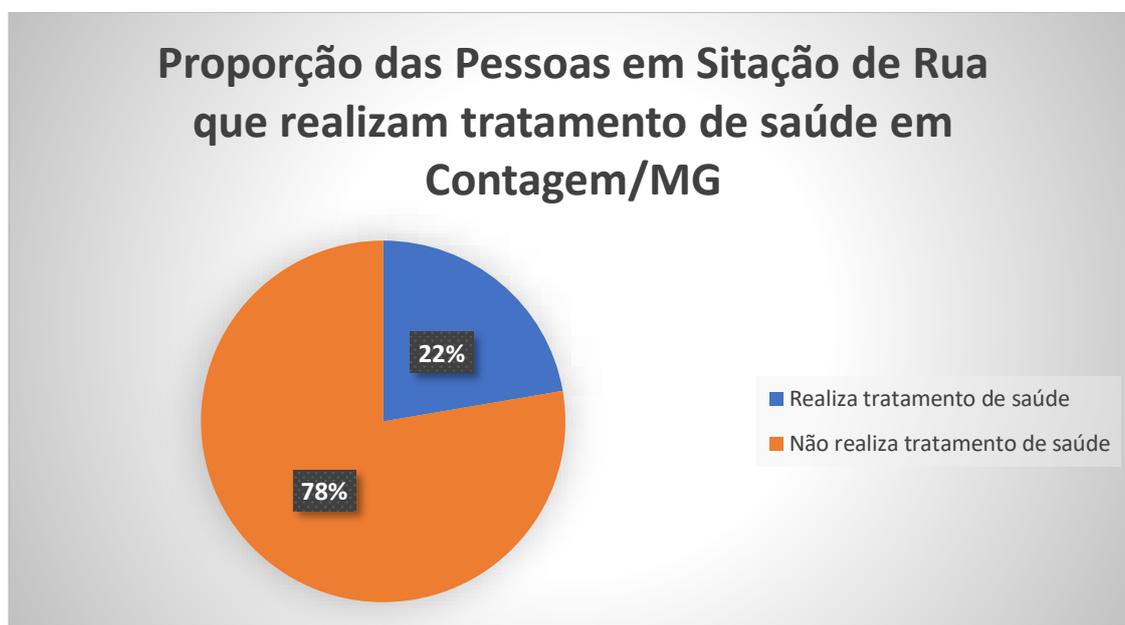
pois funcionam tanto para mitigar as iniquidades em saúde, quanto para mediar o acesso aos serviços da APS e diminuir os obstáculos que essa população encontra.

O cnR é uma estratégia de atenção à saúde que além de mediar o acesso a outros pontos da rede, presta atenção integral a PSR, devendo ter a categoria profissional atual completada e o número de equipe ampliada, para assistir melhor uma população que cresce exponencialmente com a crise econômica. A forma de trabalho, através das tecnologias leves, deve servir de modelo para toda rede de saúde, podendo ser replicada através de oficinas e rodas de conversa. As barreiras de acesso aos serviços da APS podem ser minimizadas pela presença dessa equipe, humanizando o cuidado, realizando tratamento integral e possibilitando a mediação com todos os pontos de atenção da rede de saúde do município.

5.4 A PROCURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A maioria dos entrevistados em situação de rua consideram sua condição de saúde ruim. Essa percepção pode ser consequência das insalubridades que vivenciam nas ruas, como a exposição as violências físicas e psíquicas, as variações do clima, privação do sono, água e alimentos de baixa qualidade e dificuldade de higienização. Porém, mesmo com a saúde debilitada, a maior parte dos participantes (78%) do estudo relatou não realizar nenhum tipo de tratamento de saúde. (Gráfico 11)

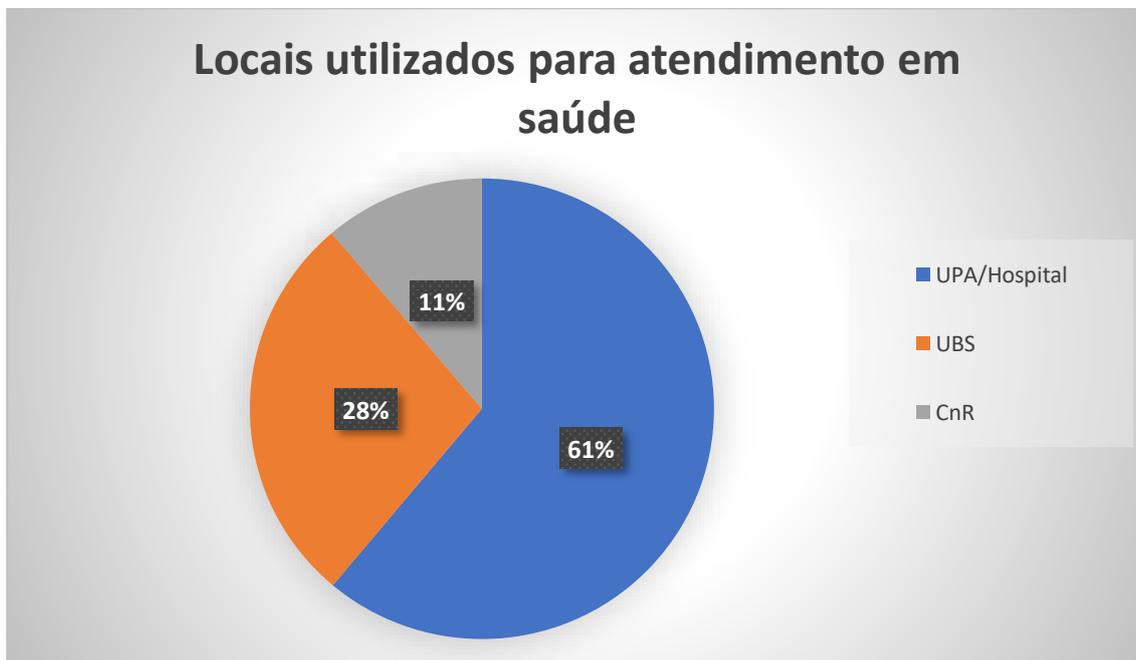
Gráfico 11 – Distribuição dos participantes em situação de rua de acordo com a realização de tratamento na rede de saúde do município de Contagem, Minas Gerais



Fonte: próprio autor (2022).

Uma possível explicação, a partir da análise dos dados coletados é que, mesmo considerando a saúde ruim, as pessoas em situação de rua não realizam tratamento, devido as barreiras de acesso que encontram nos serviços da APS, de Contagem/MG, buscando os serviços de urgência do município, para resolução dos seus problemas de saúde. Quando perguntados qual serviço de saúde procuram para resolução de suas necessidades, 61,1% dos participantes em situação de rua revelaram procurar o pronto atendimento da UPA/Hospital Municipal, 27,7% buscam atendimento nas UBS e 11,2% relatam os serviços do cnR. (Gráfico 12)

Gráfico 12 – Serviços procurados pela população em situação de rua de Contagem para atendimento de saúde



Fonte: próprio autor (2022).

O resultado do estudo é semelhante ao encontrado na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), que tem 43,8% dos entrevistados procurando primeiro os serviços de emergência quando estão doentes, e 27,4% procurando a unidade básica de saúde. No Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), 49% dos entrevistados relataram procurar serviços de urgência para tratamento de suas necessidades de saúde, 44,2% a UBS, 10,4% não procuram nenhum serviço, 2,3 % recorrem as farmácias privadas, 1,3% organizações de apoio e 3,6% citaram outros locais. Na pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, por Nunes et al. (2021), no cenário da pandemia, 32% das pessoas em situação de rua relatam procurar a UBS e Clínica da Família, 29,9% UPA e hospital, 7,6% cnR e 10% serviço voluntário/igreja. Percebe-se nessa pesquisa que o vínculo com a Atenção Primária permanece, refletindo a chegada de novas famílias e indivíduos que entraram em situação de rua no cenário da crise econômica. É importante frisar a necessidade de capacitação da rede básica de saúde para o atendimento às pessoas em estado de vulnerabilidade social. A pesquisa com os participantes em situação de rua de Contagem/MG revelou uma proporção na busca pelo serviço do cnR pouco superior que na pesquisa realizada no Rio de Janeiro (Nunes et. al, 2021). Esse fator demonstra ter sido

formado vínculo, justamente com a equipe que tem o serviço mais capacitado, evidenciando assim, a importância das tecnologias leves no processo de trabalho, a relevância da ampliação desse serviço e a importância da aproximação da rede de saúde com a equipe do Consultório na Rua. O relato dos participantes abaixo, demonstram a busca pelo atendimento do CnR, demonstrando que essa é a equipe que melhor fortaleceu o elo com a população em situação de rua de Contagem/MG:

“A gente vem aqui no POP, né? (Centro POP) e pergunta pras meninas aonde o consultório de rua está circulando, e eu vou no consultório de rua procurar o atendimento e aí eles me indicam ir na unidade de saúde, tem uma próxima aqui na Araújo do Eldorado (UBS CSU Eldorado).” (C9)

“Com elas, com elas mesmo (consultório na rua). Você vai na UPA hoje, esse COVID atrapalhou tudo.. Você está passando mal na rua e você não tem prioridade... as “meninas” (consultório na rua) ajudam a gente muito. Esse consultório de rua aí, ajudou muita gente..” (C4)

A procura pelos serviços de saúde se dá em grande parte das vezes, quando a doença afeta a capacidade de trabalhar ou de se locomover para buscar alimentos (PAIVA, 2016). Pela dificuldade em acessar os cuidados básicos de saúde, a UBS também deixa de ser procurada e a pessoa em situação de rua só busca atendimento em último caso, quando a doença agrava e a necessidade ultrapassa os limites da dor.

“Só vou quando agrava mesmo... não vou mentir não, porque se mentir vai ser pior...” (C2)

“Vou (nas unidades de saúde) só quando eu estou passando muito mal mesmo” (C11)

“Quando estou com mal estar... tem que estar passando mal (para ir aos serviços de saúde)... qualquer ser humano, né?” (C4)

Nunes et al. (2021) apontam, através da análise dos dados fornecidos pelo Censo da População em Situação do Rio de Janeiro em 2020, que 75% das pessoas em situação de rua procuram ajuda nos serviços de urgência, principalmente na UPA, quando estão doentes. Aguiar e Iriart (2012) alertam que a procura da PSR por serviços de urgência e emergência revelam problemas estruturais graves, e é causado pelas barreiras de acesso as unidades básicas da rede de atenção à saúde. Lira et al. (2019) ressaltam que a entrada para os serviços de saúde vem acontecendo pela urgência e emergência, por esses serviços serem mais acessíveis às pessoas em situação de rua. De fato, o acesso aos serviços de urgência ocorre, também, por exigirem menos contrapartida, pois são serviços de menor exigência, por não

solicitarem comprovante de endereço, por exemplo, e, resolverem de imediato a queixa apresentada.

“Olha na verdade igual esse tempo atrás, eu até tava com uma tosse, eu já fui direto foi na UPA, e até resolvi o problema.” (C2)

“Se for aqui em Contagem no caso é a UPA (onde procura atendimento). Nem sei onde tem posto de saúde. A UPA eu sei onde fica.” (C8)

“ Eu vou nas policlínica da região, né!? Policlínicas de urgência” (C11)

“Primeiro eu vou no caso na UPA né... aí lá que eles encaminham para outro lugar.” (C1)

“Geralmente procuro primeiro o hospital.” (C10)

Importante salientar, que quando ocorre a procura pelo atendimento de urgência na UBS, cria-se uma oportunidade de formação de vínculo com a equipe de saúde da família. No caso do participante em situação de rua do estudo C5, que procura o atendimento odontológico por motivo de dor de origem odontogênica, cria-se a via de contato entre o usuário e a APS, através do serviço odontológico e da equipe de saúde bucal da família. A partir daí, há possibilidade da extensão do vínculo para toda a equipe de saúde da família, e, oportunidade de ofertar todos os serviços que o usuário necessitar na UBS. Uma eSF humanizada e sensibilizada para as necessidades e especificidades da PSR proporciona melhor acolhimento desse usuário e abre maior possibilidade para seu retorno e adesão ao tratamento.

“(Procuro a UBS) Só pra dente mesmo, quando está infeccionado...” (C5)

Frente aos obstáculos que os serviços de saúde impõe, as pessoas em situação de rua tendem amenizar a dor, utilizando o que tem disponível nas ruas, como álcool, drogas, medicamentos ou outras substâncias psicotrópicas. Nunes et al. (2021, p.19) ressaltam que as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas não são maioria entre as pessoas em situação de rua e esse uso é feito muito mais no sentido de estratégia de sobrevivência à vida nas ruas: “Muitos deles passaram a fazer uso de substâncias psicoativas como suporte para a dor e o sofrimento em que se encontram”. Observa-se pelos relatos dos participantes abaixo, as estratégias de enfrentamento da dor, frente as dificuldades no acesso aos serviços de saúde:

“Eles (as pessoas em situação de rua) quando estão se sentindo mal, deitam no seu lugar, as vezes tomam a cachaça e ali eles ficam... não procuram os doutor... eles ficam muito ao léu, quando passa mal, não procura um atendimento, preferem deitar no chão, onde estão e ali ficam, padecendo.” (C6)

“ Não tomam remédio. Tomam cachaça mesmo. A maioria bebe para ficar desligado, para não sentir incômodo. A verdade é essa. Eu sei que é difícil... muitos estão mesmo desamparados, não tem família, não tem saúde mesmo..” (C6)

“Eu já senti cansaço muscular, às vezes por andar muito e não alimentar... sempre tomei dipirona e dorflex que eles me davam... pra não procurar esses negócio de médico... carregava dipirona comigo...” (C6)

“Eu tomo um monte de medicamento antes de ir pro posto. Mas dependendo do esforço que eu faço, dói, e é automedicação mesmo. Se eu estou com dor, eu acho que eu sei o antibiótico, eu tento tomar primeiro para ver se a dor passa.” (C12)

“Porque eu já sofri com dor de dente de forma que eu passei a noite inteirinha em claro com dor e só melhorava a dor de dente quando eu passava água de sal grosso. Porque falou que é médico, dependendo da especialidade dele, eu já estou traumatizado . Melhor nem ir.” (C12)

A APS deveria ser a porta de entrada da rede de saúde, mas a presente pesquisa revela que ela possui fragilidades na atenção à saúde da população em situação de rua em Contagem/MG. Apenas cinco entrevistados, C3, C5, C7, C16 e C17 (27,7%) revelaram que procuram a APS como referência para tratamento de suas necessidades de saúde.

“Se eu estiver muito ruim, eu vou na UPA mesmo, e é uma demora danada pra chamar a gente. Agora se estiver passando mal e está conseguindo ir e não é coisa de emergência, tem que ser no posto aqui, que eles (CENTRO POP) encaminham a gente pra ir...” (C3)

“No posto de saúde, porque eles já sabem do meu prontuário completo, desde o primeiro dia que eu passei pela primeira vez, eles sabem até hoje. Então eles já acompanham há muito tempo, se for na UPA, eles não vão saber.” (C5)

“Eu procuro no posto de saúde. Aí eu vou ver pra onde eles vão me encaminhar...” (C7)

“Eu vou lá no posto do Morada Nova (UBS Morada Nova/Distrito Sanitário Ressaca). Eu vou lá só para conseguir os comprimidos, para pegar receita.” (C16)

Agora no momento, estou indo no posto Bela Vista (UBS Bela Vista, fui encaminhada pro Abrigo pra lá...(C17)

Como discutido anteriormente, no município de Contagem, o acesso aos serviços da APS para população em situação de rua, ocorre, na maioria das vezes, com mediação do Consultório na Rua, Abrigo Bela Vista ou Centro POP. As estratégias de abrigamento se mostram eficientes para possibilitar os cuidados em saúde, permitindo que o sujeito se organize a partir de mecanismos de proteção social. Zuim e Trajam (2018), ressaltam que quando o atendimento da PSR nos serviços de urgência e emergência, se dá por encaminhamento da APS, se torna mais receptivo por parte dos profissionais. O relato abaixo, dos participantes em situação de rua, abrigados, reforça a importância desse mecanismo de proteção social:

“Estando na rua, eu não ia no posto de saúde, eu ia no hospital, porque no posto é só até 17 horas, né!? e tem essa dificuldade.” (C13)

“Eu vou na UPA. O lugar mais perto que tiver para mim eu vou, é muito raro eu ir no posto.” (C18)

Varanda e Adorno (2004) destacam que a PSR suporta as situações de dor, até o momento em que não veem alternativas e procuram o serviço de urgência, por ter resistência a ir em outros pontos da rede. Os autores concluem que outras pessoas na mesma situação só se submetem ao tratamento quando os serviços de abordagem atuam e os deslocam para as instituições assistenciais. Vivendo nas ruas, o horário de funcionamento convencional das unidades de saúde (7 as 17 horas) também é um dificultador para grande parte das pessoas nessa situação, devido a competição com o horário da busca pela subsistência alimentar e financeira.

A estigmatização dessa população é um agravante que pode se manifestar em vergonha, medo, insegurança e fazer com que deixem de procurar os serviços ou esperar pelo atendimento de saúde. Relatos como dos participantes abaixo revelam que a espera pelo atendimento pode ser angustiante e refletir em evasão das unidades:

“Igual, vocês arrumaram pra mim lá no Hospital da Baleia, eu fui lá, mas não tive a paciência de ficar. Então vão colocar, vocês me abençoaram, eu que não quis a melhora, né?” (C2)

“Igual, vocês arrumaram pra mim lá no Hospital da Baleia, eu fui lá, mas não tive a paciência de ficar. Então vão colocar, vocês me abençoaram, eu que não quis a melhora, né?” (C3)

“As vezes nem é eles, as vezes são nós que somos impaciente... tem pouca gente pra atender no posto, o que gera confusão e briga entre as pessoas, que quer tudo na hora certa e a demanda é grande, os funcionários são poucos e muita gente cria aquela situação de confusão, briga, não sabemos esperar, né?” (C4)

Por encontrar barreiras que impedem o acesso aos cuidados básicos de saúde, os participantes em situação de rua de Contagem/MG desenvolvem estratégias de enfrentamento da dor; relatam que só procuram os serviços de saúde quando a situação se agrava e as necessidades ultrapassam os limites da dor. Os serviços de urgência e emergência do município são os mais procurados, por serem de menor exigência e de resolução imediata, porém não há formação de vínculo com os profissionais desse setor, o que faz com que as enfermidades se perpetuem nessa população.

5.5 A PERCEPÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE ECONÔMICA

Mesmo com o fim do pico da crise sanitária, causada pela pandemia da COVID-19, persistiram os efeitos econômicos responsáveis pela diminuição de renda, perda do emprego e moradia, que aumentaram o contingente da população em situação de rua em todo o país. Dados do presente estudo evidenciaram que 38,89% da PSR entrevistada foi para a rua no período do último um ano. Estimativa recente realizada pelo IPEA (Natalino, 2020) informa que, em março de 2020, existiam 221.869 pessoas em situação de rua no Brasil. Dados do Censo da População em Situação de Rua, do Rio de Janeiro em 2020 (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2020), revelaram que 752 pessoas, aproximadamente 20% do total foi para as ruas depois que a pandemia começou e destacaram como principais motivos a perda do trabalho (34%) e da moradia (19%). A Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2021), procurando aprofundar os possíveis impactos da pandemia na cidade, revelou que 18,6% das pessoas foram para a rua no último ano e 27,9% em até dois anos. Além disso, o percentual de barracas de camping e barracos de madeira instalados em vias públicas aumentou 230% nessa cidade. No ano de 2019 foram contadas 24.344 pessoas em situação de rua em São Paulo, contra 31.884 no ano de 2021, o que representa um aumento de 31% em dois anos. Esse aumento foi 25,8 vezes superior a taxa de crescimento da população geral do município, que foi registrada em 1,2%. Comparando os resultados de 2019 e 2021 é possível identificar um aumento de 7.540 pessoas em situação de rua no município de São Paulo. Este número equivale a praticamente toda a população em situação de rua do município do Rio de Janeiro. Na falta de um censo nacional que balize, também, os impactos da pandemia e o crescimento da PSR no Brasil, dados de pesquisas regionais mostram que desde o início da pandemia, parte da população brasileira vem sofrendo mais o impacto da crise econômica, sendo “empurrada” para as ruas e abandonada a sua própria sorte. Observa-se pelo relato dos participantes em situação de rua abaixo, a dificuldade financeira como um fator determinante para ida para as ruas:

“Mas aqui, a situação de rua, é só um momento difícil, por causa dessa crise mesmo, que eu estou passando.” (C4)

“Eu tinha um BPC (Benefício de Prestação Continuada), mas ainda tá uma guerra esse negócio... veio a COVID e fiquei sem dinheiro nenhum e fui pra rua mesmo...” (C6)

“Até então eu trabalhava, tinha uma casa e morava de aluguel. Dá pra contar nos dedos quantas vezes eu fui no SUS, a maioria das vezes foi convênio . Mas depois da pandemia, fica complicado eu estar em situação de rua...” (C9)

A pandemia da COVID-19 além de ampliar o contingente da população em situação de rua, mudou também o seu perfil. Os novos integrantes são pessoas e/ou famílias, sem trajetória de rua, que perderam seus empregos e lares, e na rua, procuram sua subsistência. Dados do Censo da População em Situação do Rio de Janeiro (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2020), revelam que 42,8% sairiam das ruas se conseguissem emprego. Como as pessoas não pertencem a rua, mas estão em situação de rua, é necessário criar estratégias que não permitam que essas pessoas fiquem por muito tempo nas ruas, e venham a ter menor adesão a programas e ações públicas, como as de saúde. Os impactos econômicos também foram sentidos por mulheres que ganhavam menos e lutavam para obter formas de subsistência, como evidencia o aumento do número de mulheres em situação de rua nas estimativas atuais (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2021). Esse fator implica na necessidade da ampliação da agenda de trabalho da carteira de ações e serviços de atenção à saúde da mulher, pelas equipes do Consultório na Rua. Pode-se observar, também, pelos relatos dos participantes em situação de rua do estudo abaixo, o impacto econômico no processo de ida para as ruas:

“Eu fiquei na rua pouco tempo, porque deu uma apertada mesmo, não tive como pagar nada, e consegui vim para cá (Abrigo Bela Vista)...”

“Na rua, tem dois meses, desde o início da pandemia, por causa da situação financeira, porque eu perdi o braço, que eu me acidentei de acidente automobilístico.” (C13)

Segundo Nunes et al. (2021) a pandemia desvelou as desigualdades sociais, agudizando o estado de pobreza, miséria e fragilidade da vida das pessoas em situação de rua. Com o aumento da PSR, o acesso aos serviços públicos de saúde, se torna cada vez mais insuficiente, sendo agravado quando não há o investimento de uma política que privilegie os mais necessitados. A percepção da resolutividade dos serviços do SUS fica comprometida, frente a dificuldade de acessá-los. A falta de recursos humanos e de estrutura física limita a capacidade de atendimento. Com mais pessoas estando nas ruas, a necessidade ao acesso aos cuidados de saúde, também foi relatada pelos participantes:

“Como eu estou na rua, eu estou vendo... aumentou muito a situação de rua esse ano, então tinha que ter mais... assim... no caso de ter mais, né? Mais atendimento e também na, na parte de ter mais remédio, visita médica, na parte de ter mais acompanhamento médico, ter mais... mais coisas para ajudar a gente.” (C1)

“Esse consultório de rua aí, ajudou muita gente, principalmente a gente que tá passando por esse momento difícil de crise, aí.”(C4)

A Necropolítica, conceito elaborado por Achille Mbembe (2016), consiste na adoção de condições mínimas de sobrevivência ou condições de extrema insalubridade pelo Estado, para determinadas populações, provocando o seu extermínio. Como ressalta Dias (2021) a necropolítica determina o abandono e a produção de invisíveis. Essa condição pode ser percebida na fala dos participantes em situação de rua da entrevista:

“No geral, o que eu tenho visto, é que as pessoas padecem em condição de rua, porque geralmente eles (governo) não se importam muito com a saúde deles, cai bêbado, é atropelado e não tão nem aí.” (C6)

“Não é porque a pessoa não tá incluída na sociedade, que ela deixa de ser um ser humano, entendeu? E o direito constitucional diz de direitos iguais para todos, e infelizmente isso daí existe isso só no papel deles lá em Brasília, porque na cidade que eu passo e fico não existe isso não.” (C7)

“Eu estou com o pé quebrado, não tem como trabalhar, a mulher grávida e a prefeitura não olha isso. Eles quer olhar só o que interessa para eles.” (C11)

A Necropolítica também está presente nos serviços de saúde, sendo praticada por parte dos profissionais. As barreiras de acesso desveladas pelo estudo e a discriminação por parte de alguns profissionais de saúde, citadas pelos participantes em situação de rua, são exemplos da necropolítica praticada contra a PSR no município de Contagem. Os participantes abaixo relatam a percepção de um serviço de saúde público segregador e precário:

“Pra gente que é morador de rua, sempre tem (dificuldade). Porque você que não tem uma carteirinha, não tem um cadastro, não tem nada. Não é ninguém...” (C10)

“Esse serviço de SUS, não é ruim. O ruim dele pra nós, é que tartaruga anda mais rápido.” (C12)

Durante a pandemia a Necropolítica se apresentou, escancarando as desigualdades sociais, em um primeiro momento, pela exclusão da PSR dos auxílios governamentais, com oferta de valores financeiros que desconsideram a vida na rua, na disponibilização insuficiente de abrigos e na dificuldade em ofertar itens de proteção individual; sendo reflexo da falta de políticas públicas que privilegiam os mais pobres. Nesse período com os estabelecimentos comerciais fechados e a baixa circulação de pessoas nas ruas, tornou-se mais difícil conseguir renda e alimentação.

O relato do participante abaixo, confirma a dificuldade de conseguir trabalho estando em situação de rua, nesse período:

“Porque na rua está muito difícil trabalho agora, nessa crise da pandemia” (C10)

As pessoas em situação de rua são excluídas e invisibilizadas pela sociedade, mas, paradoxalmente, vista pela mesma sociedade, como perigosos e delinquentes. Pra Nunes et al. (2021) a PSR é alvo desse comportamento discriminador e arbitrário, sendo duplamente vítima, primeiro porque incomoda e depois porque em uma sociedade capitalista, não consome, não gera lucro e pode ser dispensada por esse mesmo sistema. Uma espécie de higienismo causado pelo Estado. A fala do participante C5 abaixo, ilustra o processo de exclusão que são submetidos, com a percepção de que não fazem parte da sociedade:

“Mas pra quem está na rua, o pessoal não liga muito pra gente, nem vê que a gente tamo ali, não dá muita bola para a gente.” (C15)

Como ressaltado por Silva (2019a), a invisibilização vai sendo perpetuada por meio da estigmatização, que afeta a autoestima e a identidade dessas pessoas, fazendo com que os mesmos não se reconheçam enquanto cidadãos que tem direitos. Segundo Nonato e Raiol (2016) o processo de inferiorização desses sujeitos, repercute na interiorização de situações de sofrimento e culpa, que repercute na formação da própria identidade. E, o Estado, por sua vez, mostra-se ineficaz em cumprir as leis e normas já estabelecidas, perpetuando uma série de violências contra essa população, tratando-a muitas vezes, como dejetos.

A autoestima afetada, episódios de preconceitos e experiências anteriores negativas no acesso aos serviços de saúde, geram a insatisfação com um sistema que segrega e discrimina; contribuindo para perda de esperança e credibilidade dos serviços recebidos e com a própria condição de vida.

“Aí eles marcavam dia 24 para o mês que vem, e tudo é prolongado. Pra quem mora na rua tudo é mais difícil. Vai saber se até lá eu vou estar vivo, tudo que eu vou passar até lá...” (C11)

“Mas também eles não podem fazer muita coisa, né? Porque também o SUS não pode fazer mais...” (C1)

“Eu acho que o descaso poderia ser resolvido, eu acho que o governo poderia estar por dentro de tudo. Ele (governo) deveria ficar pelo menos uma semana fazendo uma pesquisa com as pessoas em situação de rua, aí eles seriam ouvidos, entendeu?” (C5)

Com a culpabilização e inferiorização imposta a essas pessoas, o direito à saúde não se concretiza e o SUS, que foi desenhado para ser um serviço universal e equitativo, não atende as especificidades do processo saúde-doença da PSR e não é percebido por essas pessoas com um serviço de qualidade. Para alguns participantes é preciso pagar para ter um serviço que atenda suas necessidades:

“Eu tenho direito sim, mas é pouco, mas por exemplo, se eu fazer particular, talvez eu possa convencer o doutor a tirar mais sangue, do que se ele tira pela medicina, num posto de saúde. Eu posso fazer mais rápido se eu tiver que agendar pelo particular. No particular pode ser melhor. (C6)

“Se a pessoa tem convênio médico eles vão atender. Eles não vão deixar de atender aquela que já pagou, pra atender aquela que não tem condição, tá suja. Então tem muita diferença...” (C5)

“A pessoa vai lá (na UBS), o clínico geral faz o atendimento e não tem nada além do normal, e esse é o padrão para a classe C mesmo que somos nós. O sistema está preparado para os dias de hoje é para o atendimento particular, né? Plano de saúde que é o melhor. Eu queria ter um. Mas eu não tenho lugar para morar ainda...” (C6)

Embora a Prefeitura Municipal de Contagem tenha feito esforços para melhorar a assistência a PSR, como a implantação do Comitê Intersetorial da Política Municipal da População em Situação de Rua, por meio do Decreto 265, de 29/07/2021, que tem representantes da secretaria da saúde, com objetivo de discutir de forma ampliada as políticas públicas socioassistenciais voltadas para este público, muito ainda precisa ser feito para garantir o direito equitativo a PSR nos serviços de saúde. O relato do participante abaixo cita o tratamento recebido na APS, após ser direcionado pelo Abrigo para uma UBS, indicando que o abrigo e o acesso facilitado com a APS, é uma direção a ser buscada:

“Olha vou ser sincero com você, aqui está sendo melhor do que muita situação que eu já vivi em BH” (C12)

Porém os serviços da APS de Contagem são percebidos pelos participantes em situação de rua do estudo, como um serviço que não atende suas especificidades e singularidades. Em uma demanda crescente, com novo perfil de pessoas e de famílias na rua, as pessoas em um estado de vulnerabilidade vem sendo atendidas muitas vezes por profissionais que desconhecem suas particularidades, ofertando um serviço fragmentado, de caráter medicalizador e higienista.

5.7 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CONTAGEM, MINAS GERAIS

Como já discutido anteriormente, a porta de entrada preferencial para os serviços do SUS, se dá através da Atenção Primária à Saúde e a responsabilidade pelo atendimento da PSR, como de qualquer outro cidadão é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde. O acesso, portanto, deve ser universal em todos os níveis de assistência, como está garantido na Lei 8080 (BRASIL, 1990a), que regulamenta o SUS.

Segundo o Decreto 7058, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), que normatiza a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e que dispõe sobre a organização, planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa do Sistema Único de Saúde, as portas de entradas são serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. De acordo com os artigos 8º e 11º, as portas de entrada dos serviços devem oferecer:

Art. 8. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (BRASIL, 2011b).

Gonçalves (2017) ressalta que o acesso aos serviços da APS deve ser garantido com agenda aberta todos os dias da semana para quando o usuário procurar; característica que está presente nos formatos de organização com o Acesso Avançado. O Acesso Avançado, conhecido também como acesso aberto ou agendamento no mesmo dia, é reconhecido como uma das formas de garantir o atendimento no momento em que os usuários buscam os primeiros cuidados para suas necessidades. Segundo Pires Filho et al. (2019), nesse modelo de acesso, as agendas permanecem abertas e os horários são preenchidos diariamente conforme a demanda. Assim a organização da assistência no formato Acesso Avançado favorece o atendimento da demanda espontânea no mesmo dia, ofertando atendimento para todos as pessoas, estando agendadas ou não.

A Prefeitura Municipal de Contagem/Minas Gerais, através da Carteira de Serviços da Atenção Básica (CONTAGEM, 2019a, p.18) assegura que as equipes devem promover o acesso sem restrições, com “acolhimento, escuta ativa e qualificada das pessoas durante todo o horário de funcionamento da unidade”, enfatizando também que usuários “que não sejam da área de abrangência devem ser acolhidos e/ou atendidos”. Segundo recomendações do guia orientador de Contagem:

“Todos os serviços, como de curativos, administração de medicação, aferição de dados vitais e acolhimento devem estar disponíveis durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde, para toda pessoa que comparecer, independentemente do local de sua residência, não perdendo a oportunidade de se realizar o cuidado e encaminhado para o cuidado continuado na equipe de referência” (CONTAGEM, 2019a, p.18).

Os profissionais de saúde de Contagem entrevistados no estudo (A1, A3, A9, A11 e A13), descrevem o serviço da APS como sendo de “porta aberta” às pessoas em situação de rua, se referindo que a chegada nas UBS ocorre sem impedimentos. Como pode-se observar nos relatos abaixo:

“A unidade está com livre acesso a população em situação de rua. Sempre que eles precisam, eles vem até a unidade e a gente atende como demanda espontânea” (A1)

“Hoje o acesso é aberto. A partir do momento que chega, ele entra na unidade. Eu considero esse serviço como de porta aberta, né!?” (A3)

“O posto de saúde tem portas abertas pra eles... a gente é instruído a todo momento que não pode fechar as portas... se precisar a gente encaminha, a gente tem as unidades de referência...” (A9)

“...na medida em que procuram o serviço da atenção básica, ela está pronta para atendê-los.” (A11)

“É um acesso que tem a porta aberta, pelo menos aqui. Em qualquer UBS que ele chega, ele tem que ser atendido, né!?” (A13)

Porém, como descrito por Andersen (1995), o acesso não corresponde apenas a entrada no serviço, mas também aos cuidados subsequentes que promovem a assistência integral e a continuidade do tratamento. Alguns profissionais entrevistados identificaram problemas no momento do acesso das pessoas em situação de rua nas unidades básicas de saúde, e o relato do participante A11, por exemplo, evidencia a necessidade do trabalho com a busca ativa. A busca ativa no “território-rua,” princípio norteador das equipes de saúde da família, amplia o acesso e deve ocorrer para todas as pessoas no território, levando os cuidados e orientando sobre a oferta dos serviços no local de permanência dessas pessoas. O momento da visita no “território-rua”, pode ser oportunizado para realizar o cadastramento, acompanhamento e

atendimento da pessoa em situação de rua; sendo possível também identificar necessidades, realizar ações preventivas, e curativas.

“O acesso para eles é mais complicado. Eles não sabem localizar onde vão ser atendidos, como vão ser atendidos; e a própria população, que não é de situação de rua, não sabe que tem odontologia aqui, imagina o próprio morador de rua.” (A11)

Já os participantes A9 e A12 chamam atenção para exigência do comprovante de residência (territorialização), que consiste em uma das barreiras de acesso a APS identificadas no estudo:

“O acesso para o morador de rua é difícil, porque a atenção básica trabalha com área de abrangência e eles não tem endereço fixo. Já presenciei casos em que não teve atendimento para o morador de rua no posto, devido a ele não ser da área de abrangência.” (A12)

“Apesar de ser uma coisa que às vezes muitos profissionais de saúde questionam, quando tem um grande fluxo para atendimento ... eu acho que não poderia ser assim (pertencer ao território para ser atendido).” (A9)

Após sua chegada à UBS, a pessoa em situação de rua deve ser bem acolhida, com vista a formação do vínculo. Acolher é reconhecer o que outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, segundo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007; BARBA, 2021). Com a escuta qualificada de sua queixa, é possível estabelecer um elo de confiança entre o profissional e o usuário, que pode ser determinante na integralidade e longitudinalidade do seu cuidado. O acolhimento compreende a responsabilização pela saúde dos usuários, com escuta qualificada de suas queixas, atendimento humanizado e resolutivo. Após o acolhimento e atendimento, deve ser realizada a articulação com outros serviços para a continuidade da assistência, quando necessário (GARUZI, et al., 2014). O participante A3 relata um atendimento de forma humanizada, com escuta qualificada e respeito as necessidades do usuário em situação de rua, realizando no acolhimento a principal estratégia para a construção de vínculo.

“O atendimento costuma ser de uma hora, até um pouquinho mais... dependendo da abertura que ele vai te dar... nem sempre vão estar falando no primeiro atendimento e a gente sempre orienta pra eles que se precisar pode estar voltando, e, se sentir vontade de conversar, pode estar procurando a gente novamente. Então a gente sempre deixa esse feedback para eles. Mas o acolhimento funciona assim, a gente faz algumas perguntas direcionadas... então são perguntas que vão nos ajudando a conhecer esse paciente.” “Então a gente não tem dificuldade em atendê-lo” (A3)

As atitudes dos profissionais de saúde são em grande parte responsáveis pela vinculação dos usuários com a equipe ou por impor dificuldades no acesso aos

serviços. Os profissionais podem atuar com estigmas e preconceitos que afastam as pessoas do serviço, como também podem humanizar o atendimento, favorecendo uma relação de confiança entre as partes, contribuindo para vincular o indivíduo as unidades. O profissional entrevistado A8 denota a presença de discriminação no acolhimento à pessoa em situação de rua. A postura discriminatória tende a fazer com que não haja novas procuras pelo atendimento (BRASIL, 2009b).

“Eu acho que é uma pessoa que a gente não acolhe igual as outras pessoas do bairro. Tem um pouco de discriminação com esse usuário” (A8)

Assim, no primeiro contato, a assistência deve ser feita de forma respeitosa e entendendo as peculiaridades de quem vive nas ruas. A PNPSR (BRASIL, 2009a) tem como propósito garantir a capacitação e a formação permanente dos profissionais e gestores direcionadas a essa situação. Nesse sentido, a capacitação do profissional, incluindo os profissionais que fazem o primeiro contato com as pessoas em situação de rua quando esses chegam na UBS, como os porteiros e os auxiliares administrativos, são fundamentais para qualificar o serviço. Hino, Santos e Rosa (2018) ressaltam que apesar da existência das políticas públicas, há o desafio de capacitar os profissionais de saúde em acolher e atender a PSR, compreendendo a dinâmica das adversidades impostas na rua e sua implicação no acesso aos serviços, além de entender a pessoa como sujeito portador de direitos e particularidades inerentes a sua condição. Os profissionais da APS entrevistados abaixo, confirmam que o acolhimento é feito inicialmente pelos porteiros e auxiliares administrativos, que ficam na recepção das unidades básicas de saúde:

“Normalmente ele chega e pergunta na recepção se tem algum profissional para atendê-lo naquela especialidade, que ele está solicitando, e é encaminhado ao setor.” (A1)

“Ele entra na unidade, ele é acolhido. O seu acolhimento começa através do porteiro e vai para recepção, e aí, na maioria das vezes, ele vai ser direcionado para o enfermeiro.” (A3)

“Quando eles chegam aqui, são identificados por quem está na recepção. Quando eles falam que são moradores de rua, as meninas direcionam para nós, da enfermagem, e ali a gente vai pegar todas as informações que precisa, as queixas, o que ele está procurando...” (A10)

“Primeiro ele é acolhido na portaria, depois ele é direcionado para o profissional que faz o acolhimento e está livre naquele momento.” (A12)

Outros profissionais entrevistados no estudo (A2, A,7) apontam que o acolhimento a pessoa em situação de rua ocorre de forma semelhante a qualquer outro usuário. Porém, como alerta Campos e Sousa (2013), o acolhimento a esse

grupo precisa ser diferenciado e prioritário, pois o vínculo é tênue e qualquer rompimento na relação construída, exige uma “reconquista” permanente dessas pessoas. Costa et al. (2021) ressaltam que é preciso ter um olhar diferenciado sobre a PSR. A inúmeras vulnerabilidades devem ser consideradas como fatores de priorização e decisão, pelos profissionais.

“O acolhimento a gente faz igual para o paciente que não é morador de rua.” (A2)

“Ele chega, ele bate à porta ou ele é encaminhado, e bate à porta e faz basicamente os mesmos procedimentos dos outros usuários.” (A2)

“Ele é acolhido como qualquer outro paciente que é morador da área.” (A7)

O acolhimento na UBS ou no território da rua potencializa a relação de afeto, criando confiança e vínculo, mas requer perfil e habilidade profissional (LAURA et al., 2020). Segundo Gonçalves (2017), a escuta qualificada pode identificar a necessidade que levou o usuário até a UBS e em casos que o atendimento tenha que ser realizado no mesmo dia, procede-se a classificação de risco, tendo em vista o tempo máximo de espera em que o profissional que acolheu julgou necessário para o caso. O acolhimento da pessoa em situação de rua, como de qualquer outro usuário que chega na UBS, deve ser realizado com classificação de risco, para a organização da assistência, devendo ser consideradas as especificidades da dinâmica de vida nas ruas e suas vulnerabilidades. Os profissionais entrevistados (A3, A10 e A11) relatam que o acolhimento é feito de forma que as pessoas são escutadas em suas demandas e suas queixas classificadas ou priorizadas de acordo com a gravidade do caso.

“Ele entra na unidade, ele é acolhido. O seu acolhimento começa através do porteiro e vai para recepção, e aí, na maioria das vezes, ele vai ser direcionado para o enfermeiro, que é quem faz a primeira triagem de acordo com a queixa.” (A3)

“Não tem diferença nenhuma entre o acolhimento do morador de rua e do usuário comum... O acolhimento nosso aqui é muito direcionado para a classificação de risco, então ele entra na classificação de risco.” (A10)

“O acolhimento acontece como a qualquer outro paciente. A gente vai ver o que ele está precisando, dando prioridade de acordo com a queixa dele.” (A11)

A organização do processo de trabalho da Prefeitura de Contagem (CONTAGEM, 2019a, p.18) pressupõe atendimento à todas as pessoas que procuram os serviços, devendo “ser acolhidos e escutados mesmo que o desfecho seja o agendamento de consulta para outro dia.” Nos serviços formatados pelo Acesso Avançado, os atendimentos são realizados no mesmo dia. O objetivo é dar respostas

as demandas no mesmo dia, iniciando o próximo com agenda aberta (GONÇALVES, 2017). O relato dos profissionais entrevistados a seguir confirmam que há o atendimento, após o acolhimento, no mesmo dia da procura.

“E quando chega no setor, ele bate à porta e é atendido. Se tiver alguém na frente, a gente pede para esperar um pouquinho que será atendido; se chegar no finalzinho do expediente a gente pede para retornar no dia seguinte, na primeira hora.” (A1)

“Se faz o primeiro acolhimento dele, e a gente tenta identificar qual é a demanda. Mas no caso do morador de rua, a gente tenta encaixar no dia, na maioria das vezes a gente consegue, mas em muitos casos a gente orienta para voltar no dia seguinte, para poder fazer esse atendimento.” (A3)

O paciente apresenta demanda aguda e ele busca o atendimento... quando, por exemplo, é a pessoa em situação de rua, ele procura em qualquer horário e a gente atende sob demanda espontânea.” (A5)

“...depois (do acolhimento) nós o encaminhamos para o atendimento que ele veio buscar, de acordo com a necessidade.” (A6)

“Quando ele chega, ele é direcionado para o setor de acolhimento, onde a equipe técnica ouve qual é a queixa do paciente, e direciona ele para o setor que ele precisa.” (A7)

“A gente vai ver o que ele está precisando, dando prioridade de acordo com a queixa dele e dependendo do caso.” (A11)

Uma questão presente na fala dos profissionais entrevistados pelo estudo (A6, A7, A8, A9 e A13), foi a percepção que a pessoa em situação de rua, só procura atendimento em situações de saúde agudizadas. O que de certa forma, confirma a realidade de quem está em situação de rua e encontra barreiras para acessar os serviços. E, somando as experiências de atendimentos anteriores mal sucedidas, só procuram novamente o atendimento quando a dor ultrapassa os limites do aceitável e a pessoa já não suporta mais o sofrimento.

“Ouvimos a queixa que o morador de rua traz, na maioria das vezes é aguda.” (A6)

“o paciente está aqui só para atendimento agudo, não dá seguimento.” (A7)

“O serviço é aberto, mas não tem procura... “Então a maioria quando vem, é quando tá com dor...” (A8)

“eles (pessoas em situação de rua) só procuram a unidade (UBS) se está tudo está muito ruim mesmo ...” (A9)

“Vejo que eles procuram mais por uma situação aguda... por estar passando mal.” (A13)

Segundo Campos e Sousa (2013), muitas pessoas em situação de rua encontram-se com agravos crônicos e agudos na rua, mas só procuram a resolução dos seus problemas quando há interferência na sua locomoção, prejudicando a dinâmica da vida rua, como descrito pelo participante A10. O participante A7 relata a

procura pelo serviço em situações agudas, que envolvem a coleta do material reciclado, que é segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), a atividade remunerada mais exercida por esse grupo.

“se tem muito paciente que está na rua fazendo a coleta de material reciclado, e se machuca , ou há algum tipo de demanda aguda por algum outro motivo... esses vem direto... devido da queixa aguda, é atendido.” (A7)

“...normalmente eles vem mais com lesões, lesão na perna, nos pés e lesão no braço... esse tipo de demanda que eles mais apresentam aqui , e a gente pede o suporte ao médico.” (A10)

A fala dos entrevistados A3 e A11 vão ao encontro do perfil da PSR do município, que busca os serviços de urgência e emergência do município para resolução de seus problemas de saúde.

“Eu acredito que o morador de rua, ainda não procura muito (a UBS), porque muitas das vezes ele quer o atendimento imediato, e ele próprio vai na UPA, né!? e não na atenção primária... É uma questão de logística mesmo” (A3)

“...eles vão mesmo é na UPA, porque na cabeça deles é a UPA que resolve as coisas.” (A11)

Outros profissionais relataram a presença de equipamentos e serviços que intermediam o acesso da PSR às unidades básicas de saúde, como o Centro POP e o Consultório na Rua.

“A gente tem paciente que vem com encaminhamento do Centro POP; eles passaram pelo Centro POP e vieram pra cá mediante alguma demanda, e outros que e já procuram por demanda espontânea mesmo.” (A7)

“Essa questão do consultório na rua, que eu acho que veio mesmo para somar, porque é uma equipe que anda... que vai nesses pontos... não vamos dar conta de conseguir resolver todos os problemas, mas pelo fato de ter o consultório na rua, eu acho que ajuda bastante.” (A13)

O consultório na rua teve uma frequência de citação nas entrevistas dos profissionais da APS quatro vezes maior que o Centro POP, evidenciando que é um serviço que mesmo tendo iniciado em 2019 em Contagem, já se faz presente e foi incorporado no cotidiano dos serviços da APS do município. (Tabela 12)

Tabela 12 – Serviços que mediam o acesso da população em situação de rua à Atenção Primária à Saúde, na ótica dos profissionais de saúde

SUBCATEGORIA	SERVIÇOS CITADOS	NÚMERO DE CITAÇÕES / FREQUÊNCIA (%)
	Consultório na Rua	8 (80%)

Serviços que mediam o acesso à Atenção Primária à Saúde	Centro POP	2 (20%)
TOTAL		10 (100%)

Fonte: próprio autor (2022).

A presença do Consultório na Rua é citada pelos profissionais entrevistados como uma importante ferramenta na atenção a essa população, mostrando ser uma estratégia efetiva na atenção à saúde da PSR, devendo ser fortalecida pela gestão municipal, em sua capacidade plena de funcionamento.

“É claro que hoje a gente ainda tem apoio do consultório na rua, do Centro POP... Os que conseguem entrar nessa rotina de participar do Centro POP, ou do abrigo ou foi atendido pelo consultório na rua, a gente consegue ter um pouco de acesso, mas aqueles que estão diretamente na rua e não participa desses serviços, a dificuldade não é nossa de recebê-los, mas é deles de entenderem essa funcionalidade dos serviços e de ter mais dificuldade de vir até a gente...” (A3)

“Eu acho que esse consultório de rua, foi bom, né? Acho que precisa mesmo de uma estratégia pra ver melhor a situação dessas pessoas, né? Acolher na rua, talvez... porque como eles não chegam pra gente...” (A8)

“se for pedir um exame e precisar de achar a pessoa depois, aí está a dificuldade de encontrá-lo... Nesses casos nós acionamos o consultório na rua, que sempre dá um apoio.” (A12)

“Quando a gente tem a dificuldade de encontra-lo, a gente tem a parceria do consultório na rua, a gente trabalha junto com o consultório na rua... por exemplo, dependendo da situação, se é uma tuberculose, uma doença que precisa de um tratamento mais prolongado, aí é feito essa parceria com o consultório na rua.” (A12)

“Eu acho interessante pelo tempo que eu atuo na atenção primária à saúde, é o consultório de rua mesmo, eu vejo que é uma equipe muito atuante.” (A14)

“...tem o consultório de rua, que estão ali buscando mesmo, tentando fazer ao máximo possível para eles aderirem aos cuidados básicos, que eles tem direito, que é um direito deles enquanto cidadão.” (A14)

O relato dos profissionais da APS confirmam que as pessoas em situação de rua buscam pelo atendimento em situações de dor e de urgência, e tendem a procurar os serviços da UPA do município. Esse cenário mostra que há deficiência nos cuidados de promoção e proteção à saúde que deveriam estar sendo prestados pelas equipes de saúde da família, evitando o agravamento das situações de saúde dessa população e a busca pelo atendimento nos equipamentos de urgência e emergência.

A análise dos dados permitiu inferir que poucas ações estão sendo executadas no território da rua, local de permanência da PSR, pelas eSF. Percebe-se que os

profissionais não se apropriaram da “visita-rua”. Em parte parecem demonstrar ser essa uma atribuição somente da equipe do Consultório na Rua. Segundo Laura et al. (2020), no atendimento a PSR, identificar e cadastrar essa população são ações essenciais que permitem conhecer a realidade dessas pessoas no território e tal ação na eSF conta com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalham de forma interdisciplinar com toda a equipe, discutindo, programando as ações e dividindo as responsabilidades de acordo com cada caso. Lima et al. (2022) complementam que os ACS promovem a aproximação entre a UBS e a PSR, potencializando o acesso desse grupo. Os autores salientam que o trabalho do ACS realizado de forma humanizada, acolhedor, respeitando a autonomia, fortalecem o vínculo com o serviço das unidades básicas de saúde.

As entrevistas realizadas com os profissionais demonstram que não há sistematização na organização do atendimento à PSR, havendo necessidade de uniformizar os processos de trabalho para o atendimento a esse grupo, visando também a sensibilização dos profissionais sobre a importância de humanizar o atendimento, oferecendo uma escuta qualificada às pessoas em situação de vulnerabilidade que chegam nas unidades básicas de saúde, com vistas a formação do vínculo. É fundamental sensibilizar o trabalhador de saúde com olhar voltado para as características singulares, vulnerabilidades e dificuldades vivenciadas por essa população (LAURA, et al., 2020). A organização da assistência deve ser formatada na perspectiva do Acesso Avançado, com classificação de risco da queixa apresentada pela pessoa em situação de rua, levando em consideração suas especificidades e vulnerabilidades, e procurando a resolução de sua necessidade com responsabilização e resolutividade. A equipe do Consultório na Rua se mostrou uma estratégia reconhecida pelos profissionais da APS na atenção a PSR do município, se mostrando capaz de articular com outros pontos da rede de saúde, promovendo o cuidado integral a esse grupo populacional.

5.8 DIFICULDADES NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MINAS GERAIS

O estigma que a PSR carrega ao longo do tempo, fruto de representações sociais históricas negativas, reproduzidas pela mídia e sociedade, como usuárias de álcool e/ou outras drogas, eventualmente internaliza-se nos serviços de saúde através do preconceito dos próprios profissionais. Teixeira et al. (2019), conceituam o estigma como uma marca social, que confere ao indivíduo atributos profundamente depreciativos, provocando um *status* desvalorizado em relação aos outros sujeitos. Para Brito e Silva (2022, p. 159), o processo discriminatório produz efeitos nocivos como: “sofrimento, baixa autoestima, rupturas familiares e exclusões sociais, destituição da condição de direito e cidadania, abandono de tratamento e desassistência”.

Porém, como a APS é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, é necessário que as eSF desprendam-se de rótulos pré-estabelecidos, para proporcionar uma perspectiva inclusiva das PSR na rede de saúde. As representações depreciativas que recaem sobre esse segmento, são retroalimentadas pelo sensacionalismo midiático e estigmatizante, que as classificam como pessoas violentas, sujas e perigosas. Hallais e Barros (2015) apontam que o estereótipo negativo associado a PSR dificulta a assistência dos profissionais de saúde. Características estigmatizantes como sujeira, odor fétido, agressividade, efeito de drogas, são fatores que reforçam o acolhimento precário nas unidades de saúde. Queiroz et al. (2021) apontam que o atendimento prestado de forma distante e fragmentado pelos profissionais, ocorre pela presunção de supor que a bebida alcoólica é a culpada pela queixa dessas pessoas. Van Wink e Mania (2019) alertam que a falta de higiene e o abuso de álcool e/ou drogas, provocam o afastamento do profissional de saúde. Hino, Santos e Rosa (2018) problematiza que o uso de álcool e outras drogas é muitas vezes anterior a ida para as ruas e a dependência acompanha a pessoa por ser uma forma de suportar as adversidades encontradas na rua. Assim, quando os profissionais de saúde reproduzem uma imagem pejorativa, limitam a presença desse grupo nos serviços de saúde. Nota-se a presença do estigma estrutural no relato dos profissionais entrevistados abaixo, que condicionam a situação de rua com o uso de drogas/álcool e sujeira:

“Porque normalmente eles estão se encontram muito sujos e bêbados.” (A1)

“O paciente de rua normalmente tem alguma dependência... quase todos têm alguma dependência... porque às vezes eles chegam, eles cheiraram e chegam muito desequilibrados...(A2)

“Na maioria são usuários de drogas.” (A8)

“A maioria deles é alcoólatra, uns usam crack, às vezes eles chegam conturbados, atrapalham na recepção..” (A9)

“é um paciente que vai estar alcoolizado na maioria das vezes, geralmente quando ele tem um vício ou é usuário de droga, porque geralmente o morador de rua tem esse perfil... não todos, mas boa parte deles... ou é alcoólatra ou é usuário de droga.” (A13)

Além do estigma relacionado com o uso de álcool e/ou outras drogas, o profissional entrevistado A14 se refere as pessoas que estão em situação de rua como sendo agressivas, e o participante A9 retroalimenta o estigma, relatando que a presença da PSR causa desconforto aos outros usuários da UBS. Nesse sentido Campos e Sousa (2013) alertam que o trato preconceituoso com as pessoas em situação de rua, causa mais desgaste, de parte a parte, e por vezes, gera respostas mais incisivas e agressivas nesses sujeitos, que só faz aumentar a discriminação.

“Muitos moradores de rua, acabam partindo para o mundo das drogas também... então, dependendo da forma que você aborda, eles são meio agressivos... então você tem que ter toda uma aproximação de forma bem cuidadosa, para não gerar esse receio por parte deles...” (A14)

“dependendo do morador de rua, ele provoca desconforto nas outras pessoas que estão dentro da unidade.” (A9)

Se por um lado existe a visão preconceituosa e errônea de que as pessoas que estão em situação de rua são usuárias de álcool e/ou outras drogas, por alguns dos profissionais da APS entrevistados; por outro lado, os participantes A2 e A8 citam o processo de invisibilização social que essa população está exposta na sociedade. Na percepção de tais profissionais, por se sentirem excluídos, como cidadãos de “menor valor”, sem direitos, evitam ir as unidades de saúde. De fato, como ressalta Campos e Sousa (2013) o estigma vinculado ao uso de álcool e outras drogas, que é dirigido a PSR, contribui para seu isolamento na sociedade, aumentando o processo de invisibilização. Brito e Silva (2022) ressaltam que as ações que destituem a cidadania da pessoa em situação de rua, causam sentimentos de vergonha e humilhação e provocam o seu afastamento dos ambientes sociais. Kami et al. (2016) destacam aspectos relacionados com a resistência dos profissionais em atender a PSR, como o não reconhecimento das pessoas em situação de rua como cidadãos que tem direitos. Teixeira et al. (2019) alertam que o estigma provoca um sentimento de autodepreciação, ou seja, provoca a internalização do preconceito; e essas pessoas passam a não se reconhecerem como merecedoras do direito ao acesso à saúde, o que pode ser verificado na fala dos profissionais A2 e A8:

“Eles não se veem como cidadão, que o acesso é um direito do cidadão, saber que podem procurar e que as portas estarão abertas; então esse é o fator principal que complica a vida deles.” (A2)

“Ela (pessoa em situação de rua) não tem documento, ela não tem referência. Ela acha que não vai ser atendida, ela acha que não vai ser bem acolhida. Acha que ela é totalmente invisível pra gente.” (A8)

É notório a presença de estigmas, reproduzidos pelo imaginário popular que cerca a população em situação de rua, nas falas dos profissionais da APS entrevistados no estudo. Os estigmas atuam aumentando as dificuldades de um cuidado integral e resolutivo para essa população, causando desassistência e abandono. Teixeira et al. (2019) alertam que os profissionais que internalizam uma imagem distorcida das pessoas em situação de rua, tem uma relação conflituosa com esses usuários, com queda no acolhimento e no vínculo, impedindo-os de realizar uma assistência humanizada.

Esses rótulos vão ao encontro da barreira de acesso com maior número de citação pelas pessoas em situação de rua entrevistadas (Quadro 3), que é o preconceito presente nesses espaços. Uma forma de desconstruir expectativas morais é justamente através da escuta qualificada, do atendimento humanizado, da formação do vínculo, onde o profissional vai se apropriar da história, das singularidades, das vulnerabilidades e do modo de vida do indivíduo. Outra forma de reduzir os processos discriminatórios, é utilizar os espaços da própria UBS para a educação permanente de seus profissionais, como nas rodas de conversas e nas reuniões de equipe, além da capacitação continuada de profissionais e gestores de toda a rede de saúde. Brito e Silva (2022) ressaltam que desconhecer a realidade em que vivem essas pessoas, projeta uma série de conceitos mal formulados, e, conseqüentemente, o conhecimento se torna uma das formas de atenuar preconceitos e quebrar barreiras. Os autores salientam que um cuidado solidário e empático, tem o poder de reduzir sofrimentos e desigualdades, em prol de uma assistência com produção de autonomia desses sujeitos.

A análise das entrevistas dos profissionais da APS permitiu identificar que para 78,5% dos entrevistados há dificuldades no atendimento a PSR; já 21,5% relataram não haver quaisquer dificuldades na assistência a essas pessoas. Os desafios no atendimento a PSR do município de Contagem/MG, na ótica dos profissionais da APS, estão descritos no quadro abaixo. (Quadro 5)

Quadro 5 – Desafios no atendimento à população em situação de rua no município de Contagem, na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Desafios no atendimento as pessoas em situação de rua na percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	Falta de profissionais na Atenção Primária à Saúde (falta de RH)
	Dificuldade de encontrar a pessoa em situação de rua para a continuidade do tratamento
	Desconhecimento do histórico de saúde
	Desestigmatizar o cuidado
	Dificuldade da pessoa em situação de rua em aguardar pelo atendimento

Fonte: próprio autor (2022).

Sobre o processo discriminatório, observa-se a existência de contradição na atuação de alguns profissionais. Ao mesmo passo que promovem um cuidado com posturas preconceituosas contra a PSR, muitas vezes de forma velada e internalizada, verbal ou não verbal, reconhecem que a discriminação é uma barreira para o tratamento de saúde dessas pessoas. Laura et al. (2021) ressaltam que o perfil inadequado e o discurso moral que norteiam a prática, dificultam o trabalho com a PSR. Os participantes A2, A8, A12, A13 relatam sobre episódios de negativa de atendimento, causada por preconceitos e discriminações dos próprios profissionais de saúde:

“Então parece preconceituoso, mas as mulheres sempre ficam com medo de atender homens que são usuários de droga.” (A2)

“Eu acho que é um usuário mais discriminado, né? Porque chega mal vestido, né? Eu acho que é uma pessoa que a gente não acolhe igual as outras pessoas do bairro. Tem um pouco de discriminação com esse usuário.” (A8)

“Tem muito profissional que não atende por preconceito”. “Já vi colegas que estão livres para atender, mas não atendem pela questão de preconceito mesmo...” (A12)

“Infelizmente a gente tem uma dificuldade de alguns profissionais de abordar esse morador de rua. As vezes tem um pouco de preconceito, infelizmente tem alguns profissionais com essa visão. Eu já presenciei alguns momentos assim, de profissional não atender pelo fato de estar mal vestido, alcoolizado... eu já presenciei em outros locais que eu já trabalhei profissionais que já recusaram de atender o paciente de rua nessas condições, principalmente porque estava alcoolizado.” (A13)

A presença do estigma que essa população carrega, institucionaliza a dificuldade de efetivar a assistência em saúde de forma resolutiva e se mostra como um fator que dificulta o atendimento e a relação entre os profissionais e os usuários. Teixeira et al. (2019) ressaltam que a visão moralista e preconceituosa acerca dos modos de vida da PSR, interferem no acesso e no tratamento ofertado a esse grupo, já que tem como consequências o isolamento social. Os autores alertam que profissionais de saúde são influenciados por esse imaginário social, interferindo no cuidado as pessoas vulnerabilizadas.

A partir dos relatos dos profissionais e das próprias pessoas em situação de rua, é possível evidenciar o quanto o estigma e o preconceito promove uma barreira de acesso aos serviços de saúde do município de Contagem. É preciso então, desestigmatizar o cuidado, ou seja, combater a percepção negativa associada a essa população. A discussão sobre o estigma e o preconceito é extremamente relevante, pois interfere na adesão do usuário aos serviços de saúde e na qualidade do cuidado ofertado. Produzir uma atenção sem discriminações deve ser o objetivo dos profissionais que são responsáveis pelo cuidado da saúde de todas as pessoas, domiciliadas ou não. Laura et al. (2021, p.245) destacam que o profissional de saúde que trabalha no cuidado com as pessoas em situação de rua, deve desenvolver um perfil que inclua “habilidade para a formação de vínculos, visão compreensiva, orientação ética, disposição para escuta, sensibilidade e destreza para a comunicação”. Costa et al. (2021) ressaltam a importância de investir no preparo do profissional de saúde, em sujeitos críticos, capazes de lidar com as singularidades do modo de vida e das necessidades da PSR, para garantir a equidade nos serviços de saúde.

Para Teixeira et al. (2019) uma das formas de reduzir o estigma, é através do contato entre quem estigmatiza e a pessoa que é estigmatizada. O encontro é uma oportunidade para reduzir as generalizações e preconceitos, afinar a escuta e estabelecer um elo de confiança. Na pesquisa realizada por esses autores, os trabalhadores do cnR, que tem contato permanente com essa população, não manifestaram preconceito e foram capazes de identificar situações estigmatizantes em outras equipes de saúde que atuam pontualmente com a PSR. Ronzani et al. (2014) recomendam, como estratégias para redução de estigmas decorrente do trabalho com pessoas que são usuárias de álcool e/ou outras drogas, a compreensão

do uso da droga dentro do contexto social, entendendo a relação do indivíduo com a substância, para se ofertar um cuidado humanizado e livre de preconceitos. Outra ferramenta é trazer o conhecimento que os profissionais têm sobre as populações em situações de vulnerabilidades, identificar se há crenças pré-formuladas ou já estabelecidas, problematizando as vivências. Silva, Cruz e Vargas (2015) trazem a reflexão dos profissionais de saúde de uma UBS, que fazem da chegada de cada usuário em situação de rua ao serviço, uma oportunidade de repensar as estratégias, técnicas e procedimentos, com a finalidade de adequar o serviço e as próprias práticas para a condição de vida do paciente. De todo modo, a educação permanente dos profissionais da saúde se faz veementemente necessária, devendo fazer parte de uma agenda protegida nos espaços de saúde. Costa et al. (2021) apontam para a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde nessa temática, já que os cursos de graduação não privilegiam o manejo com esse público.

A desassistência, causada pela falta de profissionais nas unidades básicas de saúde, é um desafio para uma população que aumentou consideravelmente no período da pandemia da COVID-19 e que necessita dos cuidados ofertados pelos serviços da APS. Dados do estudo evidenciam que, 38,89% das pessoas em situação de rua, foram para as ruas no último ano. De acordo com o IPEA (IPEA, 2020), houve um crescimento da PSR de 140%, comparando as estimativas de 2020 e 2012. Pesquisas realizadas no Rio de Janeiro (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2020) e em São Paulo (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2021), em 2020 e 2021 respectivamente, também apontam crescimento no contingente da população em situação de rua. Na cidade do Rio de Janeiro, aproximadamente 20% do total de pessoas foram para a ruas depois que a pandemia começou e, em São Paulo, ocorreu aumento de 31,6% da PSR em dois anos. Com vistas ao atendimento dessa população que está aumentando, a falta de insumos e recursos humanos são fatores que limitam as ações das equipes, prejudicando na continuidade do cuidado e no acompanhamento de uma população de grande circulação e difícil adesão ao tratamento. O gestor público deverá disponibilizar meios de transporte, contratação de profissionais e insumos (SANTOS, et al., 2021). A falta ou insuficiência de profissionais que atenda essa demanda, foi citada pelas pessoas em situação de rua do estudo, como uma barreira no acesso aos serviços da APS, e, foi também percebida pelos profissionais, como um fator que limita e dificulta a

assistência. Os profissionais entrevistados abaixo, ressaltam que a falta de recursos humanos impacta na assistência a PSR:

“Falta RH, para poder recebe-los melhor.” (A1)

“A gente vê que o pessoal se empenha bem, apesar de algumas dificuldades como a falta de recursos humanos e materiais , né!?” (A13)

“Aí eu já acho que falta estrutura, tanto de recursos materiais, quanto de recursos humanos mesmo..” (A14)

“Depende da quantidade de fluxo no dia, de quantas pessoas a gente tem para atender. É um paciente que demanda muita atenção. Não temos profissionais suficiente... As vezes tem 80 pessoas ali fora e então depende muito da demanda do dia. Tem vezes que realmente a gente atende muito, e em caso desses, o médico, ou o enfermeiro, não deixa de atender, porque não tem como... mas dependendo do dia, da quantidade de pacientes, nós temos muita dificuldade de atender. Muito paciente pra pouco profissional...” (A10)

Dessa forma, com a restrição no atendimento dos serviços da APS provocado pela falta de profissionais, há uma tendência para utilização dos equipamentos de urgência/emergência do município. Essa relação pode ser comprovada pela utilização dos serviços de saúde do município para atendimento de suas necessidades: 61,1% dos participantes em situação de rua revelaram procurar o pronto atendimento da UPA/Hospital Municipal, 27,7% buscam atendimento nas UBS e 11,2% relatam procurar os serviços do cNR.

O trabalho com a PSR deve ser realizado de forma multiprofissional e interdisciplinar, sempre que o caso requerer, visto a complexidade do processo saúde-doença que envolve a saúde das pessoas que estão nas ruas. Assim, para garantir uma atenção multidisciplinar, pressupõe-se que deva existir atendimento com as diversas categorias profissionais. Os entrevistados A10 e A14 reforçam que a falta de profissionais na categoria médica e da enfermagem, comprometem a assistência.

“A gente precisa de RH, precisamos de mais profissionais. Porque em relação a enfermeira e técnica, está muito defasado.” (A10)

“Falta muitos recursos humanos.. a rotatividade é bem alta.. os médicos geralmente são contratos ou passam em residência... e acabam que não vinculam o paciente com a equipe, do jeito que a equipe foi projetada. Poderia melhorar nesse ponto.” (A14)

Em um cenário de maior utilização dos serviços da APS, com o crescimento da população em situação de rua em decorrência da crise econômica; a falta de profissionais, ou seja, a falta de recursos humanos que atenda essa demanda, compromete a assistência, e, serve de alerta para a gestão municipal que deve prover servidores de todas as categorias profissionais, visando a integralidade do cuidado.

No estudo realizado por Laura et al. (2021), que teve como objetivo conhecer as dificuldades vivenciadas no atendimento à população em situação de rua, pelos profissionais da APS, foram elencados como principais desafios, a localização dos indivíduos em situação de rua e a pressão pelo atendimento.

Depreende-se nas entrevistas com os profissionais da APS, o relato comum da dificuldade de encontrar a pessoa em situação de rua para continuidade do cuidado, seja para entrega de resultados de exames ou para continuidade do procedimento iniciado na UBS. Os profissionais abaixo relatam essa dificuldade:

“Você não sabe depois como encontrá-la. Às vezes, eles somem durante um período, durante alguns meses, você não sabe pra onde ele foi. Então nesse intervalo, se sai alguma consulta, você não sabe como fazer pra achá-lo...” (A1)

“Ele é atendido como outro morador da região, porém com a dificuldade de encontrá-lo depois se for preciso.” (A7)

“A nossa dificuldade principal, é dar continuidade ao atendimento. Por exemplo, se eu colho um preventivo de uma paciente que mora na rua, quando eu tenho uma alteração, eu tenho muita dificuldade em achar essa paciente novamente, em fazer com que ela retorne ao serviço, para dar continuidade ao tratamento.” (A3)

A vida itinerante na rua, pode alterar o local de referência e permanência provisória no território e dificultar a localização dos sujeitos. Os participantes A6 e A8 tem a percepção de que as pessoas em situação de rua se deslocam constantemente no território, prejudicando a continuidade do cuidado:

“A grande dificuldade é o paciente hoje estar num lugar, e por exemplo, depois de iniciar o tratamento, você precisar localizar esse paciente, dar continuidade... você não encontra mais ele.” (A6)

“Só que eu acho que eles não retornam pro tratamento. Porque um dia eles estão aqui e se acontecer alguma coisa, eles estão em outro lugar.” (A8)

A dificuldade de localização da pessoa em situação de rua, também é citada pelos participantes A9 e A12 como um dificultador no tratamento desse grupo:

“...a gente tem grande dificuldade de encontrar de novo esse paciente, pelo simples fato de eles aparecerem uma vez só e sumir e não dá sequência ao tratamento.” (A9)

“...fica difícil rastrear essa pessoa depois do atendimento também.” (A12)

O participante A8 pontua que a falta de um contato com o paciente em situação de rua, seja por telefone ou endereço (local de permanência), compromete a continuidade do cuidado:

“...porque é uma pessoa, que precisa do tratamento de todos os profissionais, que você não consegue o contato, que ele não tem um telefone, ele não tem endereço, até o ACS não encontra...” (A8)

Para atenuar tal dificuldade, é fundamental o conhecimento do “território-rua” pelas equipes de saúde. No atendimento a PSR identificar e cadastrar as pessoas no território, permite levantar informações que são úteis na elaboração dos planos de tratamento e no mapeamento da área de abrangência. Para Lima et al. (2022) sem o cadastramento essas pessoas permanecem invisíveis para a rede de saúde. A vista ao território deve fazer parte do processo de trabalho das eSF, com destaque para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que podem contar com o apoio de outras equipes ou instituições, como da assistência social. Com o conhecimento das pessoas que estão em situação de rua no território, a eSF deve apostar numa relação humanizada de escuta e acolhimento, pois com o vínculo estabelecido com a equipe, pode-se criar nesses sujeitos o desejo e comprometimento com o tratamento de sua saúde.

Após o conhecimento e cadastramento desses indivíduos, as ações deverão ser discutidas, programadas e definidas, assim como as responsabilidades de cada profissional e/ou serviço na construção do PTS (Projeto Terapêutico Singular), de acordo com cada caso. Segundo Laura et al. (2021, p.243), o PTS refere-se a um “conjunto de propostas de ações terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo, elaborado a partir da discussão coletiva entre profissionais de equipe interdisciplinar, em atividades de apoio matricial.” A elaboração do PTS ajuda a eSF, a se responsabilizar e a ter mapeado quem são as pessoas que estão em situação de rua no seu território e quais são suas necessidades de saúde, auxiliando os profissionais a localizar, definir atribuições e acompanhar os usuários nessa condição.

A equipe do Consultório na Rua pode funcionar também como uma ponte, potencializando o tratamento das pessoas em situação de rua, pelas eSF. Tal equipe trabalha na lógica dos princípios da APS, através da coordenação do cuidado e da longitudinalidade. Assim a interação com a equipe do Consultório na Rua também permite potencializar a busca pelo usuário no território. Atuando diretamente nos cenários da rua, o CnR pode ser acionado pelas equipes que estão nas UBS, para auxiliar no tratamento desse grupo ou na articulação com outros pontos da rede, complementando o cuidado. A comunicação intra e intersetorial se mostra importante

para a integralidade do cuidado. O participante A13 relata sobre o trabalho em conjunto com a equipe do Consultório na Rua:

“Quando a gente tem a dificuldade de encontra-lo, a gente tem a parceria do consultório na rua, a gente trabalha junto com o consultório na rua... por exemplo, dependendo da situação, se é uma tuberculose, uma doença que precisa de um tratamento mais prolongado, aí é feito essa parceria com o consultório na rua.” (A13)

Uma queixa comum nas falas dos profissionais da APS, foi a dificuldade do atendimento pelo não conhecimento do histórico de saúde do usuário em situação de rua. A falta do mapeamento e do cadastramento das pessoas em situação de rua, contribui para se ter menos informações dessa população. Se o usuário comparece na UBS somente quando há o agravamento da situação de saúde, não há a possibilidade do cuidado longitudinal se estabelecer, princípio estruturante da APS, e não há formação do vínculo necessário para conhecer a história médica e de vida da pessoa. Sem o planejamento do processo de trabalho na APS, as consultas de urgência serão mais constantes e não há construção de prontuário clínico do paciente, na perspectiva longitudinal que garanta a continuidade do cuidado, até que a saída da situação de rua seja alcançada. Os participantes abaixo falam sobre essa dificuldade:

“Em relação a anamnese por exemplo, você nunca conhece a situação real de saúde daquele paciente, principalmente para o dentista que faz um procedimento invasivo.” (A2)

“Tem a questão do receio de atender por não conhecer a saúde da pessoa.” (A12)

A falta do prontuário clínico na UBS, com a impossibilidade de consultar o histórico de saúde do paciente, é citado pelos participantes A5, A6 e A8, como um fator que dificulta o atendimento aos usuários em situação de rua. Costa et al. (2021) alertam que o vínculo entre a eSF e as pessoas em situação de rua devem ser buscados, conhecendo e cadastrando essas pessoas no território, pois são a base do cuidado, necessários para se estabelecer a confiança dos usuários e o conhecimento de suas reais necessidades.

“Tem um fator que dificulta que é o acompanhamento da pessoa, sendo que ela não tem prontuário, não tem história pregressa na unidade, né!? Então esse acompanhamento fica um pouco deficitário por conta disso.” (A5)

“...nem a própria pessoa conhece qual é o estado de saúde dela, também dificulta pra mim. Não temos prontuário desse paciente e também não tem receitas anteriores, na maior parte das vezes a receita que eles tem, já perderam também...” (A6)

“Eu acho que tem muita dificuldade para essa pessoa. Bom, ela não tem documento, ela não tem referência, não tem ficha médica...” (A8)

A ausência do prontuário clínico não deve consistir impedimento à assistência do usuário em situação de rua. A Prefeitura de Contagem por meio do Manual de Orientações do Prontuário Clínico nas Unidades Básicas de Saúde (CONTAGEM, 2019c, p.7-9), esclarece que o prontuário é um instrumento que permite a qualquer tempo o conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado. Para usuários que se apresentam na demanda espontânea, o primeiro atendimento deverá ser garantido mesmo sem a apresentação dos documentos de residência; e para as pessoas não residentes e/ou não pertencentes a área de abrangência:

Os usuários com quadros agudos não pertencentes à área de abrangência, após acolher e identificar sua demanda deve-se abrir uma ficha de atendimento médico individual avulsa e realizar o atendimento (CONTAGEM, 2019c, p.7).

Os prontuários individuais de usuários não pertencentes à área de abrangência, atendidos em situações agudas ou não, devem ser arquivados separadamente, em local identificado especificamente para usuários nesta situação, organizados por nome do usuário em ordem alfabética, em pastas arquivo ou caixas box, com identificação externa do intervalo alfabético (CONTAGEM, 2019c, p.9).

Nota-se que há orientações para a abertura de prontuários clínicos para pessoas não residentes e/ou pertencentes na área de abrangência das UBS, porém não há orientações específicas no atendimento à PSR. Esse fator reforça a invisibilização institucional a esse grupo e sua não responsabilização pelos serviços da APS. Reiteramos que faz-se urgente a inclusão desse grupo nos protocolos, fluxos e processos de trabalho que envolvem a APS do município. Queiroz et al. (2021) alertam que “são necessários novos processos de trabalho proativos na atenção à saúde que incorporem particularidades desses indivíduos”.

Um tópico presente nas falas de vários profissionais entrevistados, foi a impaciência das pessoas em situação de rua em aguardar pelo atendimento. Porém a vida na rua tem uma dinâmica que por vezes dificulta a permanência dessas pessoas nas UBS, pois pode haver competição com horários de entrada nos serviços de acolhida (abrigo ou casa de passagem), horário de alimentação nos restaurantes populares e a própria busca pela subsistência econômica e financeira nas ruas. Os profissionais devem considerar as especificidades do modo de vida da PSR no atendimento. Quando a pessoa em situação de rua chega na UBS, deve ser realizada a escuta qualificada, que pode identificar desde uma simples necessidade de informações sobre serviços a uma condição aguda, e a partir daí estimar o tempo de

permanência desse usuário nos serviços, sempre levando em conta suas necessidades peculiares ao seu modo de vida (GONÇALVES, 2017).

O relato dos profissionais abaixo, responsabilizando as pessoas em situação de rua pelo não atendimento e culpabilizando-as por sua condição, não levam em consideração seu modo de vida e seu contexto social, desrespeitam sua autonomia e reforçam o estigma com esse grupo. Lima et al. (2022) ressaltam que os serviços que impõe muitas exigências e regras, causam repulsa da PSR. Por serem submetidas constantemente a práticas higienistas, quando se encontram perante a alta exigência das UBS, tendem a abandonar o tratamento e/ou atendimento.

“Ele não tem o comprometimento as vezes, né? Não volta pra tratar, não espera pra ser atendido...” (A8)

“tem muito morador de rua que não espera a demora pra atender e acaba indo embora.” (A12)

“A dificuldade maior é a questão do vínculo deles com a equipe, muitas vezes não esperam nem pra ser atendidos.” (A13)

“Porque tem morador de rua, que se ele chega, e se fica um pouquinho esperando, eles ficam impacientes e vão embora, eles não aceitam esperar também.” (A14)

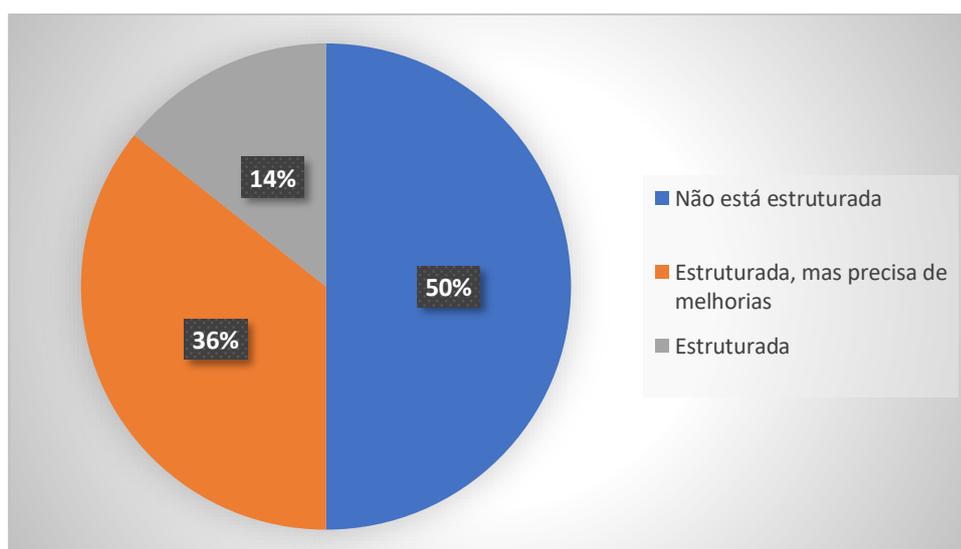
As entrevistas com os profissionais da APS permitiram identificar algumas dificuldades no atendimento a PSR em Contagem, na ótica desses trabalhadores. A falta de profissionais em um cenário de aumento na demanda por atendimento na APS, a dificuldade de localizar a pessoa em situação de rua para continuidade do cuidado, a presença de preconceito entre os próprios trabalhadores, o desconhecimento do histórico de saúde do sujeito e a sua dificuldade em aguardar pelo atendimento, foram citadas como fatores desafiantes na assistência a PSR no município. Frente a esses desafios, algumas medidas podem ser adotadas pela gestão municipal e pelos próprios trabalhadores que estão envolvidos diretamente no cuidado com a PSR, como o preparo e capacitação dos profissionais da APS, através da educação permanente, que pode diminuir o estigma e o preconceito, permitindo que as pessoas em situação de rua tenham um atendimento humanizado e inclusivo. A aproximação e o trabalho integrado entre o cnR e as Unidades Básicas de Saúde, podem qualificar o atendimento, sendo a equipe do Consultório na Rua coordenadora do cuidado longitudinal à PSR, através da ampliação do acesso e da oferta do tratamento integral a PSR. A criação e/ou inclusão desse grupo nos fluxos e protocolos da Atenção básica do município, se mostra como medida essencial para tirar esse

segmento populacional da marginalização e da exclusão dos processos de trabalho. Um contraponto a essa questão, que serve de modelo para a rede, é sobre o serviço de saúde bucal do município de Contagem, que através da Norma Técnica 006/2019 (CONTAGEM, 2019b), orienta os profissionais da equipe de saúde bucal sobre o fluxo de atendimento odontológico aos usuários encaminhados pela equipe do Consultório na Rua, além de considerar a pessoa em situação de rua como prioridade altíssima para as consultas odontológicas especializadas.

5.9 ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO CUIDADO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE SAÚDE DE CONTAGEM, MINAS GERAIS

Dados do estudo revelam que 50% dos profissionais da APS entrevistados consideram que a rede de saúde do município de Contagem não está preparada para o atendimento a PSR, 35,7% dizem que a rede está preparada, mas precisa de melhorias e 14,3% consideram que a rede de saúde está preparada para o atendimento a PSR. (Gráfico 13)

Gráfico 13 - Percepção dos profissionais da APS sobre a estruturação da rede de saúde de Contagem, Minas Gerais para a atenção à população em situação de rua



Fonte: próprio autor (2022).

Foram identificados, a partir da análise das entrevistas dos participantes trabalhadores da APS, três fatores que os mesmos consideram como necessários

para qualificar a atenção a PSR no município: necessidade de educação permanente, uso da busca ativa como ferramenta de trabalho com a PSR e a existência de um serviço de referência exclusivo para o atendimento a essa população.

Os modelos clássicos de formação profissional, não são sensíveis as diferenças e necessidades que existem nos territórios. Estudo realizado por Kami et al. (2016) sugere que, ainda que o profissional de saúde tenha o conhecimento da maneira que a PSR vive nas ruas, o olhar do profissional que gera o cuidado ainda é biologicizado, possível consequência da formação profissional. A padronização do ensino forma um profissional pouco sensível as especificidades das populações (FIORATI; ARCENCIO; SOUZA, 2016). E, somado aos estigmas que os profissionais de saúde carregam a respeito da PSR, fortemente instalados no processo de trabalho; resulta em processo de exclusão e discriminação dessas pessoas dos serviços de saúde (GRANJA; LIMA, 2020). O processo discriminatório sofrido pela população em situação de rua ao procurar os serviços de saúde, deve ser problematizado nas reuniões de equipe e nos encontros de educação permanente nas Unidades Básicas de Saúde, para que o preconceito, mesmo que velado, possa ser reconhecido e superado. Os próprios profissionais da APS entrevistados reconhecem que há falha no processo educacional, e que é preciso capacitação para se trabalhar no cuidado com as pessoas em situação de rua.

“A gente está despreparado, a gente não tem capacitação. Acho que falta capacitação, porque você tem que ter um olhar diferente.” (A4)

“Falta capacitação. Cursos de como você vai abordar esse paciente, de como você vai fazer o vínculo com esse paciente, para quando ele necessitar, ele estar de procurando.” (A4)

“Tem a necessidade da educação continuada em saúde pra gente atender esse tipo de demanda.” (A5)

“Eu vejo grande dificuldade também em certos tipos de profissionais... não são todos, porque quem trabalha na área de saúde você sabe como que é... tem que ter perfil. Tem que capacitar esses profissionais...” (A9)

“(O serviço poderia melhorar) orientando os profissionais da rede sobre as necessidades do morador de rua.” (A12)

Valle (2018) ressalta que sem capacitação e sem educação permanente, os profissionais de saúde não incorporam os fluxos e processos de trabalho estabelecidos na assistência a essa população, fragmentando o serviço e aumentando as barreiras de acesso em todos os pontos da rede de saúde. Os

entrevistados A4 e A13 relatam sobre a necessidade da capacitação sobre o processo de trabalho que envolve o atendimento a PSR na rede de saúde de Contagem:

“Falta conhecer a questão do fluxo... você ter conhecimento do fluxo e poder usar de fluxo para o morador de rua.” (A4)

“Fazer uma reciclagem de tempos em tempos, sobre o atendimento para o morador de rua e falando que existem esse serviço (consultório na rua) disponível... tem muita gente que não tem acesso a essas informações.” (A13)

“E sempre estar divulgando para a rede de saúde os serviços disponíveis para esse público, porque as vezes nem todo profissional entende que o morador de rua não tem uma unidade de saúde de referência, né!? As vezes tem profissional que tem dificuldade de aceitar esse paciente... essa questão de se conhecer essa rede de apoio e o consultório de rua... eu acho que poderia divulgar mais para os profissionais de saúde.” (A13)

Compreender as peculiaridades, modo de vida e o contexto social em que as pessoas em situação de rua estão inseridos, auxilia a prestar um atendimento mais humanizado nas Unidades Básicas de Saúde, adequando o cuidado as necessidades desse indivíduo. Mas é preciso também que as ações e serviços de saúde da eSF chegue no local de permanência dessas pessoas no território. Conhecer quem são e onde estão no território, promove a inclusão dessa população nos cuidados sob a responsabilidade da eSF e tira esses sujeitos da invisibilização. A busca ativa, por meio da visita no “território-rua”, é uma importante ferramenta para o cadastramento e para ofertar os cuidados integrais em saúde. Os profissionais entrevistados A2 e A14 alertam sobre a importância do atendimento *in loco* para as pessoas que estão nessa situação, fato que também fomenta a formação do vínculo com a equipe. Os entrevistados A3 e A8 relatam que a busca ativa é uma ferramenta relevante na atenção a PSR, devido à dificuldade que esses indivíduos encontram de se deslocarem até os serviços:

“É muito mais fácil atender no local deles, do que se deslocarem até um local desconhecido, um posto que for...” (A2)

“A ideia mais central seria não eles virem até nós, nós irmos até eles...” (A14)

“Explicamos que se tiver um exame alterado, a gente precisa de saber onde que vai localizá-lo, é importante saber o local que vai encontrá-lo, fazer essa busca ativa... então a gente tenta primeiro identificar onde que a gente vai conseguir fazer localização desse paciente, e depois direcionar para a parte do motivo que ele procurou a unidade.” (A3)

“Acha que ela (pessoa em situação de rua) é totalmente invisível pra gente. Se a gente não for buscar, fazer uma busca ativa, acho que a gente não vai atender.” (A8)

Pela complexidade do tratamento da PSR, muitos profissionais tendem a achar que essa população necessita de um centro especializado de tratamento. Parte dos profissionais da APS do estudo tem a ideia equivocada de que a PSR deveria ter um serviço exclusivo para atendimento. Essa é uma ideia errada de que esse grupo não precisaria ser atendido nas Unidades Básicas de Saúde. Tal entendimento incorreto sobre a responsabilidade do atendimento a essa população, aumenta sua exclusão das UBS, pois os profissionais que ali atuam não se apropriam dessa atribuição. A responsabilidade por seu tratamento é da APS, em que as diversas equipes (eSF e equipe do Consultório na Rua), podem lançar mão do matriciamento em saúde e da clínica ampliada (em ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular e a consulta compartilhada) que tem a função de expandir a assistência e as redes de proteção. Percebe-se por meio da fala dos participantes abaixo que o atendimento à PSR deveria delegado a unidades específicas:

“Eu acho que existe uma dificuldade na rede de forma geral, porque eu acho talvez se a gente tivesse uma unidade de referência... porque eu acho que nós temos uma população grande o suficiente que justificasse ter uma unidade de referência. Eu acredito que devesse ter uma unidade de referência para esses pacientes. Assim como existe o consultório de rua.” (A7)

“Eu acho que deveria de ter um local apropriado só para eles, para tirar esse fluxo grande das unidades... porque a gente aqui não tem tantos moradores de rua, mas tem outras unidades que tem muito fluxo de pessoas em situação de rua. A dificuldade é essa, de não ter um direcionamento para onde encaminhar...” (A9)

“Então, quero dizer, tinha que ter um local apropriado, que tivesse um espaço maior, com o tipo de médico mais preparado, só para aquele atendimento, porque para um morador de rua, a situação dele, tinha que ser resolvida tudo naquele momento.” (A9)

Apesar de existir o serviço Consultório na Rua no município de Contagem, o atendimento à população em situação de rua, não é exclusivo dessa equipe. A PSR por não possuir endereço fixo, deve ser atendida por qualquer UBS que for procurar por atendimento. Não sendo um paciente exclusivo de uma equipe, seja ela de saúde da família, Consultório na Rua, Abrigo ou CENTRO POP. A PNAB 2017, portaria n.2436, de 21 de setembro de 2017, ainda reforça que:

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa (BRASIL, 2017a).

Sendo assim, é necessário o engajamento de todos os profissionais que compõe a Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista, que o atendimento à PSR não é de responsabilidade exclusiva de nenhuma equipe, devendo ser compartilhado, em que pese que o acesso é através da APS. O profissional A3 sugere a criação de um equipamento com todos os serviços disponíveis para a PSR:

“Talvez teria que existir um serviço mais aberto nesse sentido... direto para fazer o exame, e se possível tratar já lá também, para a gente não perder a chance de fazer esse exame, porque quando eu agendo ele, eu corro o risco de não conseguir fazer esses exames e tenho a dificuldade de ter esse retorno.” A3

Além das equipes se utilizarem do matriciamento, visto a complexidade da atenção à PSR, o trabalho em rede torna-se indispensável quando se pensa na integralidade do cuidado desse segmento da população. Como destaca Costa et al. (2021) dado a variedade das necessidades da PSR, é inevitável o trabalho em rede e compartilhado entre as equipes. A ideia de que deva existir um serviço específico e exclusivo para a PSR, como se observa nos relatos dos participantes A10, A11 e 12 segrega e reforça a marginalização dessa população. Esse cuidado deve ser compartilhado entre as equipes multiprofissionais e em rede intersetorial, pois há demandas que ultrapassam o setor da saúde.

“Nós precisamos de um suporte, que tivesse um local mais centralizado pra absorver essa demanda.” (A10)

“Eu acho, não sei se é possível, que deveria ter um centro de referência para esse paciente... ajudaria.” (A11)

“(O serviço poderia melhorar) tendo um local específico para o cuidado dessas pessoas.” (A12)

“Acho que se eles ficassem em um abrigo que fornecessem o atendimento em saúde ou o acesso as unidades de saúde, poderiam ser melhores atendidos.” (A12)

O estudo possibilitou apreender que embora ocorra a estigmatização e o preconceito praticado por parte dos profissionais de saúde contra a PSR, os próprios profissionais reconhecem que é preciso educação em saúde com foco nas especificidades desse grupo, para ampliar o acesso e ofertar uma atenção integral. A maior dos profissionais entrevistados consideram que a rede de saúde do município não está preparada ou é preciso melhorias para a assistência a PSR. O estudo evidenciou que a falta da população em situação de rua na maior parte dos fluxos, rotinas e protocolos clínicos normatizados da APS do município, reforçam sua invisibilização, ampliam as barreiras de acesso e diminuem a resolutividade do

serviço. É preciso haver a apropriação e normatização das atribuições e dos processos de trabalho da APS pelos profissionais, pois a assistência a PSR é feita em rede, compartilhando o cuidado, lançando mão do matriciamento e da clínica ampliada sempre que preciso, com foco no sujeito, contando com os serviços intersetoriais nas demandas que extrapolam o setor da saúde.

Considerando que os profissionais entrevistados da pesquisa encontram dificuldades no atendimento a PSR e a metade dos participantes trabalhadores da APS consideram que a rede de saúde não está preparada para o atendimento a esse grupo, as estratégias e recomendações fornecidas anteriormente pelos autores citados, pela rede UNA-SUS (2022) e pelo COMITÊ POP-RUA MG (2018), servem de apoio para a gestão estruturar a rede de atenção as pessoas em situação de rua no município de Contagem e para os próprios profissionais guiarem sua prática.

5.10 OPERACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO CONSULTÓRIO NA RUA EM CONTAGEM, MINAS GERAIS

O Consultório na Rua foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB 2011 (BRASIL, 2011c), visando ampliar o acesso da população em situação de rua ao SUS de maneira mais oportuna e ofertar atenção integral a saúde, sendo regulamentado posteriormente pelas portarias 122 e 123 de 2012 (BRASIL, 2012c; BRASIL 2012d). Como salientado anteriormente, a Portaria 1029 de 20 de maio de 2014 (BRASIL, 2014), definiu a composição da equipe do Consultório na Rua como podendo ser compostas por enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico de saúde bucal, dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. As equipes do Consultório na Rua podem formar três modalidades, sendo:

Art. 3º I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) dois profissionais de nível superior; e
- b) dois profissionais de nível médio;

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

a) três profissionais de nível superior; e

b) três profissionais de nível médio; e

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2014).

Em Contagem/MG, o Consultório na Rua foi implementado como estratégia para atenção à saúde da população em situação de rua em 2019, sendo uma equipe de modalidade III, contando atualmente como uma médica, enfermeira, psicóloga, técnica de enfermagem e motorista. A equipe está lotada na UBS Morada Nova, distrito Sanitário Ressaca, utilizando o local para discussão do processo de trabalho, reuniões, atendimentos clínicos, consultas e exames. Apesar de usar o espaço físico de uma UBS, a equipe do Consultório na Rua atua em todo o município, em um processo de trabalho planejado, como descreve o participante B1:

“A gente roda em todos os distritos sanitários, a gente tem o município dividido em distritos sanitários, e nesses distritos sanitários já tem aquele local de maior concentração, então a gente já faz uma rota para fazer as visitas locais e a medida que vai aparecendo (novas pessoas em situação de rua), mudamos também...” (B1)

São registrados nos prontuários dos pacientes da equipe do Consultório na Rua em Contagem, todas as informações cadastrais do paciente (nome, sexo, dados de documentos existentes), histórico de saúde, evolução clínica com todos os procedimentos realizados e registros de reuniões compartilhadas e de matriciamento. Santos et al. (2021) ressalta que o prontuário contém registros de condutas, cuidados e tratamentos prestados, que devem acompanhar o usuário em todos os seus atendimentos na rede de saúde, permitindo compartilhar informações com os demais serviços da APS.

As ações e serviços de saúde do Consultório na Rua contemplam todos as ações e serviços contidas na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Contagem (CONTAGEM, 2019a), já que são equipes inseridas nesse nível de atenção. Incluem ações e serviços por ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), por condição de vida (hipertenso, diabético, gestante, etc.), com destaque para o tratamento da tuberculose, atualização da carteira vacinal e o tratamento de IST/AIDS. O cnR assim como qualquer equipe da APS deve se pautar na prestação de ações individuais e coletivas, de promoção, proteção, recuperação e

reabilitação da saúde, ofertando uma atenção integral a saúde (BRASIL, 2011; MACHADO, 2021). Os participantes B2 e B5 relatam sobre o trabalho que é realizado diretamente na rua, e o participante B1 ressalta que há o acionamento de outros pontos da rede quando necessário, visando a integralidade do cuidado:

“A gente faz a atenção primária, prevenção, tratamento... no território.” (B2)

“A gente faz todo o papel da APS na rua e procuramos promover saúde no sentido de que ninguém está querendo tirar ele da rua, queremos fazer com que ele esteja bem, tenha saúde e qualidade no lugar que ele tá, para fortalecer a sair daquela condição.” (B2)

“A gente é uma equipe de saúde da família na rua, né!? Faz a abordagem, escuta as demandas do paciente e tenta resolver ali mesmo. O que a gente não consegue resolver a gente insere esse paciente na UBS.” (B5)

“Aquilo mesmo que a gente pode fazer na rua, seja um curativo, um teste rápido, uma consulta... agente faz... seja um atendimento de médico, de enfermeiro, de psicólogo, ou direciona ele para algum ponto da rede... seja na urgência, na especializada, na atenção básica... de algo que a gente não consiga ofertar naquele momento, a gente direciona, ou então vai ouvir daquele sujeito que ele está bem de saúde, que não precisa de nada, e a gente já se identificou, já identificou o serviço, para depois a gente voltar... e pergunta inclusive se pode voltar... (B1)

O participante B2 enfatiza que além do tratamento das doenças crônicas, a de equipe do Consultório na Rua Contagem trabalha também na perspectiva da redução de danos. Machado (2021) ressalta que o rol de atividades ofertados pelas equipes do Consultório na Rua é o mesmo da Atenção Básica, com destaque para a busca ativa de usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na lógica da Redução de Danos. O “Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua” (BRASIL, 2012a, p.43) orienta que “a estratégia de Redução de Danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pela equipe.”

“Então a nossa atividade é muito diversificada, a gente procura controlar os pacientes com diabetes, hipertensão, às vezes as pessoas com uso de substância, no sentido de reduzir o uso, na lógica da redução de danos.” (B2)

A equipe do Consultório na Rua em Contagem trabalha com o cadastramento da população em situação de rua no município em prontuários clínicos e no sistema e-SUS AB. O cadastro é importante para dimensionar quantitativamente o número de pessoas atendidas pelo Consultório na Rua, fazer a delimitação do território, conhecer os recursos disponíveis para uma possível ação intersetorial e obter dados das principais doenças para vigilância epidemiológica desse grupo (como tuberculose, HIV, sífilis e hepatites virais). Enquanto equipes ordenadoras do cuidado à PSR, os profissionais do CnR realizam o diagnóstico, acompanhamento e tratamento das

principais doenças transmissíveis relativas a esse grupo, como as IST's, HIV/AIDS e a tuberculose. A partir do cadastramento é possível realizar o planejamento das ações e serviços, servindo também de base para o processo de trabalho da equipe. O documento que orienta o trabalho das equipes do Consultório na Rua do município de São Paulo "Documento Norteador dos Consultórios na Rua" (SÃO PAULO, 2016), reforça que é essencial que o CnR conheça os equipamentos de saúde, assistência social, cultura, esporte, lazer, educação, entre outros, para que possam ser articulados sempre que necessário para o cuidado das pessoas em situação de rua no território de atuação. O participante B2 alerta para o aumento do contingente da PSR, que altera constantemente o processo de cadastramento e replanejamento do trabalho do consultório na rua. Nesse sentido Oliveira et al. (2021b) alerta para o crescimento atual da população em situação de rua, com a formação de novo perfil de ingressos na rua fruto do desemprego em massa, que passou a aumentar a massa de "pessoas invisíveis" nos grandes centros urbanos.

"Porque todo dia que você olha para um esquina e tem uma pessoa nova no local, que não era previamente registrada como do local que você encontra aquela pessoa e aí a gente começa a ampliar essa rota, faz o cadastramento dessas pessoas e ali mesmo naquele momento, já dá um direcionamento pras demandas de saúde." (B1)

O participante B4 relata que pode ocorrer a dificuldade de localização do usuário em situação de rua, pelo constante deslocamento no território. Esse fator foi citado também por alguns profissionais da APS entrevistados, que alegaram a dificuldade de continuar o cuidado, por não conseguirem localizar o usuário em situação de rua após o atendimento. Considerando a equipe do Consultório na Rua como coordenadora do cuidado a saúde da PSR, para diminuir essa dificuldade, o cadastramento e a aproximação com o território conhecendo todos os seus recursos, tanto por esses profissionais quanto pela eSF, além da comunicação intra e intersetorial em um trabalho coletivo, permitirá o entendimento sobre o modo de vida daquela pessoa em situação de rua. Conhecendo como a pessoa em situação de rua se relaciona com o território, quais suas estratégias de sobrevivência, hábitos, utilização de recursos disponíveis, as equipes podem traçar novas estratégias de abordagem e localização.

"Tem dificuldade sim, porque como eles deslocam muito, muitas vezes a gente não acha eles onde a gente combinou, as vezes eles esquecem ou pelo uso de entorpecentes, nem sempre a gente encontra eles no lugar que a gente combinou." (B4)

O atendimento da equipe do Consultório na Rua de Contagem é realizado no território da rua, nas UBS e nos espaços institucionais como o Centro-POP, Abrigo Bela Vista (ambos situados no Distrito Sanitário Eldorado) e na Casa de Passagem. No atendimento na rua, o CnR conta com ambulância preparada para atendimentos clínicos. Atuam em ações integradas e compartilhadas com toda a rede de saúde, incluindo as UBS, CAPS, rede de urgência e emergência e outros pontos de atenção, visando a comunicação intersetorial. Lira et al. (2019) ressaltam que em estudos comparativos analisando o sistema de saúde para a população em situação de rua entre Brasil, Portugal e EUA, a estratégia essencial para facilitar o acesso aos serviços e para construção de vínculo, foi a busca ativa, seguida do referenciamento aos pontos da rede. Os participantes B1 e B3 relatam sobre o processo de encaminhamento, interlocução com a rede de saúde e acompanhamento da pessoa em situação de rua a outros serviços da rede:

“Geralmente, a gente costuma apresentar o paciente pra equipe, ou para algum profissional. A gente convida (a PSR) para conhecer: - Vamos lá conhecer a UBS, ou tal lugar, o CAPS, por exemplo... para que eles se sintam seguros naquele ambiente, e, que seja uma garantia que ele vai ser acolhido ali, né!? Nós realizamos a discussão de casos com as equipes de saúde. Geralmente quando a gente vai fazer uma veiculação necessária, até com pessoas que estão com superação de rua, a gente já veicula a uma UBS e já vira referência. Nós vamos até a equipe, discutimos o caso do paciente que a gente acompanha. Às vezes eles precisam de um acompanhamento ali, semanal ou alguma coisa assim mais recorrente, que a gente não consiga acompanhar, a gente direciona essas pessoas até a unidade.” (B3)

“Nem sempre nós levamos até a unidade, nós direcionamos e tem pessoas que acessam, aquelas que a gente vê que tem uma certa dificuldade, aí sim, a gente vai com ela, e apresenta à equipe, e discute esse caso... mas às vezes é só um direcionamento mesmo essa pessoa vai.” (B3)

“E quando a gente precisa de outro profissional da Atenção Básica ou de qualquer outro serviço, normalmente a gente acompanha o paciente. A gente vai, apresenta a pessoa, como se fosse um colega nosso mesmo... a gente apresenta essa pessoa no serviço, para que ele num outro momento se sinta mais seguro, mais fortalecido para chegar e solicitar um atendimento e também para o profissional do outro lado entender que se aquele paciente não for atendido ali, a gente vai estar sabendo... e assim a gente tenta, não no sentido de coagir ninguém, mas de mostrar que aquela pessoa, apesar de estar em situação de rua, ela não está sozinha... tem uma equipe que está do lado dela ali, para fortalecer.” (B1)

A Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL 2011c; BRASIL 2017a) preconiza o trabalho em equipe, centrado no usuário e praticado por equipes multiprofissionais compartilhando o cuidado. Assim as equipes do Consultório na rua, parte integrante da Atenção Primária, são formadas por equipes multiprofissionais, para compartilhamento de práticas e saberes, visto a complexidade que envolve o

tratamento da saúde das pessoas em situação de rua. Segundo o documento “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua” (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014), a transdisciplinaridade é uma característica importante das equipes do Consultório na Rua, que com diferentes olhares e saberes profissionais procura a construção de uma perspectiva coletiva. No arranjo transdisciplinar há o compartilhamento do cuidado, através de reuniões de equipe, interconsultas e discussões de caso, sem perder o papel de cada um na equipe. Ainda que as portarias 122 de 2012 (BRASIL, 2012c) e 1029 de 2014 (BRASIL, 2014), permitem um amplo rol de profissionais, a falta de algumas categorias, como ocorre na equipe do Consultório na Rua de Contagem, impacta negativamente na assistência prestada. A falta do dentista na equipe do Consultório na Rua, por exemplo, foi identificada na análise das entrevistas dos profissionais da APS como um fator que dificulta a integralidade da assistência.

“A questão do consultório de rua, por exemplo... a odontologia não tá no consultório de rua. E eu acho que seria muito válido, a odontologia ir nos abrigos ou atender esses pacientes no local deles, porque é muito mais fácil atender no local deles.” (A2)

O “Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua” (BRASIL, 2012a), publicado pelo Ministério da Saúde em 2012, traz como orientação para o trabalho da equipe do Consultório na Rua, reuniões de equipe, com indicação de ocorrência semanal, construção de grupos de apoio matriciados por profissionais do NASF e CAPS, além da humanização do atendimento, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de Projetos Terapêuticos Singulares. Em relação as atribuições comuns a toda a equipe multiprofissional, o manual elenca diversas habilidades como adequação da linguagem a realidade do usuário, atuação com escuta ampliada, estimular o usuário ao autocuidado, evitar pré-julgamentos e críticas em relação a situação de vida do usuário, estar atento a comunicação verbal e não-verbal do usuário, realizar atividades em grupo, educação em saúde e articular com a UBS e outros pontos da rede de saúde para a continuidade do cuidado. Engstrom et al. (2019) ressaltam que a aproximação da equipe do Consultório na Rua com outros profissionais da APS, pode acontecer no matriciamento, consultas compartilhadas, construção dos Projetos Terapêuticos, discussão de casos, em especial ocorrendo dentro do espaço físico das UBS.

O processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua é pautado na utilização das tecnologia leves em saúde, com ênfase na humanização do atendimento, através de uma escuta qualificada e do acolhimento, com a finalidade de formação do vínculo com o usuário. Privilegiar o vínculo é descrito na literatura como prática necessária e essencial para a construção do trabalho longitudinal com a PSR (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014; KAMI, 2016; SILVA, 2014). O trabalho em rede desenvolvido pela equipe do Consultório na Rua é apoiado no matriciamento e no trabalho colaborativo. Hino, Santos e Rosa (2018) ressaltam que o trabalho do cnR é pautado na resolução das demandas da PSR em uma articulação dos serviços da rede básica de saúde e da rede intersetorial. No estudo desenvolvido por Machado e Rabello (2018) buscando sistematizar as competências necessárias do trabalhador do Consultório na Rua, na dimensão Clínica do Cuidado, são elencadas habilidades necessárias para esse profissional como escutar, criar vínculo, acolher, saber abordar a PSR, atitudes como respeitar a liberdade do usuário, saber lidar com o preconceito, ser empático (colocar-se no lugar do outro), permanecer sensível, paciente e aberto diante do outro. É necessário que a equipe do Consultório na Rua tenha disponibilidade de ir ao encontro do outro, abordar, escutar e acolher as pessoas de modo integral, ou seja, é preciso sair dos questionários e protocolos de doenças e centrar a atenção nas particularidades do usuário, para que o vínculo seja estabelecido (SÃO PAULO, 2016). O participante B2 relata sobre a necessidade de utilizar uma abordagem humanizada com as pessoas em situação de rua:

“Eu brinco assim: - eu tenho que ser médica do consultório na rua! Tem uma postura diferente, uma abordagem diferente, linguajar diferente, do que eu ficar atrás de uma mesa, com jaleco: - oi tudo, bem? O que vc tem? As vezes eles não vão falar...” (B2)

Como foi identificado na análise da atenção à saúde da população em situação de rua nos serviços da APS de Contagem, a não inclusão das particularidades desse segmento populacional na maior parte dos protocolos clínicos existentes no município, fazem com que a equipe do Consultório na Rua muitas vezes necessite estabelecer parcerias “personificadas” com a rede, para que determinado serviço abra exceção em função das especificidades desse grupo. Esse fator diminui a resolutividade da equipe do Consultório na Rua e fica dependente do bom relacionamento entre os profissionais. Araújo (2019) ressalta que é necessário a criação de fluxos entre os serviços da rede de saúde para garantir os encaminhamentos necessários para a

PSR, entendendo que a equipe do Consultório na Rua é parte integrante dessa rede de serviços.

Um tópico presente na fala dos profissionais da equipe do Consultório na Rua foi a falta de comunicação entre os serviços de urgência do município e o Consultório na Rua. O CnR é uma equipe da APS, e a coordenação do cuidado é um dos princípios desse nível de atenção (Starfield, 2002), requerendo a comunicação entre os profissionais da atenção básica e de outros pontos de atenção, como da rede de urgência e emergência. Os participantes B1 e B2 relatam sobre a dificuldade que as pessoas em situação de rua encontram em dar prosseguimento ao cuidado após serem atendidas na UPA do município, por falta de comunicação com a . equipe do Consultório na Rua O documento orientador para as equipes do Consultório na Ruas do Rio de Janeiro “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua” (EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO, 2014), estabelece o diálogo intra e intersetorial como fundamental para o cuidado integral a PSR:

“Agora, se ele está dentro de um serviço de urgência que demanda um tratamento, uma receita para buscar um medicamento na farmácia, esse paciente muitas vezes não é orientado. Então muitas vezes ele não dá prosseguimento ao tratamento... de uma tuberculose, de um HIV... às vezes uma lombalgia que ele tem que pegar um medicamento na farmácia, ele não vai... quando a gente pensa no imediato, ele consegue, mas no prosseguimento do cuidado, tem barreira.” (B1)

“igual, se tem o consultório na rua, que está atendendo ele na rua, então essa equipe tem o histórico (médico) do paciente e eles (profissionais dos serviços de urgência) não procuram saber. Na alta, eles abrem a porta e o paciente vai embora e é registrado como evasão. Então esse paciente é ignorado na rede da ponta até a atenção terciária.” (B2)

O documento que orienta o trabalho das equipe do Consultório na Rua do município de São Paulo “Documento Norteador dos Consultórios na Rua” (SÃO PAULO, 2016), orienta que a UBS de referência será aquela mais próxima ao local de permanência da pessoa em situação de rua ou do local de atuação. Porém a equipe do Consultório na Rua de Contagem por vezes acompanha o usuário até a UBS, fazendo interlocução com as equipes de saúde, para mediar o atendimento. Granja e Lima (2020) ressaltam que a disponibilidade do CnR em acompanhar as PSR nos serviços da rede de saúde, vem de situações negativas de preconceito e estigmas sofridas por essas pessoas e pela dificuldade que elas tem de expressar as suas necessidades. Foi comum na fala dos participantes da equipe do Consultório na Rua

de Contagem que a presença do profissional do Consultório na Rua acompanhando o usuário, faz mitigar as dificuldades que a PSR encontra ao acessar os serviços.

“Quando a gente encaminha o paciente direto com uma guia de encaminhamento, muitas vezes esse paciente volta dizendo que deu alguma coisa errada. Ou naquele dia não tinha acolhimento, ou naquele dia não tinha profissional, tem sempre alguma barreira, é comum... não são todos, mas é comum ter uma barreira no acesso quando eles chegam só com uma guia de encaminhamento.” (B1)

“Eu acho que a diferença está no profissional que está ali na ponta. A gente tem essa queixa dos usuários, de que é diferente quando nós estamos com eles...” (B3)

“Eles são somente vistos quando nós estamos com eles, quando tem algum profissional de saúde com eles, porque a gente briga, a gente entra... mas, quando eles acessam de forma sozinhos, eles enxergam essa dificuldade de acesso, de acolhimento.” (B3)

Cervieri et al. (2019) alertam que em municípios que não contam com o Consultório na Rua, a própria procura pelos serviços de saúde pela PSR é rara, e ocorre só em casos de extrema necessidade. Os profissionais da equipe do Consultório na Rua identificam que há muitas barreiras no acesso aos serviços de saúde em Contagem, como relata o profissional B5, porém tem a percepção que a existência do Consultório na Rua faz reduzir tais dificuldades, como observa-se na fala do participante B3:

“As barreiras começam desde a porta de entrada, do porteiro, de quem faz o acolhimento... o nosso paciente encontra muitas barreiras.” (B5)

“Eu acho que até por isso é muito importante ter o consultório na rua, né!? Porque eles acabam acessando através da gente, mas de ir de livre espontânea demanda, ou vontade, eles acabam não acessando.” (B3)

A partir do relato dos participantes da equipe do Consultório na Rua de Contagem percebe-se que tal equipe atua tanto na perspectiva de ampliar o acesso aos serviços da rede de saúde, como de prestar a atenção integral a PSR do município, mitigando o ingresso pela rede de urgência e emergência do município, tensionando e problematizando a rede de saúde e atuando na perspectiva da Redução de Danos. O funcionamento dessa equipe vai ao encontro do que é apontado por Bittencourt et al. (2019) como principal objetivo da equipe do Consultório na Rua, que é o de ser a equipe prioritária para a criação de vínculo da PSR com a rede de saúde. A existência de tal equipe auxilia também a diminuir as barreiras no acesso aos serviços da rede de saúde; a presença dos profissionais da equipe do Consultório na Rua se mostrou importante na garantia do atendimento quando estão em acompanhamento das pessoas em situação de rua nos serviços.

São identificados alguns problemas na assistência da equipe do Consultório na Rua de Contagem como nas questões administrativas, em que há falta de protocolos assistenciais na APS do município que inclua as particularidades da PSR, falta de prontuário eletrônico que favoreça a coordenação do cuidado pelos serviços da APS (incluindo o CnR) e ausência de algumas categorias profissionais na equipe, previstas em portarias do Ministério da Saúde.

5.11 BUSCA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NA ÓTICA DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA

A equipe do Consultório na Rua de Contagem, parte integrante da APS do município, oferta as ações e serviços de saúde *in loco* e quando necessário realiza o encaminhamento do usuário para as UBS ou outros pontos da rede de saúde. Para esses profissionais, a procura espontânea dos serviços de saúde pela população em situação de rua do município, ocorre em momentos em que há o agravamento clínico das condições de saúde e a busca preferencial se dá na rede de urgência e emergência do município. Estudo realizado por Cervieri et al. (2019) mostra que os principais motivos da procura por atendimento são devido a problemas de saúde emergenciais, como lesões por agressões físicas, ou armas brancas e de fogos e razões que causam dor e limitações físicas. Os autores ainda concluíram que os serviços mais procurados foram os emergenciais, sendo que o contato com os serviços ocorre somente nos momentos de maior gravidade. Barba et al. (2021) apontam que a procura pelos serviços de urgência e emergência é maior na PSR que na população em geral, e grande parte dessa busca ocorre em decorrência de problemas crônicos não diagnosticados ou não tratados em função de falhas no acesso à APS. O participante da pesquisa B2 enfatiza que a PSR procura os serviços de urgência, porque tem respostas mais rápidas para suas demandas e necessidades de saúde, e por serem serviços de menores exigências. O participante B3 reforça que a busca pelos serviços ocorre em situações de agravamento do quadro de saúde, e é maior nas UPA's do município:

“Eles acessam muito mais o serviço de urgência do que a UBS, porque a UBS tem a burocracia, a demora, o tempo de espera... e o serviço de urgência é rápido. E geralmente eles procuram com uma urgência (médica).” (B2)

“Eles acessam muito à urgência, quando estão passando muito mal, ou quando estão com algum problema grave, que é a UPA, mas unidade básica de saúde é muito difícil de ir e fazer um acompanhamento. É o que eu vejo, né!? Que eles não vão (às UBS).” (B3)

O participante B4 enfatiza que pela existência de barreiras no acesso aos serviços das Unidades Básicas de Saúde, as pessoas em situação de rua procuram atendimento nas UPA's do município. O participante B1 problematiza que a PSR é atendida nas situações de urgência, onde ocorre o agravamento do estado de saúde:

“O acesso deles ao posto não são muito bons, não. Porque na verdade, eles não procuram muito... a verdade é essa, eles não procuram muito o serviço do posto de saúde. No caso do serviço de urgência, eles procuram é a UPA, e são atendidos.” (B4)

“Numa situação de urgência ele é atendido. Naquele imediatismo ele é atendido.” (B1)

Cervieri et al. (2019) ressaltam que o acesso aos serviços de saúde pela PSR se dá não por acompanhamento de doenças crônicas, mas pelas consequências da vida nas ruas, como na procura de atendimento por lesões geradas por situações de violência ou abuso de álcool ou outras drogas. Oliveira et al. (2021b), em estudo realizado com a PSR da capital paulista, complementam que a procura pelos serviços de saúde ocorre pelos equipamentos de urgência, muitas vezes pelo desconhecimento sobre os outros serviços existentes. Os autores também apontam que a busca pelo atendimento ocorre como última alternativa. As pessoas nessa situação podem intensificar o uso de substâncias para lidar com a dor, procurar um centro de acolhida e até não procurar ajuda, mesmo em qualquer situação. A percepção da procura pelos serviços de urgência e emergência pela PSR, na ótica da equipe do Consultório na Rua de Contagem, confirma os relatos dos profissionais da APS entrevistados e dos participantes em situação de rua, em que foi verificado que o motivo propulsor pela busca do atendimento ocorre em agravamentos do estado de saúde e preferencialmente na rede de urgência e emergência do município. Os dados do presente estudo evidenciaram que 61,1% dos participantes em situação de rua, procuram o pronto atendimento da UPA/Hospital Municipal, 27,7% buscam atendimento nas UBS's e 11,2% relatam procurar os serviços do cnR, para atendimento de suas necessidades de saúde. A fala do profissional da APS A3 e do participante em situação de rua C18 vão ao encontro da percepção dos profissionais da equipe do Consultório na Rua quanto a procura pelos serviços na UPA. Tal

situação, serve de alerta para a existência de barreiras no acesso aos serviços da APS; para as UBS do município, que estão se mostrando como serviços de alta exigência para o atendimento da PSR e para a pouca efetivação de um dos princípios estruturantes da APS, propostos por Bárbara Starfield (2002), que é o de ser a porta de entrada, ou o primeiro contato para os serviços de saúde.

“Eu acredito que o morador de rua, ainda não procura muito (a UBS), porque muitas das vezes ele quer o atendimento imediato, e ele próprio vai na UPA, né!? e não na atenção primária... É uma questão de logística mesmo.” (A3)

“Eu vou na UPA. O lugar mais perto que tiver para mim eu vou, é muito raro eu ir no posto.” (C18)

Como descrito anteriormente, por terem tentativas anteriores de atendimento mal sucedidas, a pessoa em situação de rua tende a não retornar ao atendimento na UBS (BRASIL, 2012b). Oliveira et al. (2021b) apontam que a burocracia para conseguir atendimentos, a demora para conseguir exames, a distância geográfica dos centros de saúde e a negligência dos profissionais da APS quanto a seu estado de saúde, fazem com que muitos não voltem mais para novos atendimentos e procurem os serviços de urgência quando há necessidade. Barba et al. (2021) ressaltam que o distanciamento desses cuidados básicos de saúde acarretam restrições em atividades de promoção e proteção à saúde, atrasos em diagnósticos, adiamentos nos cuidados, problemas na continuidade dos tratamentos, o que pode aumentar taxas de internações por agravamentos de doenças crônicas. Relatos nesse sentido, foram presentes nas entrevistas com os profissionais da equipe do Consultório na Rua de Contagem, como observa-se na fala dos participantes B1 e B2. As dificuldades existentes no acesso dificultam a criação de vínculo da PSR com a equipe da APS e a adesão ao tratamento, o que na percepção do participante do estudo B4, é visto como uma forma de resistência ao tratamento. Por outro lado, Hallais e Barros (2015) ressaltam que o fortalecimento do vínculo com a equipe do Consultório na Rua é uma das formas de aumentar a adesão ao tratamento, e para, Silva, Cruz e Vargas (2015) muitas vezes as próprias pessoas em situação de rua, quando bem acolhidas, levam seus colegas ao serviço quando precisam de cuidado.

“Porque se ele recebe um não no primeiro momento, ele vira as costas e vai embora e o problema de saúde vai junto com ele, não retorna mais...” (B1)

“O paciente tem um linguajar diferente, tem uma postura diferente, uma forma de dizer diferente, e, se isso não é avaliado, não é levado em conta, ele (pessoa em situação de rua) vai ignorar a consulta, ele não vai voltar.” (B2)

“O atendimento do consultório na rua busca essa população, busca a saúde deles mesmo. E tem muitas vezes, a gente busca eles e eles não querem, não aceitam. Muitas das vezes são eles mesmo que não aceitam vir.” (B4)

“Tem uma certa dificuldade, porque as vezes quando a gente vem nos postos, mas tem até a própria população em situação de rua, que tem resistência de vir também. Mas entre nós, consultório na rua e os postos, é uma parceria até boa, eles atendem a gente bem.” (B4)

Como já foi discutido, eventualmente, a vida na rua compete com o horário de funcionamento tradicional das UBS. Essa questão foi abordada pelos profissionais da APS do município, que muitas vezes sem entender a dinâmica da vida na rua, realiza pré-julgamentos reforçando o estigma de que as pessoas em situação de rua são impacientes e não conseguem submeter-se aos fluxos estabelecidos nas unidades de saúde, como descreve o profissional da APS A14 no relato a seguir. Nesse mesmo sentido, o participante do estudo do Consultório na Rua B5, relata que os usuários em situação de rua se apresentam nas UBS, ocasionalmente, com a urgência de terem suas necessidades de saúde resolvidas no mesmo momento, e se há demora no atendimento, não aguardam pela consulta. Por outro lado o profissional da equipe do Consultório na Rua entrevistado B2, entende que a burocracia existente no acesso aos serviços das UBS interferem na espera pelo atendimento, sendo que esse usuário tem outras demandas envolvidas fora a consulta médica, como horário para entrada nas instituições de abrigamento, nos restaurantes populares e a luta pela subsistência financeira e alimentar. Oliveira et al. (2021b) alertam que o modelo biomédico e curativo de atendimento, desconsidera o contexto das especificidades da rua, dificultando o vínculo e o tratamento de saúde da população em situação de rua.

“Porque tem morador de rua, que se ele chega, e se fica um pouquinho esperando, eles ficam impacientes e vão embora, eles não aceitam esperar também.” (A14)

“Então, se a população em situação de rua chega aqui hoje, eles gostam de ser atendidos hoje e terem os problemas resolvidos hoje. É lógico que não tem que liberar tudo, fazer um fluxo só pra eles, mas tem peculiaridades dessa população.” (B2)

“Até mesmo porque os nossos pacientes não gostam muito de obedecer muito fluxo não... eles tem uma demanda de urgência.. eles querem resolver logo, eles não tem muita paciência de esperar...” (B5)

“...eles (pessoas em situação de rua) não tem aquela paciência de esperar o profissional que vai atender...” (B2)

“Quando ele procura, as vezes ele não sabe verbalizar o que ele quer... tipo igual uma criança, ele tem dificuldade de verbalizar, porque ele não está acostumado... eu falo que são sociedades a parte, a sociedade da população em situação de rua não tá acostumada a ter que chegar, a ter que esperar e aguardar o serviço, tem toda uma burocracia... isso não faz parte da rotina deles e pra gente compreender também que eles não tem isso, que tem

prioridade nos serviços... é difícil pois há outras demandas na rua pra eles resolverem que também são urgentes” (B2)

Com a finalidade de analisar a percepção da equipe do Consultório na Rua de Contagem, quanto a operacionalização da rede do município para o atendimento à população em situação de rua, foi questionado se a rede de serviços de saúde do município está preparada para o tratamento desse grupo. Os resultados evidenciaram que 60% dos profissionais da equipe do Consultório na Rua consideram que a rede de saúde não está preparada, enquanto 40% acreditam que a rede está organizada para tal atendimento. Considerando a APS como a porta de entrada preferencial para a rede de saúde, as principais dificuldades que a população em situação de rua encontra ao acessar esses serviços no município de Contagem/MG, na percepção da equipe do Consultório na Rua participante do estudo, estão descritas na tabela a seguir:

Tabela 13 – Barreiras de acesso aos serviços da APS na percepção da equipe do Consultório na Rua de Contagem, Minas Gerais

Barreiras de acesso da população em situação de rua aos serviços da Atenção Primária à Saúde na ótica da equipe do Consultório na Rua	Preconceito e discriminação
	Horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde
	Dificuldade em conseguir medicação nas farmácias da rede
	Burocratização no acesso aos serviços da Atenção Primária a Saúde
	Espera prolongada pelo atendimento
	Invisibilização das pessoas em situação de rua pelas Unidades Básicas de Saúde

Fonte: próprio autor (2022).

A existência do preconceito e do estigma que a PSR sofre ao acessar os serviços da APS de Contagem, esteve presente em todas as entrevistas com a equipe do Consultório na Rua. Os profissionais B2 e B4 ressaltam que apesar da rede de saúde do município possuir estrutura física para receber esses usuários, existe o preconceito que dificulta o atendimento. Barba et al. (2021) frisam que o despreparo

e a incapacidade de escuta qualificada e de acolhimento das necessidades de saúde por parte dos profissionais de saúde, que desconsideram o modo de vida e a existência dos direitos humanos, dificultam a criação do vínculo e do atendimento humanizado e afastam a PSR dos serviços. Hino, Santos e Rosa (2018) acrescentam que o preconceito no atendimento a PSR está ligado às condições de higiene, falta de banho e de vestimentas limpas, sofrendo com a inabilidade e o despreparo dos profissionais para a realização do acolhimento, além das ações higienistas que sofrem dos órgãos públicos, quando procuram por atendimento.

“Eu acho que Contagem tem todo o aparato físico e pessoas também para atender, o problema que eu vejo aqui em Contagem, é o preconceito em relação a população de rua.” (B2)

“No meu visto, tem (rede) as condições de tratar, mas encontram as barreiras de que as pessoas (profissionais) tem receio e tem um pouco de discriminação também.” (B4)

Os participantes da equipe do Consultório na Rua B2, B3 e B4 relatam episódios de preconceito quando acompanham a PSR até a UBS. Porém como foi discutido no capítulo anterior, a presença do profissional do Consultório na Rua acompanhando o usuário, faz mitigar as dificuldades que essa população encontra ao acessar os serviços, incluindo as discriminações sofridas. A segunda fala do participante B2, ilustra essa situação:

“Mas mesmo com a gente, a gente sente o preconceito deles (profissionais da rede de saúde), porque nós somos o povo da rua, então se a gente chega e preciso de uma sala para atender o meu paciente, ele é olhado desde a entrada, onde ele desce da ambulância, até quando ele chega nessa sala. Então, as pessoas olham, as pessoas comentam e eles veem, são pessoas comuns, e é difícil pra gente ver o constrangimento deles. Mas o acesso burocrático com outro médico, ou o gerente, não temos não, é mais tranquilo.” (B2)

“As vinculações geralmente se dão através de nós (Consultório na Rua), mas essa continuidade é muito difícil eles manterem, até mesmo por conta da recepção que eles têm, e do olhar das pessoas que discriminam, não só dos profissionais, mas também das pessoas que estão no ambiente da unidade de saúde.” (B3)

“Quando chegamos com eles chegam no posto de saúde, tem barreira sim... que é pelo preconceito mesmo.” (B4)

“As vezes chega um paciente em situação de rua, que geralmente fala comigo assim: - Olha doutora, se eu estou com você, é uma coisa, se eu estou sozinho é outra.” (B2)

Os profissionais da equipe do Consultório na Rua B1, B3 e B5 chamam atenção que a falta de “um olhar diferente”, de um conhecimento das particularidades e das necessidades da população em situação de rua, levam a uma dificuldade de “manejo” do profissional de saúde em saber lidar com esse usuário, ou seja, a falta de uma escuta ampliada e de um atendimento humanizado, resulta em um acolhimento que não leva em consideração as vulnerabilidades sociais e as condições de vida na rua, e que não é capaz de quebrar os preconceitos e estigmas e vincular o usuário em situação de rua com a equipe da UBS:

“O receio de atender... não vou dizer medo, né!? Porque se não fica parecendo que é bicho, né!? Mas um receio por não conhecer a realidade daquelas pessoas... não tem um olhar sobre aquele sujeito de uma forma humana e isso dificulta, porque isso já é a primeira barreira para poder ouvir o que o sujeito pede, o sujeito precisa... então eu acho que uma das principais barreiras é essa.” (B1)

“Tem uma queixa de descaso, descaso com aquele paciente, uma tratativa diferente com aquele paciente, essas são as queixas que a gente costuma receber.” (B3)

“Eu vejo que tem dificuldade sim. As vezes até um certo manejo, porque lidar com o pessoal da rua não é fácil, tem que ter uma sensibilidade maior.. tem que ter um manejo.” (B5)

As práticas discriminatórias e preconceituosas no acesso e no atendimento aos serviços da APS de Contagem/MG, aparecerem na análise das entrevistas dos participantes em situação de rua do estudo, em frequência superior as outras ocorrências, se mostrando como a principal barreira que a PSR encontra ao acessar tais equipamentos da rede; assim como ocorreu também na análise das entrevistas dos profissionais da APS, que reconheceram que o estigma a essa população está presente nos serviços de saúde, relatando episódios de discriminação entre os próprios profissionais da rede de saúde. Os profissionais da equipe do Consultório na Rua B2 e B3 do estudo relatam sobre o preconceito existente, e alertam que a discriminação provoca queda no acolhimento e no atendimento nas unidades de saúde:

“...só que lá eles tem essa questão de serem ignorados, de ter demora de acesso, quando entram não são bem avaliados. Se é população de rua, não olham se tem doença crônica, esquecem que tem um histórico...” (B2)

“Ainda tem muito estigma dos profissionais, é como se tivesse que ter tratativa diferentes com essa população, então quando chega alguém, a gente já vê um receio, a gente já vê um preconceito. Principalmente porque:

- Ah, essa pessoa vai começar a tumultuar o ambiente! porque essa pessoa não vai esperar, ou nojo mesmo, porque ela está suja. Então, assim, tem um estigma muito grande, então acho que não está preparada, nesse sentido, por conta desses estigmas com essa população.” (B3)

A burocratização no acesso aos serviços também é relatada pela equipe do Consultório na Rua como fator que dificulta o acesso da PSR aos serviços das UBS em Contagem/MG. Os participantes do estudo B2 e B5 alertam que a exigência de documentos e comprovantes de residência, muitas vezes exigidas na utilização dos serviços da APS, dificultam a utilização dos mesmos pela PSR. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b), aponta que 24,8% dos indivíduos não possuem nenhum documento de identificação. O participante B5 chama atenção que muitas vezes, as pessoas em situação de rua são vítimas de práticas higienistas ou de violência policial, tem seus pertences e documentos apreendidos, ou retidos nos órgãos públicos, não portando-os rotineiramente e são impedidos de acessar os serviços de saúde. Apesar da dispensa de comprovantes de identificação e do Cartão Nacional de Saúde, já estarem estabelecidos em legislações, como na portaria 940, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), que regulamenta que o Sistema Cartão Nacional de Saúde, e, na lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018 (BRASIL, 2018), que garante o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde e a dispensação de medicamentos, independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde; como já dito, muitos profissionais de saúde parecem desconhecer essas normatizações.

“Então na própria recepção já tem essa barreira: - Ah não, hoje não dá pra atender não! Ah não, você não tem cartão! Então tem muito disso, com problemas de documentação... e eles podem perder a documentação ou ficar guardada em órgãos públicos, tipo o CENTRO POP, e às vezes, no dia que eles precisam apresentar, podem não estar com eles. E essas burocracias vão impedindo o acesso, né!?” (B2)

“As vezes a gente esbarra nos fluxos que tem, na burocracia pra tudo...” (B5)

“Muitas vezes exigem do paciente o comprovante de endereço, que são coisas que vão dificultar o acesso do paciente naquela unidade.” (B5)

O desconhecimento por parte dos profissionais da APS, das normatizações que regulamentam a dispensação de medicamentos para a PSR, como da lei 13.714, de 24/08/2018 (BRASIL, 2018) citada anteriormente, e da Carta do Direito e Deveres dos Usuários do SUS, resolução nº553, de 09/08/2017 (BRASIL, 2017b), que resguarda o direito do recebimento dos medicamentos que compõem a farmácia básica; aliado a falta do entendimento do modo de vida nas ruas, levam a dificuldade das pessoas em

situação de rua a receberem os medicamentos na rede, que muitas são prescritos não levando em conta essas particularidades, como ressalta o participante da equipe do Consultório na Rua B1:

“... às vezes uma lombalgia que ele tem que pegar um medicamento na farmácia, ele não vai... porque ele não vai conseguir, porque muitas vezes a medicação está no nome comercial, ou não tem na rede, ou não coloca o nome do paciente na receita do medicamento e a farmácia não fornece, né!? Coloca como desconhecido, como não referido, então muitas vezes isso dificulta muito...” (B1)

O participante do estudo B5 identifica a presença de barreiras de acesso geográfico, com a dificuldade de deslocamento da PSR até as UBS e os horários das consultas, que não compartilham com a dinâmica da vida na rua. Esse fator, como discutido anteriormente, leva muitas vezes o paciente a ter que optar entre aguardar pela consulta ou ter que abandonar o atendimento por ter horários de entrada em restaurantes populares, instituições de acolhida ou a própria busca pela subsistência financeira na informalidade do trabalho. A espera prolongada pelo atendimento, como relatada pelos profissionais da equipe do Consultório na Rua B3 e B4, agravam essa situação:

“... já quando chega na área da saúde, são inúmeras as barreiras... horário de consulta, que muitas vezes não compartilha com horário do paciente, dificuldade de deslocamento até o local onde vai ser a consulta, ou seja, muita coisa que ainda precisa ser acertada ... a gente está avançando um pouco...” (B5)

“Eu recebo através deles muitas queixas, que eles esperam muito, e, eu sei que essas pessoas esperam mais mesmo.” (B3)

“São atendidos, mas não igual as outras pessoas... Tem diferença... deixam eles esperando além do limite dos outros...” (B4)

A invisibilização da PSR pela sociedade que discrimina, pela necropolítica praticada pelos governantes, pode ser internalizada nas unidades de saúde, que desconhecem a presença das pessoas em situação de rua nos seus territórios de abrangência e perpetuam os processos de exclusão dessa população. O processo de exclusão social e de rebaixamento de cidadania, pode ser introjetado também pelas próprias pessoas em situação de rua, que passam a não se enxergarem merecedoras de direitos. Hino, Santos e Rosa (2018) alertam que as dificuldades enfrentadas nas ruas quando associadas ao sofrimento cotidiano e a falta de melhores perspectivas, pode desencadear a perda da autoestima e a falta do autocuidado. Os participantes da equipe do Consultório na Rua B2, B3 e B5 alertam para a invisibilização da PSR para a APS, que ao não se ter o reconhecimento da existência e das vulnerabilidades

dessas pessoas em seus territórios e serviços, provocam ainda mais o afastamento e a sensação de exclusão por esse segmento da população.

“Então como eles estão acostumados a ser ignorados na rua, para serem ignorados no centro de saúde é um passo.” (B2)

“Deixar claro que eles estão sendo vistos, que eles também têm direitos, ao cuidado, ao acesso, à saúde, com acolhimento, com atendimento psicológico. Muitas pessoas estão sensibilizados e acreditam que não merecem nada, que eles estão ali, na escória... é mais um acolhimento mesmo, e dessa sensibilização de cuidado.” (B3)

“A maioria da Atenção Primária não sabe nem que o paciente (em situação de rua) existe...” (B5)

A maior parte dos profissionais da equipe do Consultório na Rua participante da pesquisa tem a percepção que a rede de saúde não está preparada para o tratamento a PSR em Contagem, e as barreiras no acesso aos serviços da APS, levam essas pessoas a buscarem atendimento quando a necessidade de saúde se agrava, nos equipamentos de urgência e emergência do município. Resultado semelhante foi encontrado em estudo desenvolvido por Kami et al. (2016) que identificou que a PSR não tem na APS sua principal porta de entrada para os serviços de saúde, provocada pela resistência dos profissionais das Unidades de Saúde em atender essa população, pelas barreiras administrativas e questões relacionadas a dispensação de medicamentos. A equipe do Consultório na Rua de Contagem identifica que as principais dificuldades no acesso aos serviços da APS para esse grupo, está relacionada com o preconceito e a discriminação praticado pelos profissionais de saúde, horário de atendimento das UBS que não compartilham com o contexto de vida na rua, espera prolongada pelo atendimento, burocratização no acesso aos serviços, como a exigência de documentos de identificação e de residência, além da dificuldade de obter medicações nas farmácias da rede de saúde. Frente a essas dificuldades, os usuários em situação de rua tendem a não retornar a novas tentativas de atendimento na APS, que dificulta a adesão e a formação de vínculo com esses serviços. A existência dessas barreiras emergem também das entrevistas com a própria população em situação de rua de Contagem e com os profissionais da APS do município, evidenciando que ainda há um bom caminho a percorrer na efetivação de um dos objetivos da PNPSR (2009) que propõe o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas, o que inclui a saúde (BRASIL, 2009a).

5.12 ESTRATÉGIAS DE MELHORIAS NO CUIDADO A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DO CONSULTÓRIO NA RUA

A equipe do Consultório na Rua identificou que há entraves no atendimento a PSR pelos profissionais da APS do município. Todos os participantes do Consultório na Rua relataram que os profissionais da APS encontram dificuldades em atender essa população, sendo comum a percepção que falta preparo e capacitação dos profissionais de saúde em lidar com as especificidades e particularidades da PSR e que há presença do estigma com esse grupo nos serviços de saúde, causando desassistência e aprofundando os processos de exclusão.

Quando o profissional da APS atua com posturas preconceituosas, distante da realidade dessas pessoas, dificilmente um plano de cuidado será construído (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; HALLAIS; BARROS, 2015). Como forma de superar o processo discriminatório presente na assistência à PSR nos serviços de saúde do município, a equipe do Consultório na Rua entende ser necessária a capacitação dos profissionais da rede de saúde, para o trabalho com as particularidades e as necessidades desse grupo, seja por meio de processos de educação permanente ou através de reuniões de equipes nas próprias UBS. Segundo Cunha (2010, p.65) o espaço das reuniões de equipe se constituem em potentes momentos de educação permanente, pois é um “recurso estratégico para transformação das práticas e da própria organização do processo de trabalho”.

“Então preparado tá (rede de serviços), falta é ter a capacitação e boa vontade dos profissionais.” (B2)

“Eu acho que eles (profissionais) não estão todos preparados, mas o povo da rua encontra uma barreira, que não sei se é o preconceito mesmo ou a falta de saber como lidar com eles. Precisaria de preparar todos os profissionais da rede pra esse atendimento.” (B4)

“Eu acho que falta treinamento, capacitação. Está precisando de uma capacitação, de chamar a rede, de trabalhar esse tema nos postos, apresentar o que é o trabalho do consultório na rua, o que é o paciente em situação de rua...” (B5)

Os participante B2 e B3 problematizam que os profissionais de saúde têm as condições técnicas de atender, mas somente isso não basta, é necessário “manejo”, ou seja, um atendimento humanizado, com escuta ampliada das necessidades que o sujeito traz de sua condição de vida nas ruas, para que o atendimento seja centrado na pessoa, e não na doença.

“Eu acho que tem uma dificuldade que não é nem técnica de atender, porque todo mundo que está atuando na atenção primária tem uma capacidade técnica de atender; mas de manejo.” (B2)

“Acho que a gente não pode generalizar, que as pessoas não estão preparadas. Mas eu acho que uma coisa básica, é a humanização do atendimento, que precisa ser realizado por todo o mundo, e, algumas pessoas, não têm essa sensibilização, na ponta ou na rede como um todo. Eu não acredito que sejam todas as pessoas que estão despreparadas, a questão é o atendimento humanizado mesmo, tem as especificidades dessa população, que é diferente sim, mas a base é o atendimento humanizado.” (B3)

A PNPSR (2009) tem como objetivo :

II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2009a).

Dessa forma o processo de educação permanente com foco na população em situação de rua deve ser garantido pelo órgão gestor municipal, para toda a rede de saúde, para construção de práticas e processos de trabalhos coletivos mais próximos as necessidades dessa população. O participante B1 destaca a relevância da construção de políticas públicas municipais que sejam disparadoras de processos de capacitação para os profissionais da rede:

“Eu acho que tinha que ter uma política pública implantada no município voltada a essa população, para sensibilizar e capacitar os profissionais, que além de tudo, de ser um direito daquela pessoa ser bem atendida, dentro dos princípios do SUS, que aquele profissional tenha um olhar, não por uma imposição, mas por uma sensibilização dos direitos do outro, da pessoa como um ser humano.” (B1)

O trabalho com as pessoas em situação de rua é realizado com vistas a formação do vínculo. A partir da vinculação é possível estabelecer acordos e novos combinados que fortalecem a continuidade do tratamento. Mas para o vínculo ocorrer, a forma com que a pessoa é acolhida quando acessa as Unidades Básicas de Saúde é fundamental para estabelecer essa relação de confiança. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a, p.39) acolher não é somente receber o usuário, “acolher é compreender a sua demanda para além da queixa principal apresentada”. O acolhimento deve ser realizado com despojamento, respeito e através da compreensão da condição do paciente sem julgamentos. O participante B5 alerta que a falta de um “olhar sensibilizado”, dificulta o acolhimento e a formação do vínculo:

“A unidade de saúde as vezes não tem o olhar sensibilizado para esse paciente e ali ele acaba se perdendo, tem que formar o vínculo com esse paciente.” (B5)

A equipe do Consultório na Rua adota como estratégias de cuidado as tecnologias leves na assistência a PSR. A relação de empatia e confiança estabelecida pelos profissionais dessa equipe, tende a favorecer a criação do vínculo (HALLAIS; BARROS, 2015). Esses profissionais apostam em um encontro com o paciente no próprio território de vivência dessas pessoas, de maneira respeitosa, com escuta atenta e disponibilidade para o cuidado. Esse momento favorece os próximos contatos e o estabelecimento da confiança na longitudinalidade do cuidado. Santos et al. (2021) ressaltam que a equipe do Consultório na Rua se caracteriza por oferecer um atendimento humanizado e diferenciado que respeita o contexto sociocultural do usuário, superando o modelo biomédico. O participante B1 tem percepção que a postura que o profissional de saúde adota ao atender a PSR, vai refletir no próprio autocuidado que o usuário em situação de rua terá após o atendimento.

“O acesso vai depender muito do profissional que está do outro lado.” (B1)

“Se é um profissional que está sensibilizado, que conhece não só a legislação, mas que se preocupa com o atendimento, essa pessoa vai conseguir ser atendida, ser devidamente referenciada na rede; caso contrário, ali se forma uma barreira, onde inclusive essa pessoa vai negligenciar sua própria saúde.” (B1)

A equipe do Consultório na Rua percebe que o atendimento direcionado a PSR na APS de Contagem tem sido pouco efetivo devido as características próprias desses indivíduos, e preconiza que a assistência a PSR deva ocorrer de forma diferenciada, de acordo com as particularidades e necessidades desse grupo. Silva, Cruz e Vargas (2015) alertam que os profissionais da Atenção Básica devem estar abertos ao diálogo com os usuários, estando atento aos aspectos biopsicossociais do adoecimento.

“É uma população muito específica, muito carente.. carece mais um cuidado de uma atenção diferenciada, até de você entender o motivo, de acolher nas suas necessidades... porque ele não vem à toa... o consultório na rua não atende esse e acompanha paciente a toa.” (B2)

“Ter boa vontade de entender que é um paciente específico, ter equidade, você não pode tratar ele como uma pessoa que tem casa, que tem tempo, como uma senhora que já é aposentada... é totalmente diferente, você atender um paciente que está aqui, mas tem hora para ir embora, porque tem que comer, porque tem hora no restaurante popular; tem hora pra dormir, às vezes tem a fissura da droga, então é totalmente diferente.” (B2)

“Eu acho que precisa de uma sensibilização mesmo, da equipe um todo. Uma sensibilização do acesso dessas pessoas; de que as vezes vão vir até com o cachorro do lado. Um olhar diferenciado, de que aquelas pessoas ali, já estão num grau de fragilidade diferente, já se sentem julgadas, rejeitadas. É mais uma sensibilidade mesmo, de atendimento. A gente não tem que ter uma preparação específica, mas uma atenção humanizada mesmo.” (B3)

O participante B2 sugere maior interlocução entre os profissionais da APS com a equipe do Consultório na Rua, com visitas compartilhadas no “território-rua” para melhor compreensão das necessidades da PSR:

“Minha vontade é que fosse todo mundo para o consultório na rua... ou saísse para atender com a gente... porque é difícil você explicar como que você vai ter um atendimento diferenciado., tem que ser mais humanizado... mas eu acho que se a Atenção Básica quisesse ouvir a gente que está ali o tempo inteiro, poderia ir um dia ver como que é a situação, como que a gente aborda, como que é esse paciente fora da dor, né!? Porque às vezes ele chega aqui com dor e é diferente. – Vamos lá ver como que ele é no cenário dele...” (B2)

Assim como estratégias para melhorar o atendimento a PSR no município de Contagem, a equipe do Consultório na Rua entende ser necessária a capacitação, através de processos de educação permanente dos profissionais de toda rede de saúde. Os profissionais do Consultório na Rua participantes da pesquisa alertam que o despreparo do profissional de saúde, gera uma atenção pouco efetiva, com falhas desde o acolhimento do paciente até sua vinculação com o serviço, recomendando que o processo de trabalho esteja focado nos processos relacionais do cuidado e na humanização do atendimento.

6 CONCLUSÃO

Esse trabalho de mestrado nasce do desejo de conhecer como é o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços da Atenção Primária à Saúde de Contagem/MG para dar voz a esse grupo na rede de saúde do município e permitir que proposições possam ser tomadas pelo poder público para mitigar as dificuldades que essas pessoas encontram ao acessar os equipamentos de saúde e para que os profissionais de saúde, ao compreender a dinâmica que a rua impõe, amplie e qualifique a escuta, favorecendo o acolhimento humanizado centrado nesse usuário.

Somente a existência de políticas públicas não garantem sua aplicabilidade na prática, é preciso vontade política. Quando o poder público, fundamentado na lógica capitalista, descarta as pessoas que não são geradoras de lucro, invisibilizando-as, praticando a necropolítica e não colocando em prática as estratégias e ferramentas pensadas pelas políticas sociais, como a PNPSR (BRASIL, 2009a), não provoca a transformação da realidade vivenciada por esse grupo e por toda sociedade da qual faz parte.

Com mais pessoas em situação de rua, fruto do aumento do desemprego e da perda de renda, maior é a utilização dos serviços públicos de saúde, e, sendo a Atenção Primária à Saúde, a porta de entrada preferencial do SUS, maior é o impacto na utilização de seus serviços e mais preparada esse nível de atenção tem que estar para prover uma atenção integral, universal e equânime.

Consideramos que a questão central dessa pesquisa foi alcançada, ao desvelar como e em quais condições ocorre o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, com foco especial na Atenção Primária, no município de Contagem. O acesso aos serviços de saúde do município pela população em situação de rua ocorre prioritariamente pelos equipamentos de urgência/emergência do município, através das UPA's e do Pronto Atendimento do Hospital Municipal de Contagem (HMC), por busca espontânea nas situações de agravamento do estado de saúde.

O preconceito praticado pelos profissionais de saúde foi verificado como o maior entrave para efetivar não só o acesso, mas a promoção de um cuidado

humanizado e integral na rede de saúde do município de Contagem/MG. A presente pesquisa demonstrou que o estigma, reiteradamente alimentado por representações midiáticas pejorativas, classificando as pessoas em situação de rua como indivíduos “drogados”, “sujos” e “perigosos”, está incorporado também nas práticas dos profissionais, cerceando o acesso aos serviços de saúde. Dessa maneira, o juízo moral de quem está dentro do “jaleco” vai determinar de que forma será o acesso, mostrando que a necropolítica se apresenta não só através do Estado, mas também na atitude dos profissionais e na estruturação dos serviços de saúde.

A presente pesquisa demonstrou que, apesar das pessoas em situação de rua do município de Contagem considerarem não ter boa saúde, também não realizam tratamento regular, e só procuram atendimento em casos de agravamento das condições clínicas que apresentam na rua, através da rede de urgência e emergência do município. Os profissionais do Consultório na Rua entrevistados ressaltaram que muitos problemas de saúde podem ser agravados pela “resistência” das pessoas em situação de rua em retornar aos serviços de saúde. Essa recusa de atendimento é, na verdade, demonstrada pela pesquisa como fruto de atendimentos anteriores mal sucedidos, em função das barreiras no acesso a tais equipamentos, que faz com que essa população não retorne para novos atendimentos. Outras barreiras no acesso aos serviços da Atenção Primária em Contagem foram verificadas além do preconceito e estigmatização dos profissionais, como o não atendimento por condições de higiene inadequada, a exigência de documentos e comprovantes de residência, espera prolongada pelo atendimento, falta de profissionais na rede de saúde (que causa desassistência), barreiras de acesso geográfico, prescrição de medicamentos não padronizados na rede e a restrição de atendimentos no cenário da pandemia da COVID-19, o que de certa forma reforça a busca pelo atendimento nas unidades de urgência. Baixar as exigências das Unidades Básicas de Saúde para o acesso e permanência dessas pessoas é fundamental para permitir a criação do elo entre os atores envolvidos e propiciar a formação do vínculo com as equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde.

Por outro lado, a pesquisa demonstrou que o Consultório na Rua e o Abrigo Bela Vista são equipamentos que intermediam facilitando o acesso dessas pessoas as Unidades Básicas de Saúde do município. A partir do abrigamento a essa população é oportunizado melhores condições de reestabelecer sua saúde, e dessa

forma, recomendamos para gestão municipal ampliar as ofertas de vagas no Abrigo para comportar a demanda crescente que vem das ruas.

A equipe do Consultório na Rua, demonstrou a partir dessa pesquisa, que a humanização do atendimento é fundamental para fortalecer o elo com a população de rua. O processo de trabalho dessa equipe pautado na abordagem interdisciplinar e na relação dialógica de ampliar a escuta, foi capaz de formar vínculo com a PSR do município, servindo de modelo para as demais equipes da Atenção Primária no que diz respeito ao trato as pessoas em situação de rua. Apesar de ser uma equipe de implantação recente, início em 2019, o serviço já se encontra reconhecido pelas pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa como referência no cuidado à saúde. A presença dessa equipe também tensiona a rede de saúde, quando coloca em evidência suas fragilidades ao trazer para dentro dos serviços uma população que deveria ter um cuidado equânime e universal. Além de ofertar o cuidado integral à saúde, com foco na Redução de Danos, a equipe do Consultório na Rua aumenta as chances da população em situação de rua acessar os serviços da rede de saúde em Contagem e a pesquisa revelou que a pessoa em situação de rua se sente mais segura na presença dos profissionais dessa equipe, além de sofrerem menos preconceito.

Fortalecer a equipe do Consultório na Rua do município, garantindo presença de todas as categorias profissionais na equipe, para prestar a assistência na integralidade do cuidado, através das trocas interdisciplinares da equipe multiprofissional e fomentar as estratégias de abrigamento, se mostram como bons caminhos para a gestão municipal assegurar a assistência à saúde a esse segmento da população.

A partir dessa pesquisa buscou-se também identificar se havia dificuldades dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município em atender à população em situação de rua. O estudo permitiu identificar que para 78,5% dos profissionais da APS entrevistados há dificuldades no atendimento à população em situação de rua. Os profissionais de saúde reconhecem a presença do preconceito e do estigma entre a própria equipe de forma velada ou explícita, em um processo que exclui e invisibiliza as pessoas em situação de rua. A dificuldade de encontrar a pessoa após o atendimento para continuidade do cuidado e o não conhecimento do histórico médico também é citado pelos profissionais da APS da pesquisa, como fatores que dificultam

a assistência a essa população, porém como visto, a busca ativa, o cadastramento e o conhecimento dessas pessoas no território, são processos que permitem realizar o mapeamento desses indivíduos e os tiram da invisibilização, concomitantemente, o trabalho integrado com a equipe do Consultório na Rua, que realiza a coordenação do cuidado desse grupo, tem o potencial de minimizar tais dificuldades. A falta de inserção das especificidades das pessoas em situação de rua em grande parte dos fluxos e protocolos da Atenção Básica no município de Contagem contribuem para o processo de invisibilização desse grupo, assim é preciso que as particularidades desse segmento populacional sejam contempladas nas linhas guias e protocolos assistenciais do município.

O aumento do contingente de pessoas em situação de rua que precisam dos serviços da Atenção Primária a Saúde é um desafio para o município, que tem reconhecido pelos participantes da pesquisa, a desassistência causada pela falta do quadro completo de profissionais para atender essa demanda. Dessa forma, além de manter completa a equipe do Consultório na Rua, é de suma importância garantir a assistência multiprofissional da rede de atenção à saúde, através da contratação de todas as categorias profissionais pelo gestor municipal.

Em relação a nosso último objetivo específico, que é o de verificar se o serviço da Atenção Primária à Saúde de Contagem está organizado de acordo com a PNPSR (BRASIL 2009a), observamos que a aplicabilidade em termos práticos ainda está bastante restrita a algumas ações e serviços que ainda não se atendem a completude da legislação. O quadro que se apresenta hoje no que tange ao atendimento à população em situação de rua no município de Contagem está ainda longe de ser o ideal, porém a gestão municipal vem se empenhando para estruturar a rede de saúde através da implantação do Consultório na Rua, da criação do Núcleo de Promoção à Saúde e Equidade da Secretaria Municipal de Saúde, da criação do Comitê Intersetorial de Pessoas em Situação de Rua, dos processos de educação permanente em populações vulnerabilizadas, inclusão desse grupo no fluxo assistencial da APS e da atenção secundária do serviço de saúde bucal e dos esforços para realizar a estimativa da população em situação de rua no município. Essa estimativa não estava finalizada até a conclusão dessa pesquisa. Assim, o momento de discussão sobre o acesso da população em situação de rua aos serviços da Atenção Primária à Saúde no município mostra-se favorável para subsidiar a

estruturação do serviço. Reforçamos que a estruturação completa dos serviços para o atendimento em rede intersetorial ainda depende do aprimoramento das discussões, maior comunicação entre a rede SUAS-SUS, novos estudos e pesquisas neste âmbito em decorrência da complexidade e das especificidades apresentadas pela população em situação de rua e políticas na perspectiva da oferta de moradia, trabalho e renda para esses sujeitos. Entretanto, para estar em consonância com a PNPSR (BRASIL, 2019a) recomenda-se celeridade no processo de educação permanente sobre as particularidades da população em situação de rua para toda a rede de saúde, inserção das especificidades desse grupo em todos fluxos e protocolos da Atenção Básica do município, contratação e manutenção do quadro multiprofissional do Consultório na Rua, ampliação das ofertas de vagas no Abrigo Bela Vista, com maior destaque para famílias e o público feminino e ações no sentido de oferecer oportunidades de trabalho e renda.

A educação permanente dos profissionais da rede de saúde do município é uma ferramenta não só pautada na PNPSR (BRASIL, 2009a), mas uma necessidade sentida pelos próprios profissionais que trabalham diretamente na assistência a população em situação de rua. Compreender as peculiaridades, modo de vida e o contexto social em que as pessoas em situação de rua estão inseridas, auxilia a prestar um atendimento mais humanizado nas Unidades Básicas de Saúde. Se mostra bem evidente a necessidade de capacitação de toda rede de saúde qualificando o atendimento e caminhando em direção a efetivação da PNPSR (BRASIL, 2009a). Não podemos deixar de ressaltar que a capacitação profissional também passa por mudanças curriculares nos cursos técnicos profissionalizantes e de graduação, que em sua grande maioria não contemplam na grade curricular as especificidades do atendimento à população em situação de rua, formando profissionais alheios a realidade das territórios.

Algumas estratégias focadas nas boas práticas em saúde, podem servir de guia para os profissionais e gestores da rede de saúde do município, no atendimento a população em situação de rua, conforme propostas por McMurray-Avila, Gelberg & Breakey (1999), e pela rede UNA-SUS (2022), como:

- A importância de ter serviços para essa população que busquem ativamente, promovam acesso, vínculo, adesão e diálogo institucional para os casos mais graves e complexos, como o Consultório na Rua;
- Cuidado centrado na pessoa, com a valorização do indivíduo e vinculação pelo cultivo de confiança e relacionamento entre trabalhador e PSR;
- Estabelecer uma rotina de baixa exigência para acesso dessa população, mesmo sob efeito de substâncias;
- Garantir a integralidade do cuidado com a corresponsabilização do acesso a cuidados especializados;
- Garantir cuidados integrados, multidisciplinares e institucionais na gestão de casos para coordenar a assistência;
- Fomentar o conhecimento pelo trabalhador e a disponibilização de uma variedade de opções de abrigo, incluindo programas que coexistam moradia com serviço;
- Manutenção da perspectiva longitudinal da assistência que garanta a continuidade do cuidado até que a situação de vida da pessoa se estabilize e que saia da situação de vulnerabilidade ou de risco.

A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS, 2022), cita o trabalho de Montauk (2006), através da Organização do Processo de trabalho para o trabalho junto à População em Situação de Rua, e sistematiza as recomendações para as boas práticas aplicadas a população em situação de rua. Em relação ao Cuidado centrado na pessoa, ressalta os seguintes pontos:

- Os profissionais de saúde devem desenvolver um plano de cuidado individualizado, que inclua o atendimento a necessidades básicas diárias (acesso a água, alimentos, forma de locomoção), para depois traçar o plano de cuidado clínico;
- Solicitar informações de contato de emergência desse usuário (por exemplo, endereço e número de telefone de um familiar, parente ou amigo);
- Na primeira visita em que um exame físico completo é apropriado, explique o que implica um exame físico abrangente e peça permissão para realizá-lo;

- Utilizar o reforço positivo e uma atitude de não julgamento, reforçando os pontos fortes do paciente. Agradecer aos pacientes por comparecerem (mesmo que estejam atrasados) e por qualquer tentativa deles de seguir um plano de cuidados;
- Fornecer aos pacientes o histórico médico em papel. Certificar se conseguem ler e compreender o que está descrito;
- Incentivar o abrigo;
- Orientar aos usuários sobre o funcionamento do sistema de saúde. O que é ofertado na APS e na UPA/Hospital, e quando deve acessar cada serviço;
- Mapear quais são os serviços gratuitos no território disponíveis e recomendá-los aos paciente em situação de rua;
- Fornecer ao paciente as informações necessárias para fazer suas próprias prioridades de metas de saúde.

Em relação ao abrigo e a alimentação, orienta:

- Estar ciente sobre qual alimentação é ofertada nos abrigos e restaurantes populares, antes de traçar um plano de dieta para os pacientes;
- Planejar o tratamento de acordo com o acesso a água e o alimento que a pessoa tem disponível;
- Nos abrigos, incentivar a tosse na dobra do cotovelo e a lavagem das mãos; manter as vacinas em dia;
- Educar a equipe do abrigo sobre o papel da nutrição no manejo das principais doenças crônicas.

Para ampliar o acesso da população em situação de rua a rede de saúde, preconiza:

- Estender o horário fora do expediente, para incluir todas as pessoas que não podem estar nas unidades nos horários convencionais;
- Disponibilizar horário nas agendas, para encaixar demandas não programadas;
- Verificar como é a locomoção até a Unidade de Saúde, se for o caso programar o seu deslocamento. A interlocução com a equipe do Consultório na Rua pode ajudar nesses casos;
- Quando houver uma pressão grande para atendimento, priorizar a PSR;

- Verificar se a pessoa em situação de rua é também uma pessoa com deficiência e orientar sobre o direito ao programa de passe livre municipal, estadual ou federal disponível.

Em relação ao uso de medicamentos e a adesão ao tratamento os autores recomendam:

- Evitar prescrever medicamentos que tem grande efeito sedativo para as pessoas que vão retornar para a rua, exceto para as que estão abrigadas;
- Para quem não tem acesso facilitado a banheiros, a prescrição de diuréticos pode ser um problema;
- Investigar a condição hepática ao prescrever anti-inflamatórios e estatinas;
- Realizar a educação em saúde de forma eficiente sobre o uso da medicação;
- Para evitar atraso ou abandono no tratamento prescrever medicamentos disponíveis na rede;
- Considerar frequência, duração e armazenamento da pessoa que está em situação de rua ao prescrever os medicamentos;
- Usar prescrições mais simples, dando preferência a utilização uma vez ao dia. A vida na rua, já é complexa demais; e,
- Fornecer multivitaminas.

O Comitê Intersetorial de Monitoramento e Acompanhamento da Política Estadual para População em Situação de Rua – Comitê Pop-Rua-MG, publicou o Manual Recomendações para Políticas Públicas para Pessoas em Situação de Rua (COMITÊ POP-RUA MG, 2018), com objetivo de recomendar aos gestores municipais um conjunto de ações com vistas a promoção dos direitos das pessoas em situação de rua. As recomendações buscam trazer orientações por temas, segundo a base legal que a sustentam. Tal documento também serve de referência para a gestão do município de Contagem, na estruturação da rede de atenção a PSR. Em relação a saúde, recomenda-se:

- O Cartão Nacional de Saúde (CNS), é o documento de acesso para o SUS, e a sua emissão é regulamentada pela Portaria nº940, de 28 de abril de 2011, que dispensa a exigência de apresentar o endereço, para sua confecção; devendo ser emitida para as pessoas em situação de rua. O atendimento

também deve ser realizado mesmo que a pessoa não esteja em posse de seus documentos de identificação;

- Recomenda-se a implantação e ampliação das equipes do Consultório na Rua. O objetivo desse serviço é minimizar a vulnerabilidade e os sofrimentos físicos e mentais e reduzindo riscos e promovendo a saúde e dignidade dessa população, porém a existência de equipes do Consultório na Rua não faz com que as pessoas em situação de rua tenham que ser atendido por este serviço antes de acessar os demais, ou seja, a PSR deve ser atendida em todos os dispositivos de saúde independentemente de encaminhamentos da equipe do Consultório na Rua, como todo outro cidadão;
- Na ausência de uma equipe de consultório na rua esta população deverá receber assistência da equipe da Atenção Primária à Saúde do território onde essas pessoas estão concentradas e/ou onde se encontram e em qualquer unidade que acessarem;
- Quando se tratar de pessoas em situação de rua portadoras de sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, acionar os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, que funcionam de porta aberta e podem acolher diretamente os usuários ou por encaminhamentos diversos, de outras equipes, como as equipes de Consultório na Rua e as equipes da ESF;
- As equipes de Consultório na Rua devem pautar sua atuação na garantia dos direitos humanos, nos princípios do SUS e nos preceitos da Redução de Danos. Isso significa que as equipes devem respeitar o tempo e os desejos da pessoa em situação de rua, exceto quando a equipe avaliar que a pessoa está em risco iminente de morte e provocando o mesmo à vida de terceiros;
- Os profissionais das equipes do Consultório na Rua precisam estar capacitados em técnicas de abordagem e aproximação para a adequada formação de vínculo;
- Realizar articulações intersetoriais com outras políticas públicas, em especial da assistência social e moradia, devido a complexidade da saúde das PSR. Para isso é necessário que haja espaço de encontros permanentes de diálogos entre esses profissionais, com o objeto de construir uma rede de cuidado e proteção para cada usuário (atenção centrada na pessoa);

- As equipes não devem visar a remoção das pessoas em situação de rua do logradouro público, salvo por expresso desejo do cidadão, exceto em situações de extrema vulnerabilidade na qual este cidadão está em risco de morte. Devendo sempre prezar pelo respeito na relação com os sujeitos;
- Para os atendimentos de urgência e emergência, acionar os dispositivos especializados de urgência, como o SAMU, Corpo de Bombeiros ou a estratégia local oferecida pelo município;
- O atendimento de Urgência e Emergência realizado na Rede de Urgência e Emergência Estadual disponibiliza atendimento a todos os casos de demanda espontânea e referenciada, não devendo haver nenhuma discriminação de públicos para atendimento. Deverão ser serviços de baixa exigência ao usuário;
- Conhecer sobre a rede protetiva e assistencial a PSR. Observância aos direitos da população em situação de rua uma vez que essas pessoas são constantemente vítimas da violência;
- As equipes dos consultórios de rua devem mapear o seu território de atuação de acordo com os focos de concentração do público em situação de rua. Além disso essas equipes devem notificar os casos de violação de direitos, óbitos e agravos em saúde, trabalhando em rede com outros pontos de atenção.

Dessa forma foi possível refletir sobre os motivos que afastam as pessoas em situação de rua dos serviços da APS do município e verificar que avanços podem ser realizadas tanto pelo poder público quanto pelos próprios profissionais de saúde nos seus processos de microgestão do trabalho.

A presente pesquisa não tem a intenção de ser uma crítica desmedida e fragmentada a todos os profissionais e a rede de saúde do município de Contagem. Pretende-se que esse estudo seja disparador de reflexões e forneça subsídios para construção de protocolos clínicos, linhas guia e diretrizes para a rede de saúde do município, além de contribuir para construção de políticas públicas que diminuem o sofrimento de quem sobrevive em condições sub-humanas nas ruas.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Rafael; CASTRO, Adriana Miranda de. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? **Saúde em Debate**. 2019, v. 43, n. spe8 p. 175-188. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tKVjyyPy8rRHP8nqGhZGYhF/?lang=pt#>>. Acesso em: 15 set. 2021.
- AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 28(1), p. 115-124, jan, 2012. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csp/2012.v28n1/115-124/#ModalArticles>>. Acesso em: 06 abr. 2022.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p. Disponível em: <https://blogs.uninassau.edu.br/sites/blogs.uninassau.edu.br/files/anexo/racismo_est_rutural_feminismos_-_silvio_luiz_de_almeida.pdf>. Acesso em: 09 jul.2021.
- ALMEIDA, Thais Priscila; OLIVEIRA, Daniela Emilena Santiago Dias de. População de rua e negligência estatal: aproximações à política social paulista. **Revista do laboratório de estudos da violência da UNESP/Marília**. Ano 2014. Edição 14. Novembro, 2014. Disponível em: <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/4220>>. Acesso em: 13 out. 2021.
- ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health Social Behav** 1995; 36:1-10. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2137284>>. Acesso em: 09 jul. 2021.
- ARAUJO, Erick; SCHRAMM, Fermin Roland. Princípios da clínica na rua e os funcionamentos do crack. **Revista Bioética**. 2017, v. 25, n. 3. pp. 473-481. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422017253204>>. Acesso em: 13 jul. 2022.
- ARAÚJO, Jaianne Ricarte de et al. Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**. 2019. v. 43, n. 122. 780-792. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912210>>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- ARAUJO, Maria Elizete de Almeida et al. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2017, vol.26, n.3, pp.589-604. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00589.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2021.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2021.

AZEVEDO, Vanessa et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n.14, p. 159-168, set. 2017. Disponível em:
<<https://www.redalyc.org/journal/3882/388255675017/388255675017.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BAGGETT, Travis P. et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. **JAMA internacional medicine**, 173(3), 189-195. 2013. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713619/>>. Acesso em: 13 out. 2021.

BARATA, Rita Barradas et al . Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 219-232, June 2015 .Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500219&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jul. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al . Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, Dec. 2009 . Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BONELLO, Andréia Aparecida De Luca Moore; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014, v. 19, n. 11, pp. 4397-4406. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.13922013>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1 (3), janeiro-julho, 2005, p. 68-80. Disponível em:
<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7053 - Institui Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Seção 1. p.16. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em 07 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília :

CONASS, 2011. 197p. 2011a. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em:
15 abr. 2021.

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

BRASIL. [Constituição 1988]. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b. Disponível em:
<<https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201611/05090909-1337000578-decreto-federal-n-7508.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto n. 8727, de 28 de abril de 2016**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. 2016. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm>. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Decreto Presidencial 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acessado em: 06 abr. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 13.714, de 24 de agosto de 2018**. Altera a Lei nº 8.742 para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. 2018a. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13714.htm>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua – CENTRO POP**. Ministério da Cidadania, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, Brasília, 16. Jul. 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assusntos/assistenciasocial/unidadesdeatendimento/centro-pop>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?** Brasília/DF, 2019a.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Resolução nº40, de 13 de outubro de 2020**. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Brasília/DF, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-40-de-13-de-outubro-de-2020-286409284>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. **Disque Direitos Humanos. Disque 100**. Relatório 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/inquerito/>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**; 2012c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo máximo de equipes de consultório na rua por município. . **Diário Oficial da União**; 2012d. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html>. Acesso em: 09 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). 2011c. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 07 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html>. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2019**. 2019c. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2012.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua – 2012 a 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 28 fev. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html>. Acesso em: 07 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 553, de 09 de agosto de 2017**. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução. Brasília/DF, 2017b. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília/DF. 2014. 38p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 3.0** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_3_0.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf> Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. 4ª ed. Brasília: MS; 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo lheto.pdf> Acesso em: 06 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e Hepatites Virais. **Nota informativa conjunta nº10**. Informa sobre os procedimentos a serem adotados, considerando ações de prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e dispensação de medicamentos para IST, do HIV/AIDS e hepatites virais para a população em situação de rua. Brasília: MS, 2017c. Disponível em: <<https://cosemspb.org/nota-informativa-no-10-diahvsms-e-dabsasms/>> Acesso em: 06 abr. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **2º Censo da População de Rua e Análise Qualitativa da Situação dessa População em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Ed. O Lutador, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua para consulta pública**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civil/acoes_afirmativas/inclusaooutrin/aa_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento social e do combate à fome. Rua: Aprendendo a contar. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. 2009b. 240p. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acesso em: 07 set. 2020.

BRASIL. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2011b. Seção 1, p.36. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html>. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Secretaria Nacional de Proteção Global do Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos. **Promoção dos direitos da população em situação de rua. Enap. Módulo 1** (Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPR). Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <<https://www.escolavirtual.gov.br/curso/149>>. Acesso em: 07 set. 2020.

BRITO, Cláudia e SILVA; Lenir Nascimento da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2022, v. 27, n. 01, pp. 151-160. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BROIDE, Jorge. A clínica psicanalítica na cidade. **Psicanálise nos espaços públicos**/organizado por: Emília Broide e Ilana Katz. São Paulo: IP/USP, 2019. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BURSZTYN, Marcel. (Org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. 261 p. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-270653>>. Acesso em 09 jul. 2021.

CABRAL JÚNIOR, Luciano Roberto Gulart. **Direito e população em situação de rua : limites e possibilidades emancipatórias na cidade do Rio Grande**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito e Justiça Social) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/8150>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CAMOS, Ariane Graças de; SOUZA, Maria Paula Freitas de. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde (Impr.)**; 14(3): 344-351, ago. 2013. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047132>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011. 268p. Disponível em: <<https://institutoressurgir.org/wp-content/uploads/2018/07/Racismo-Sexismo-e-Desigualdade-Sueli-Carneiro-1.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

CASSAL, Milena; FERNANDES, Talita. A população negra em situação de rua e a COVID-19: Vidas negras importam?. **Tessituras: revista de antropologia e arqueologia**, Pelotas/RS, v. 8, n. 1, p.97-94. Jan-jun. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/tessituras/article/view/18911>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**. 2021, v. 24, n. 2, pp. 269-279. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?lang=pt#>>. Acesso em: 22 set. 2021.

CERQUEIRA, Amarantha Sá Teles de. 2011. **Evolução do Processo Social População em Situação de Rua: um estudo sobre a pobreza, necessidades**

humanas e mínimos sociais. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Serviço Social) - UnB, Brasília, 2011. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/2573/1/2011_AmaranthaSaTelesdeCerqueira.pdf>. Acesso em: 07 set. 2020.

CERVIERI, Nayelen Brambila et al. O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-8, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000400008>. Acesso em: 17 mar. 2021.

COMITÊ POP-RUA-MG - Comitê Intersetorial de Monitoramento e Acompanhamento da Política Estadual para População em Situação de Rua – Comitê Pop-Rua-MG. **Recomendações para políticas públicas para pessoas em situação de rua** / Comitê PopRua. – Belo Horizonte, 2018. 40 p.: il. Disponível em: <https://social.mg.gov.br/images/Direitos_humanos/recomendacoescomitepopruaonline.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CONTAGEM. **Decreto 265, de 29/07/2021**. Institui o Comitê Intersetorial da Política Municipal da População em Situação de Rua de Contagem. Prefeitura de Contagem. 2021. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/?legislacao=229899>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

CONTAGEM. Lei nº. 4.922, de 05 de janeiro de 2018. Dispõe sobre o Plano Plurianual do Município de Contagem para o período 2018 a 2021. **Diário Oficial Nº 4259**, Contagem, 05 jan. 2018. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/?legislacao=143092>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde** - Relação dos Serviços Prestados na Atenção Primária à Saúde. Contagem, 2019a. 52 p. 1ª versão. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/sms/wp-content/uploads/2020/08/CARTEIRA-DE-SERVI%C3%87OS-A5-NOVO.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2021.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Perfil epidemiológico do distrito sanitário Eldorado**, 2021. Apresentação em slides. 47 slides.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Orientação sobre Prontuário Clínico nas Unidades Básicas de Saúde**, Contagem, 2019c. 26 p.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde – SAS. Núcleo de Saúde Bucal. **Norma Técnica 006/2019**. Orienta os profissionais da equipe de saúde bucal sobre o fluxo de atendimento odontológico aos usuários encaminhados pela equipe do Consultório na Rua. Contagem. 2019b.

CORRÊA, Roberto Lobato. **O espaço urbano**. São Paulo: Editora Ática, 2014.

COSTA, Káren Maria Rodrigues da et al. Implicações dos profissionais da Atenção Primária no atendimento à população em situação de rua. **Revista da APS**. 2021 jan.-mar.; 24(1): 109-26. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/27588/23472>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

COSTA, Marco Aurélio; MARGUTI, Barbara Oliveira. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília : IPEA, 2015. 77 p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2364b.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2022.

CUNHA, Marcela Silva da. **O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova Iguaçu/RJ**. 2010. 209f. Dissertação (Mestrado de Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2408>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

DANNA, Cristiane Lisandra. O teste piloto: uma possibilidade metodológica e dialógica na pesquisa qualitativa em educação. In: I COLÓQUIO NACIONAL E VII ENCONTRO DO NÚCLEO DE ESTUDOS LINGUÍSTICOS (NEL) da FURB, 16, 2012, Blumenau. **Anais eletrônicos**. Blumenau: FURB, 2012. Disponível em: <<https://www.tecnoevento.com.br/nel/anais/artigos/art16.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

DANTAS, Mônica Lucia Gomes. **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no Município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios**. 2007. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5015?mode=full>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

DIAS, André Luiz Freitas. Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil - Relatório técnico-científico – Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. André Luiz Freitas Dias (org). Belo Horizonte, MG: **Marginália Comunicação**, 2021. 140 p. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1g4osDpoxJqfz0C3TtxZtGyxmyqdqde7/view?fbclid=IwAR1BZ47ABKUGTrUIF34vRwtfPLApLgmnFOnHLuEWWKKmObz9I7yB7EiMWhg>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

DONABEDIAN Avedis. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, Mar. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

ENGSTROM, Elyne Montenegro et al. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**, v. 43, n.7, pp. 50-61, 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/?lang=pt#>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO – CENTRO. Universidade Federal Fluminense. **Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua**. 2014.

FARIAS, Sandra Martins; GOMES, Marcella Furtado de Magalhães; ALMEIDA Eduarda Lorena de. Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos dos Cidadãos em Situação de Rua. V.04. **Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais | EFDH-MG**. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016. 102p. Disponível em: <https://social.mg.gov.br/images/Direitos_humanos/Cadernos_Direitos_Humanos/LivLi%2004.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2021.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **“Por que Fanon? Por que agora?”: Frantz Fanon e os fanonismos no Brasil**. 2015. 260 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

FILGUEIRAS, Cristina Almeida Cunha. Morar na rua: realidade urbana e problema público no Brasil. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 21, n. 46, p. 975-1004, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-99962019000300975>. Acesso em: 09 set. 2020.

FIORATI, Regina Celia; ARCENCIO, Ricardo Alexandre; SOUZA, Larissa Barros de. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016, vol.24. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2022.

FREITAS, Mateus; PEREIRA, Eliane Regina. O diário de campo e suas possibilidades. **Quaderns de Psicologia**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 235-244, dic. 2018. ISSN 2014-4520. Disponível em: <<https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v20-n3-freitas-pereira>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FRIEDRICH Melina Adriana et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **Journal of nursing and health**. 2019;9(2):e199202. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v9i2.13443>>. Acesso em: 08 set. 2020.

FONSECA, Paulo Henrique da. A tutela estatal dos direitos e a necessidade do Estado socialmente responsável. **Prim Facie**, v. 4, n. 7, p. 45-59, 11.2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/primafacie/article/view/4558/3429>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

FONTANELLA Bruno José Barcelos; Ricas Janete; Turato Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saude Publica**. 2008; 24(1):17-27. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FRENK Julio. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, 1985; 27:438-53. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4081889/>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

FRIEDRICH, Melina Adriana et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **Journal nursing and health**, 2019; v. 9, n.2 . Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13443/0>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

GARCIA, Leandro Martin Totaro et al . Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. 103, p. 966-80, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400966&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2021.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/144-149/#ModalArticles>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

GASPAROTTO, Geovana Prante; GROSSI, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares. O Ideário Neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. **Anais do XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas**, 2014, Brasil. Disponível em: <<https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8153>>. Acesso em: 22 set. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008. Acesso em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

GOMES, Dalila Fernandes; ELIAS, Flávia Tavares Silva. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 27, n. 02, p. 151-158, 2017. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/articloe/view/96>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2018, v. 22, n. 65, pp. 387-398. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues. **Desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 85p. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/producao_cientifica/DESAFIOS%20DA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20%C3%80%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

GRANJA, Mayara Castro Lustosa Moura; LIMA, Fernando Lopes Tavares de. Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em

Situação de Rua. **Rev. bras. Cancerologia**. V.66, n.2, p.e-09816, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100244>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima et al . Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, jun. 2007 . Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a03.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 2015, v. 31, n. 7, p. 1497-1504. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/?lang=pt#>>. Acesso em 06 jul. 2021.

HARVEY, David. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes - selo Martins, 2014. 295p.

HINO, Paula; SANTOS, Jaqueline de Oliveira; ROSA, Anderson da Silva. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 1, p. 684-692, 2018 . Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700684&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 06 jul. 2022.

HONORATO, Bruno Eduardo Freitas; OLIVEIRA, Ana Carolina. População em situação de rua e COVID-19. **Revista de Administração Pública**, 2020, v. 54, n. 4, pp. 1064-1078. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/6f3zjNgGvdyqV4Sxx3K74Gz/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 out. 2021.

HOUAISS, A., VILAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**: versão portuguesa. Lisboa: Círculo de Leitores, 2002-2003. 6v.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. Tabela 3175 - **População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade**. 2010. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro. IBGE. 2019. 12p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA]. **Nota Técnica nº 73**. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA [IPEA]. **Nota Técnica nº 74.** População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: Um Levantamento de Medidas Municipais Emergenciais. Brasília: Ipea, 2020b. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10078/1/NT_74_Diest_Disoc_Populacao%20em%20Situacao%20de%20Rua%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf> Acesso em: 16 jun. 2021.

KAMI, Maria Terumi Maruyama et al. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 442-449, June 2016. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000300442&lnl=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2022.

KLAUMANN, Alexandre da Rocha. **Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil:** a realidade do centro pop de Rio do Sul/SC. 2016, Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Educação, Diversidade e Rede de Proteção Social) - Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí; Rio do Sul, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/02/Alexandre-daRocha-klaumann.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2020.

LAURA, Chen. et al. Cuidados primários em saúde na atenção à população em situação de rua. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v.19, n. 67, p. 234-250. jan./mar. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.6691>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

LEITÃO, Gerônimo Emílio Almeida. **A construção do eldorado urbano: o plano diretor da Barra da Tijuca e Baixada de Jacarepaguá**, 1970-1988. Niterói: Eduff, 1999.

LEMOES, Tiago. Nos limites da humanidade: necropolítica, direitos humanos e ilegitimidade estatal no Brasil. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 123, p. 27-46, dic. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rccs/n123/n123a02.pdf>>. Acesso em: jan. 2021.

LIMA, Nathalia Potiguar Moraes. População em situação de rua e formação política: Os aspectos formativos do movimento social. In: IX seminário internacional de direitos humanos da UFPB, 2017, João Pessoa. **Desafios e perspectivas da democracia na América Latina**. João Pessoa: CCTA UFPB, 2017. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/viewFile/4563/1543>>. Acesso em: set. 2020.

LIMA, Rafaela Rodrigues; et al. Acesso da população em situação de rua aos serviços da atenção primária à saúde: avanços e desafios. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 2, p.4461-4474, mar./apr., 2022. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/45166>>. Acesso em: 13 jun. 2022

LIRA Cindy Damaris Gomes et al. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **REME – Revista Mineira de Enfermagem**. 2019. 3:e-1157. 8p.

Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1157.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2022

LOPES, L. E. Cuidado a Pessoa em situação de rua. In: **Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase em Consultórios na Rua**. Rio de Janeiro: Coordenação de desenvolvimento educacional e educação à distância da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fiocruz, 2018.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. **As práticas dos consultórios na rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo**. 2021. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/17564>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins e RABELLO, Elaine Teixeira. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2018, v. 28, n. 04. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>>. Acesso em: 16 jun. 2021

MARQUES, Camilla Fernandes et al. O que Significa o Desmonte? Desmonte Do que e Para Quem? **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2019, v. 39, n. spe2 e225552. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003225552>>. Acesso em: 07 set. 2021

MARTINS, Dinaê Espíndola. **Necropolítica e a produção de morte da população em situação de rua**. 2018. 113f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, RS, 2018. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/218269/001122827.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 set. 2021

MARTINS, Dinaê Espíndola; MACHADO, Frederico Viana. NECROPOLÍTICA, MÍDIA E O EXTERMÍNIO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. In: Anais do Congresso brasileiro de saúde coletiva, 2018, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos, Campinas**, Galoá, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/necropolitica--midia-e-o-extermínio-da-populacao-em-situacao-de-rua>>. Acesso em: 15 set. 2021.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**. 2004, v. 16, n. 2, pp. 47-58. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000200007>>. Acesso em: 06 abr. 2022

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Espanha: Mesulina, 2011.

MBEMBE, Achille. "Necropolítica". **Arte & Ensaios**, PPGAV, EBA, UFRJ, n.32, p.123-151. dez. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

MBEMBE, Achille. Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da 'necropolítica'. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30/03/2020. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml?origin=folha>>. Acesso em: 17 fev. 2021

MCMURRAY-AVILA, Marsha, GELBERG, Lillian.; BREakey Willian. R. Balancing act: clinical practices that respond to the needs of homeless people. In: FOSBURG, L. B.; DENNIS, L.; (eds) **Practical lessons: The 1998 National Symposium of Homeless Research**. [S.l.:s.n.], 1999, p.214-217.

MEDEIROS, Luiza Ferreira Rezende de; MACÊDO, Kátia Barbosa. Catador de material reciclável: uma profissão para além da sobrevivência?. **Psicologia & Sociedade**, 2006, v. 18, n. 2, pp. 62-71. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000200009>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

MERHY, Emerson Elias. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. **Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira Campinas**, São Paulo. 1998. 20 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0276.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

MINAS GERAIS. Comitê Intersetorial de Monitoramento e Acompanhamento da Política Estadual para População em Situação de Rua – Comitê Pop-Rua-MG. **Recomendações para políticas públicas para pessoas em situação de rua. Belo Horizonte**, 2018.40p. Disponível em: <https://social.mg.gov.br/images/Direitos_humanos/recomendacoescomitepopruaonline.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

MINAS GERAIS. **Lei 20.846 de 06 de agosto de 2013**. Institui a Política Estadual para a população em situação de Rua. Minas Gerais, 2013. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-20846-2013-minas-gerais-institui-a-politica-estadual-para-a-populacao-em-situacao-de-rua>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. (2012). Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da População em Situação de Rua de Minas Gerais. In: **Seminário políticas públicas para a população em situação de rua**, 2012, Belo Horizonte: SEDESE. 2012. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/7861493-Apresentacao-marco-polo-descreve-uma-ponte-pedra-por-pedra-mas-qual-e-a-pedra-que-sustenta-a-ponte-pergunta-kublai-khan.html>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza . Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5 n. 7 . Práticas e saberes de saúde e educação: contribuições da pesquisa qualitativa. 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. 407 p.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. VIS DATA 3: Painel de Monitoramento Social - **Famílias em situação de extrema pobreza inscritas no CadÚnico em Contagem**,

Minas Gerais. 2021. Disponível em:

<<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. VIS DATA 3: Painel de monitoramento Social - **Famílias em situação de rua inscritas no Cadúnico em Contagem, Minas Gerais.** 2021. Disponível em:

<<https://cecad.cidadania.gov.br/agregado/resumovariavelCecad.php?id=44>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MONTAUK, Susan Louisa. The homeless in America: adapting your practice.

American family physician, vol. 74,7 (2006) [S.l.:s.n], 1 oct. 2006. Disponível em: <www.aafp.org/afp>. Acesso em: 06 abr. 2022.

NATALINO, Marco. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). 20 p. **Nota Técnica n. 73.** Brasília, DF: IPEA, jun. 2020. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

NATALINO, Marco; PINHEIRO, Marina Brito. Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial.. **Nota Técnica, n. 67.** Ipea: Disoc, 2020. Disponível em:

<<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9999>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

NETO, Pedro Luís de Oliveira Costa. Estatística. Ed. Blucher Ltda, 1977

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade.** 2012, n. 111, pp. 413-429. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/D6MmJKCjKYqSv6kyWDZLXzt/?lang=pt#>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

NEVES-SILVA, Priscili; MARTINS, Giselle Isabele; HELLERL, Léo. A gente tem acesso de favores, né?. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. **Cad. Saúde Pública**, 34(3), 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/ftLhKBVWqMHwrCrkN6qg7gH/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 23 maio. 2022.

NONATO, Domingos do Nascimento; RAIOL, Raimundo Wilson Gama. Pessoas em situação de rua e violência: Entrelaçados em Nome da Suposta Garantia de Segurança Pública. **Revista Direito em Debate**, [S. l.], v. 27, n. 49, p. 90–116, 2018. DOI: 10.21527/2176-6622.2018.49.90-116. Disponível em:

<<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/7505>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade et al. População em situação de rua em tempos de pandemia da Covid-19. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2021. Recurso eletrônico (60 p.). - **Coleção Interseções**, Série Estudos. Disponível em:

<<http://www.editora.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1011&sid=3>>. Acesso em: 21 maio. 2022.

OLIVEIRA, Alison; LUBE Guizardi, Francini. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social. **Saúde e Sociedade**, 2020, v. 29, n. 3. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Cx5ZKxsqCXyHrzJz68QXc3G/?lang=pt#>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

OLIVEIRA, Denize; Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de enfermagem UERJ**; 16(4): 569-576, out.-dez. 2008. Ilus. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512081>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

OLIVEIRA, Deíse Moura de et al. Needs, expectations and care production of people in street situation. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018, v. 71, suppl 6, pp. 2689-2697. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

OLIVEIRA, Fátima. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados** . 2004, v. 18, n. 50, pp. 57-60. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/CQmMqSJDwGS3vnSRPVZG66H/?lang=pt#>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

OLIVEIRA, José Clóvis Pereira et. al. O questionário, o formulário e a entrevista como instrumentos de coleta de dados: vantagens e desvantagens do seu uso na pesquisa de campo em ciências humanas. In: **III Congresso Nacional de Educação. Rio Grande do Norte**. 2013. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2016/TRABALHO_EV056_MD1_SA13_ID8319_03082016000937.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013, v. 66, n. spe, pp. 158-164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

OLIVEIRA, Meimei Alessandra de; ALCANTARA, Luciene Burlandy Campos de. Direito à alimentação da população em situação de rua e a pandemia da Covid-19. **SER Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p.76 a 93, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/32305>. Acesso em: 15 abr. 2021.

OLIVEIRA, Micael Almeida de et al. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2021b, v. 55. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

OLIVEIRA, Roberta Godin. Práticas de saúde em contexto de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Revista Saúde e Sociedade**, São

Paulo, v. 27, n.1, p. 37-50, 2018. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em:
<<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em 06 abr.2022.

PAES, José Sabo; MAGALHÃES, Juliana. **Terceiro Setor e Tributação**. v. 7. São Paulo: Forense, 10/2014. Vital Source Bookshef Online.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802595&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 07 set. 2020.

PATRICIO, Anna Cláudia Freire de Araújo et al. Common mental disorders and resilience in homeless persons. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2019, v. 72, n. 6, pp. 1526-1533. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0541>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

PAULA, Milena Lima de; JORGE, Maria Salete Bessa; MORAIS, Jamine Borges de. O processo de produção científica e as dificuldades para utilização de resultados de pesquisas pelos profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100271&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 nov. 2020.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. (Org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. **Rio de Janeiro: Cepesc**, 2009, p. 37-52. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

PIRES FILHO, Luís Antônio Soares et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, 2019, v. 43, n. 121, pp. 605-613. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PRADO, Michely Aline Rodrigues et al. Pessoas em situação de rua: aspectos sobre a saúde e experiências com serviços sanitários. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, n. 1, e. 20190-200, 2021. Disponível em:
<http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000100151&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2022.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Censo da população em situação em situação de rua 2020**. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos – IPP. Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos –

SMASDH. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<https://psr2020-pcrj.hub.arcgis.com/>>. Acesso em: 23 mai. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Terceiro Censo de População de Rua de BH**. 2013. Disponível em:

<https://kikacastro.files.wordpress.com/2014/05/20140430_resultados_dados_censo_pop_ua_2013.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua**, Caracterização Socioeconômica da População Adulta em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação de Necessidades dessa população na cidade de São Paulo, 2021. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. 2021. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2022.

QUEIROZ, Isabella, et al. A abordagem da população em situação de rua no sistema único de saúde: uma realidade que precisa ser mudada. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 8230-8243, mar./abr. 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/28152>>. Acesso em: 06 abr. 2022.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, Julho 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031>. Acesso em: 24 fev. 2021.

QUIROGA, Júnia; NOVO, Marina. Elas na rua: população em situação de rua e a questão de gênero. In **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar**: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Autor, 2009, pp. 155-167. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

RABELLO, Patrícia Moreira; CALDAS JUNIOR, Arnaldo de França. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**, 2007, vol. 41, no. 6, pp. 970-978. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/QdVxHbxQwLGCXmGtDTzvvFb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 out. 2021.

RESENDE, Viviane de Melo; MENDONÇA, Daniele Gruppi de. População em situação de rua e políticas públicas: representações na Folha de São Paulo. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, 2019, v. 35, n. 4, e2019350413. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/delta/a/YJvBX8ShDWhBgh76qpf8Psr/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 out. 2021.

REZENDE, Verônica Amorim. **A resolutividade da atenção básica: uma revisão de literatura**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 44f. Monografia

(Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Resolutividade_aten%C3%A7ao_basica.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2020.

ROCHA, Suelen Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; GODOY, Moacir Fernandes. Acesso aos cuidados primários de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00087.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

RODRIGUES, Igor. **A construção social do morador de rua**: derrubando mitos. Curitiba: CRV, 2016, 98 p.

RODRIGUES Lucas Rego Silva, CALLERO Jociléia Ribeiro. O direito fundamental à saúde para a população em situação de rua de Salvador. **Rev. Juris Poiesis**. 2015; 18(18):194-211. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/jurispoiesis/article/viewFile/1710/912>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

RONZANII Telmo Mota; Noto Ana Regina; SILVEIRA Pollyanna Santos. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. **Guia Para Profissionais e Gestores**. Juiz Fora: UFJF; 2014. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2018/02/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 576-582, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2021.

ROUNTREE, Janey; HESS Nathan; e LIKE, Austin. Health Conditions Among Unsheltered Adults in the U.S. **California policy lab**. October, 2019. Disponível em: <<https://www.capolicylab.org/wp-content/uploads/2019/10/Technical-Appendix-for-Health-Conditions-Among-Unsheltered-Adults-in-the-U.S..pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2022

SALGADO, Rayoni Ralfh Silva Pereira.; ROJAS, Marta Fuentes. A referência e a intersectorialidade como desafios no atendimento em saúde mental à população em situação de rua. **Serviço Social em Perspectiva**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 138–153, 2020. Disponível em: <<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/260>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva. Saúde Mental das pessoas em situação de rua: Conceitos e Práticas para profissionais da Assistência Social. São Paulo, **Epidaurus Medicina e Arte**, 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

SANTANA, Gustavo Alves Clayton. Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPR: Política Nacional para a população em situação de rua – PNPR. In: Brasil. Secretaria Nacional de Proteção Global do Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos. Promoção dos direitos da população em situação de rua. **Enap**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://www.escolavirtual.gov.br/curso/149>>. Acesso em: 07 set. 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, 614p.

SANTOS, Daniela do Carmo Teixeira Santos. **Acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua do município de Sete Lagoas / MG**. Monografia (Especialização em Gestão Pública no Setor de Saúde). UFMG. FACE - FACULDADE DE CIENCIAS ECONOMICAS. 33p. 2019. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/32061>> Acesso em: abr. 2021.

SANTOS, Floriacy Stabnow et al. Consultório na Rua: percepção da equipe multiprofissional sobre efetividade das ações. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.45. p.59-70. 2021. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2878#:~:text=Os%20profissionais%20perceberam%20que%20as,sejam%20efetivas%20em%20susu%20totalidade>>. Acesso em: jul. 2022.

SANTOS, Hebet Luan Pereira Campos et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.2), p.4211-4224, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s2/1413-8123-csc-25-s2-4211.pdf>>. Acesso em: jan. 2021.

SANTOS, Tathiana Costa; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Refugiados em situação de rua no rio de janeiro. In: invisibilidade e desproteção, 2018. **Revista de Políticas Públicas e Segurança Social**, v.2, n.1, p. 15-44, América do Sul. 2018. Disponível em:<<https://docplayer.com.br/127560157-Rev-pol-pub-e-seg-soc-n-1-america-do-sul-v-2-p.html> >, Acesso em: jun. 2021.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Documento Norteador dos Consultórios na Rua**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento%20no%20nortnor%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2022.

SCHERVINSKI, Ana Carolini et al. Atenção à saúde da população em situação de rua. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 55-64, nov. 2017. ISSN 1807-0221. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n26p55>>. Acesso em: 07 set. 2020.

SCHUHARDT, Oscar Luiz; CHAGAS, Priscilla Borgonhoni. O direito à cidade em discussão: a luta pelo direito de ter direitos. RAU/UEG – **Revista de Administração**

da UEG – ISSN 2236-1197, v.11, n.1 jan./abr. 2020. Disponível em:
<https://www.revista.ueg.br/index.php/revista_administracao/article/view/9792>.
Acesso em: 22 set. 2021.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832017005007103&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SICARI, Aline Amaral; ZANELLA, Andrea Vieira. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 662-679, out. 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000500662&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2020.

SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS, Eliane Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, Dec. 2015. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf>>.
Acesso em: 17 fev. 2021.

SILVA, Jainatan Rocha. **Os invisíveis urbanos: o que as pessoas em situação de rua pensam sobre os serviços sociais aos quais têm direito?** Dissertação de mestrado (Mestrado em Sociedade, tecnologias e políticas públicas) - Centro Universitário Tiradentes UNIT/AL. Maceió; 2019a. 107p. Disponível em:
<https://sotepp.unit.br/wp-content/uploads/2020/01/2019_Os-Invisieis-urbanos_o-que-as-pessoas-em-situacao-de-rua-pensam-sobre-os-servicos-sociais-aos-quaistem-direito.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILVA, Lidiane Bravo da. População negra em situação de rua: uma breve análise da reprodução do racismo institucional e os desafios colocados sobre a prática profissional do assistente social. v. 16 n. 1. 2019c: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Disponível em:
<<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/921/898>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILVA, Luciano Ferreira da; RUSSO, Rosária de Fátima Segger Macri. Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. **Revista de Gestão e Projetos**, v.10, h1, p.1-6, Jan./Abr,2019b. Disponível em:
<<https://periodicos.uninove.br/gep/article/view/13285>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SILVA, Tatiana Dias; NATALINO, Marco Antonio Carvalho, PINHEIRO, Marina Brito. Medidas emergenciais para a população em situação de rua: enfrentamento da pandemia e seus efeitos. **Boletim de análise político-institucional**, n.25, fev.21, p.81-88, 2021. Disponível em: < <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10495>>.
Acesso em: 13 out. 2021.

SOUSA, Adrielly Pereira e MACEDO, João Paulo. População em situação de rua: Expressão (im)pertinente da “questão social”*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2019, v. 35. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ptp/a/64zCsnkcy3kVgkhDmvj7QgH/?lang=pt#>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SOUZA, Eduardo Sodré de; SILVA, Sandra Regina Vilchez da; CARICARI, Ana Maria. Rede Social e promo o da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, 41 (Esp.), 810-4, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea11.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2020.

SOUZA, Paula M rcia Seabra et al. Popula o em Situa o de Rua e o Direito Fundamental   Saúde. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, p. 237-269, 2018. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/12/18414.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2020.

STARFIELD, Barbara. **Aten o primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Os invisibilizados da cidade: o estigma da Popula o em Situa o de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**. 2019, v. 43, n. spe7, pp. 92-101. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

TOLENTINO, Erika dos Santos; BASTOS, Valéria Pereira. Popula o em situa o de rua: crise do capital e o desmonte das políticas públicas. **Temporalis**, Brasília, ano 17, n. 34, jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/17908>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, M nica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utiliza o de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004, v. 20, suppl 2 pp. S190-S198. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

TRIBULHANO, Amanda Gongora. **Rua dos Bobos, número zero: as estratégias de sobrevivência de pessoas em situa o de rua**. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Biológicas e da Saúde). São Paulo, 2011. 49 p. Disponível em: <https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/2012/BIBLIOT_DIG_LEVV/JUSTICA_E_CID/Amanda_Gongora_Trubilhano.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

TRINO, Alexandre Teixeira et al. Recomenda es para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a popula o em situa o de rua. In: NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de (org.). Recomenda es e orienta es em saúde mental e aten o psicossocial na COVID-19. Brasília: **Funda o Oswaldo Cruz**, 2020. p. 204-223. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44269/2/Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20para%20os%20consult%C3%B3rios%20na%20rua.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507- 514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2020.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Cuidado integral em saúde In: **Superando a situação de rua? Cuidado e atenção a populações vulnerabilizadas**.. Porto Alegre, RS. UFRS: Telessaúde, RS. 2020b. p.1-57

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. **Cadastro e mundo da população adulta em situação de rua de Porto Alegre/rs**. Relatório quanti qualitativo, contendo o Cadastro censitário e o Modo de vida cotidiana da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre, realizado em 2016 através de Contrato entre a FASC e a UFRGS / FAURGS e executado pelo IFCH/UFRGS. Porto Alegre, UFRGS, 2016. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?reg=41&p_secao=120>. Acesso em: 09 jul. 2021.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. **Relatório final: Cadastro e Mundo da População adulta em situação de rua de Porto Alegre/RS**. Porto Alegre, dezembro de 2016.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O trabalho com populações vulneráveis. In: **Superando a situação de rua? Cuidado e atenção a populações vulnerabilizadas**. Porto Alegre, RS. UFRS: Telessaúde, RS, 2020a. p.1-12

UNA-SUS. UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Módulo: A organização do processo de trabalho para o trabalho junto à População em Situação de Rua. In: **População em situação de rua**. Brasília: UNA-SUS. 2022

VAINER, Carlos. Quando a cidade vai às ruas. In: Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. 1. ed. São Paulo, **Boitempo: Carta Maior**, 2013. p. 35-40. Disponível em: <<https://www.kooperation-brasilien.org/pt-br/publicacoes-1/brasilicum/233-234-copa-para-tod-s/quando-a-cidade-vai-as-ruas-1>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

VAN WIJK, Livia Bustamante; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3357-3368, 2019.

VALDIVINA, Rocha. **Racismo estrutural**: trajetória de vida de pessoas negras em situação de rua na cidade de Santos/SP. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/62291/Valdivina%20Francisca%20de%20Jesus%20e%20Rocha%20-%20Disserta%3%a7%20de%20Mestrado%20-%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

VALE, Aléxa Rodrigues; VECCHIA, Marcelo Dalla. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um

município de pequeno porte. **Saúde soc.** vol.28 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104_12902019180601>. Acesso em: 07 set. 2020.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall. **Saúde como direito: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2343>>. Acesso em: 07 set. 2020.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 56-69, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CPFwkZBjHZXSS6YX4djjQ4B/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 mai. 2022.

VERIDIANO, André Leonardo; ANDRADE, Letícia de; GOMES, Allan Henrique. Práticas intersetoriais na atenção às pessoas em situação de rua: uma atuação entre “saúde” e “assistência social”. **Visão**, v. 6, n. 2, p. 155-66, jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/visao/article/download/1315/665>>. Acesso em 11 ago. 2021.

VILLA, Eliana Aparecida et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Ver enferm UFPE**, 2017. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=PERFIL+SOCIODEMOCR%C3%81FICO+DE+MULHERES+EM+SITUA%C3%87%C3%83O+DE+RU+A+E+A+VULNERABILIDADE+PARA+O+USO+DE+USO+DE+SUBST%C3%82NCIAS+PSICOATIVAS&btnG=>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 3, p. 17-24, 1991.

ZUIM, Regina Célia Brazolino e TRAJAM, Anete. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2018, v. 28, n. 02, e280205. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280205>>. Acesso em: mai. 2022.

**APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada (Profissional da
Atenção Primária à Saúde)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)

UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO A SAÚDE: UM DESAFIO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador Responsável: Fernando Braz Piuzana

Orientadora: Prof^a Dr^a Andréia Aparecida de Miranda Ramos

**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Dados gerais

Nome: _____ CÓDIGO: _____

Nome social: _____

Idade _____ anos

Identificação de Gênero: Mulher cis () trans () Homem cis () trans ()

Gênero não binário () Outro: _____

Prefiro não responder ()

Profissão: _____

Tempo de trabalho na APS: _____ anos

Parte II – PERGUNTAS

- 1) Conte-me como é o acesso da população em situação de rua ao serviço da Atenção Primária à Saúde.
- 2) Como é o acolhimento e o atendimento da população em situação de rua na Unidade Básica de Saúde?
- 3) Como fica a questão da territorialização no caso da população em situação de rua?
- 4) Existem dificuldades entre os profissionais para o atendimento à população em situação de rua? () Sim () Não Se sim, quais seriam as dificuldades? E como avalia ser possível superar essas dificuldades?
- 5) Você considera que a rede de saúde de Contagem está preparada para o atendimento à população em situação de rua? () Sim () Não Se não, como avalia que é possível superar essas dificuldades

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semiestruturada (Pessoa em situação de rua)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO A SAÚDE: UM DESAFIO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador Responsável: Fernando Braz Piuzana

Orientadora: Prof^a Dr^a Andréia Aparecida de Miranda Ramos

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Dados gerais

Nome: _____ CÓDIGO: _____

Nome social: _____

Idade _____ anos

Identificação de Gênero: Mulher cis () trans () Homem cis () trans ()

Gênero não binário () Outro: _____

Prefiro não responder ()

Cor: _____ Escolaridade: _____

Tempo que está em situação de rua: _____

Parte II – PERGUNTAS

- 1) Como é a sua saúde? E como você cuida da sua saúde?
- 2) Realiza algum tratamento de saúde?
- 3) Quais situações o levam a procurar um serviço de saúde?
- 4) Aonde você vai quando tem um problema de saúde, incluindo dor de dente?
- 5) Como é recebido nos lugares quando procura atendimento de saúde? Encontra dificuldades?
() Sim () Não Se sim, conte-me sobre as dificuldades encontradas.
- 6) Como os profissionais de saúde te tratam quando procura por atendimento?
- 7) Como é para você estar nos serviços nos horários indicados pelo posto de saúde, ou no horário das 7h às 17h?
- 8) Você é atendido nas ruas pelas equipes de saúde? Quem vai até você nas ruas?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “ Universalização do acesso à saúde: um desafio para população em situação de rua”. Nesta pesquisa pretendemos compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua do município de Contagem, Minas Gerais e como está estruturado a rede assistencial a essa população, na percepção dos profissionais de saúde. O motivo que nos leva a estudar este tema é a possibilidade de contribuir para melhorias dos serviços de saúde oferecidos no município para as pessoas em situação de rua.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: o Sr. (a) responderá a uma entrevista que será gravada em áudio (MP3), com o objetivo de não perder as informações durante a entrevista. Os riscos associados a esta pesquisa são classificados como mínimos, isto é, os mesmos riscos que se corre nas atividades cotidianas como conversar e responder perguntas e enquetes. A pesquisa contribuirá para melhorias dos serviços de saúde oferecidos à população de rua de Contagem e contribuirá para a construção da política municipal para a população em situação de rua.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que a pesquisa possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável no Núcleo de Assessoramento,

Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “População em situação de rua e os desafios enfrentados no acesso aos serviços da atenção primária à saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Contagem, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Fernando Braz Piuzana

Endereço: Rua José Loureço Kelmer, s/n, Martelos – Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora

Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF

CEP: 36036-330

Fone: (32) 2102 3830 (31) 999952620

E-mail: fernandopiuzana@hotmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____

APENDICE E – Carta de anuência da Prefeitura de Contagem, Minas Gerais



MUNICÍPIO DE CONTAGEM
Secretaria Municipal de Contagem
Superintendência de Gestão de Pessoas - SUGESP

Carta de Anuência

Em resposta à solicitação para realização de pesquisa pelo pesquisador e servidor Fernando Braz Piuçana, responsável pelo Projeto intitulado "UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO: UM DESAFIO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA", com o tema "Atenção integral a saúde de grupos vulneráveis", que tem como objetivo primário conhecer como é o acesso ao serviço de Atenção Primária a Saúde (APS) pela população em situação de rua no município de Contagem; informamos que o Projeto de Pesquisa apresentado é coerente com o método adequado considerando que:

1. A execução do projeto foi autorizada pela Sra. Carla Cristina Vitor, Superintendente de Atenção à Saúde, no MEMO/nº026/NSB-SAS/Contagem;
2. A Secretaria Municipal de Saúde não terá nenhuma despesa decorrente da participação nessa pesquisa;
3. Trata-se de estudo com potencial para ser utilizado no desenvolvimento das políticas assistenciais do Município voltadas ao público alvo;
4. Os resultados desta pesquisa devem ser apresentados à Superintendência de Atenção a Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem/MG.

Diante de tais considerações, autorizamos a pesquisa.

Ressaltamos a necessidade de que o autor deixe explícito, em toda e qualquer publicação feita a partir dessa pesquisa, a participação do SUS Contagem.

À disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,



Leila Saad Totaro
Superintendente de Gestão de Pessoas
Secretaria Municipal de Saúde

APENDICE F – MATRIZ DE ANÁLISE (POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA)

CÓDIGOS/TEMAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Considera difícil cuidar da sua saúde na rua, por falta de ajuda e por estar exposta ao stress(C1) “Na rua, não tem como se cuidar direito, porque a gente assim... não tem auxílio de ninguém... assim... nada... muito stress... é complicado”</p>	Sujeição a iniquidades	Viver nas ruas
<p>Relata ter imunidade baixa (trata asma e bronquite) por estar na rua (C3) “Eu tenho asma, bronquite . Minha imunidade baixou na rua...”</p>		
<p>Relata situação de companheira em situação de rua que passou frio nas ruas, sem cobertas e certa vez, por esse motivo, sofreu parada cardíaca (C5) “Ela estava jogada no frio e tava tremendo e tava descoberta e o frio veio e fez a parada cardíaca.”</p>		
<p>Revela dificuldades para dormir nas ruas, dorme através de “improviso” (C6) “a questão mesmo é pra dormir, que por enquanto é um improviso.”</p>		
<p>Relata que o trabalho de reciclagem causa iniquidades a saúde e ao corpo (C6) “envolver no mundo do reciclado, isso aí contamina mais o corpo ainda e a sua saúde.”</p>		
<p>Revela sujeição a iniquidades em saúde provocadas pela alimentação nas ruas (C9) “você passa mal, igual no caso de alguma questão gastrointestinal, alguma coisa de comer na rua, que você come na rua e que passa mal.”</p>		
<p>Revela dificuldade de conseguir alimentar nas ruas (C10) “Dificuldade para quem mora na rua, sempre tem né!? Porque quando a gente tem casa, a gente tem uma hora para tomar café, hora pra almoçar, hora pra jantar, hora para tudo. Na rua se você tem fome, você tem que sair procurando né!?”</p>		
<p>Diz que tem dificuldade em tomar banho, manter a higiene na rua (C11)</p>		

<p>“Pra tomar banho, eu tomo banho com pet de água, quando alguém está lavando o passeio na rua, eu peço água. A gente corre atrás.”</p>		
<p>Relata exposição ao frio na rua, dificultando se manter saudável (C11)</p>		
<p>“Na rua passa muita dificuldade. A dificuldade maior é o frio, né!? Na mesma hora que você tem saúde, você não tem”</p>		
<p>Dificuldade de tomar banho na rua (C12)</p> <p>“Vindo da rua, a gente sabe como é que é. Na rua pra tomar um banho de gato, é muito difícil.”</p>		
<p>Revela exposição a violência nas ruas (C12)</p> <p>“está trezentas vezes pior na rua, e, dependendo, na rua, se você olhar para a pessoa e a pessoa não gostar, só ali ela já implica com você e pode partir pra cima.”</p>		
<p>Relata ter que compartilhar alimentos na rua para conviver em grupo (C11)</p> <p>“E o que você tem, você tem você tem que compartilhar também. Se você fica só para você e na hora que você não tiver, eles não te ajuda, não...”</p>		
<p>Relata dificuldade de alimentar nas ruas, depende de doação de alimentos, que nem sempre consegue (C15)</p> <p>“A rua estava atrapalhando minha saúde, porque dependia de doação de comida e as vezes não chegava, tava passando fome.”</p>		
<p>Revela dificuldade de tomar banho nas ruas (C15)</p> <p>“estava quatro dias sem tomar banho, fiquei até com vergonha.”</p>		
<p>Considera o horário de funcionamento da UBS (7 as 17h) é ruim, pela dificuldade de se deslocar no território e por trabalhar com reciclagem nesse horário (C1)</p> <p>“O horário assim do posto pra gente que é complicado, porque dependendo da onde que o posto é, e a gente acaba tendo que deslocar de um lugar para o outro, e tudo a gente tem que andar a pé aqui, a gente não tem um transporte, nada que pode levar... e aí é complicado, porque a gente tá reciclando, e eu trabalho com reciclagem e aí fica complicado porque eu</p>	<p>Barreira de acesso geográfico</p>	

<p>tenho que sair daqui e ir para outro lugar e chega lá e está fechado... e aí dependendo do horário não tem mais médico, aí é complicado... o horário poderia ser melhor...”</p>		
<p>Relata dificuldade de utilizar o serviço da UBS, por obstáculos de locomoção no território – UBS distante (barreira geográfica) (C4) “Posto de saúde é muito difícil pra gente ir caminhando, tem que andar muito.”</p>		
<p>Relata dificuldade para se deslocar na rua até a UBS (C10) “Agora você estando na rua, você passa mal na rua e dependendo do lugar, que não tem um posto próximo, você tem que ir andando ou tem que pedir carona ou ao motorista de ônibus, para te deixar ir lá sem pagar passagem.”</p>		
<p>Fala sobre a dificuldade de se deslocar no território (C11) “só que eles queriam que eu viesse aqui no Eldorado, e eu sem dinheiro de passagem, pra andar morando na rua, com mulher grávida na rua, dificulta muitas coisas”</p>		
<p>Relata que a pessoa negra em situação de rua sofre mais discriminação nos serviços de saúde (C5) “Nojo e discriminação. Principalmente se for negro... eu acho que não deveria ser assim, principalmente com uma pessoa que está em uma situação de ser vulnerável, que não tem condição de está pagando uma coisa pra poder ter pelo menos uma vida normal, pelo menos uma saúde controlada .”</p>	<p>Preconceito e Estigmatização</p>	<p>Barreiras de acesso aos serviços de saúde</p>
<p>Relata que sofre discriminação (não atendimento) pelos profissionais da saúde, por estar em situação de rua (C7) “Os próprios funcionários colocam mil e quinhentos obstáculos ou manda você voltar daqui a dois ou três meses. Eles fazem muita separação por estar na rua... o cara tem o endereço, tem uma casa, a ficha dele vai na hora. Mas quando você chega lá, que eles olha sua ficha, que você é morador de rua, infelizmente nem sempre você é atendido.”</p>		
<p>Relata que por estar em situação de rua, sofre discriminação dos profissionais (C12) “A diferença é porque para noventa por cento daquele pessoal que está ali, a gente está de penetra.... a gente está procurando um benefício, que na cabeça das pessoas, é só eles que tem direito. Eu chego no posto, o pessoal</p>		

<p>olha para mim, que trabalha lá : - O que você quer aqui?..."</p>		
<p>Relata preconceito social na UBS (C12) "No mundo não tem ninguém melhor nem pior que ninguém. Pode ter diferença. Até diferença de status. Só porque a pessoa tem melhores condições e quando chega uma pessoa necessitada muitas vezes, só falta limpar o lugar que essa pessoa encostou."</p>		
<p>Relata que sofre preconceito por estar em situação de rua e por já ter sido preso. Estigmatização(C11) "Porque na rua se você ficar pedindo os outros, e a pessoa acha que eu vou roubar, e, se passar uma viatura, e a pessoa se sentir ameaçada, vai falar que estou querendo pegar uma coisa dela. Aí fica muito constrangedor, ainda mais eu, que já tive passagem."</p>		
<p>Demora de atendimento na UBS por estar em situação de rua (C14) "Pra nós que somos da rua é um pouco demorado..." Diz que tem preconceito com a população e situação de rua na UBS e que para eles o serviço é mais demorado (C14) "A consulta era agendada para onze horas, e eu já estava lá as onze horas e só era atendida bem depois. Eles botavam gente na minha frente e eu nunca entendia o porquê. Então, já tava dizendo tudo... Eu acho que é preconceito. A Minha forma de pensar é essa, por estar com encaminhamento do consultório na rua, e as pessoas que tem endereço de moradia passavam"</p>		
<p>Percebe tratamento e atendimento desigual por ser pessoa em situação de rua (C14) "Eu acho só que, os postos daqui, não tinha que ter essa diferença... acho que eles não tinham que ver por esse lado, tinham que ver todo mundo é ser humano."</p>		
<p>Relata preconceito com a PSR nos serviços de saúde. Percepção que os profissionais não têm vontade de atender a PSR (C17)</p>		

<p>“Quando o assunto é o pessoal da rua, é horrível... eles são mal vistos, (os profissionais) não tem vontade de atender...”</p>		
<p>Percepção de estigmatização e medo do profissional em atender a PSR (C17) “Eles (profissionais de saúde) não atendem, porque eles acham que estão ali para não atender. Mas eles não quer é atender o povo da rua. Eles têm medo de pegar uma doença, de tocar nas pessoas, de pegar uma bactéria, entendeu!? As pessoas tem maior preconceito...”</p>		
<p>Considera que os profissionais da UBS não tem paciência em atender as pessoas em situação de rua (C1) “Na rua, não tem como cuidar direito... aí vai no posto, eles não tem paciência... então é complicado...”</p>		
<p>Tem percepção de receber tratamento diferenciado (ruim) de alguns profissionais da UBS, por estar em situação de rua (C6) “A clínica geral e a senhora que aplica injeção já usou de maldade e o meu corpo consegue identificar essa maldade.”</p>		
<p>Relata não ser bem atendido pelos profissionais de saúde, por estar em situação se rua (C7) “Eles te tratam muito bem, mas te tratam muito bem para te mandar embora.”</p>		
<p>Diz não conseguir resolver sua demanda na UBS por estar em situação de rua, não tendo colaboração dos funcionários (C7) “Eu procuro o posto de saúde . Aí eu vou ver pra onde eles vão me encaminhar, mas muitas vezes você chega pro atendimento, você que está na rua, parece que é o passaporte para você ir embora... Os próprios funcionários colocam mil e quinhentos obstáculos...”</p>		
<p>Apesar de dizer que é bem tratado pelos profissionais de saúde, tem histórico de ter sido mal avaliado, de não tido uma avaliação clínica satisfatória na UBS (C10) “Eu estranhei o atendimento porque eles nem me olhou nem nada, eu expliquei que tava gripado, realmente eu tava muito gripado... . Aí me receitou dipirona e outro remédio lá pra caso eu tivesse vômito e um outro lá e pronto... só isso nem me encostou pra ver..”</p>		
<p>Relata que o Serviço da Assistência Social é pouco resolutivo para quem mora na rua (C11) “eles não resolviam naquela região. Eu tinha que sair da região do Ressaca e ir para região</p>		

<p>do Eldorado. Igual no caso do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social),... eles marcavam dia 24 para o mês que vem, e tudo é prolongado pra quem tá na rua. Pra quem mora na rua tudo é mais difícil.”</p>		
<p>Diz haver negativa de atendimento nos serviços de saúde, por falta De higiene e uso de álcool (C5) “De está sujo e com medo de alguém falar: sai daqui você está bêbado. Você não pode ser atendido, sai pra lá e toma um banho primeiro . E até a pessoa ir lá e tomar um banho, já morreu... eu acho que a pessoa tem que andar limpa e aquela pessoa que tem problema psicológico? Que acha que está bem e não está?”</p>	<p>Não atendimento por condição de higiene inadequada</p>	
<p>Relata que as pessoas que estão sem higiene adequada são tratadas de maneira diferente e tem receio de não ser atendida por estar suja ou alcoolizada (C5) “Infelizmente tem pessoas que andam com odores, não gostam de tomar banho, então eles já são tratados de outra forma. Você está entendendo do que eu tô falando? Não tocam na pessoa e já mandam embora. Por ele estar em situação de rua é muito constrangedor, então eu procuro estar sempre limpa por medo de eles não me aceitar”</p>		
<p>Relata tomar banho antes de consultar (CENTRO POP), pois diz que a falta de higiene causa queda na qualidade do atendimento(C9) “Eu passo no pop antes (CENTRO POP) e já tomo um banho para não causar mal-estar tanto para eles, quanto para nós... Isso influencia no atendimento sim, tem gente que não gosta não.”</p>		
<p>Percepção de que estar sujo atrapalha o atendimento de saúde que recebe (C15) “ O problema é que às vezes você não toma banho, e aí atrapalha muito, porque uma vez eu fui consultar, estava quatro dias sem tomar banho, fiquei até com vergonha.”</p>		
<p>Falta de higiene causa dificuldade de conseguir ser atendido (C17) “Mais difícil é quando a gente vai ser tomar banho... ninguém quer atender”</p>		
<p>Abrigo possibilitando manter higienização, o que na percepção do entrevistado é fundamental para conseguir melhor atendimento (C17)</p>		

<p>“Fica muito tempo sem tomar banho, não corta a unha . Aqui (Abrigo Bela Vista), só de tomar banho, ajuda cem por cento...”</p>			
<p>Queixa de demora pelo atendimento nos serviços de saúde (C2) “Olha, bem recebido a gente somos, mas o negócio é o atendimento ... muito demorado...”</p>	<p>Espera prolongada pelo atendimento</p>		
<p>Diz haver espera prolongada pelo atendimento na UPA (C3) “Se eu estiver muito ruim, eu vou na UPA mesmo, e é uma demora danada pra chamar a gente... então você vai ficar na UPA lá plantada, passando mal... igual eu já fiz e voltei pro posto...”</p>			
<p>Não procura a UPA por: demora prolongada(C4) “UPA é muita demanda , né. A gente tem que esperar demais”</p>			
<p>Queixa de demora pelo atendimento na UBS (Participante C3) “esse médico que atende a gente assim na hora, no posto normal... fazer uma consulta normal, não é de pronto socorro... ele tá lá uma vez por semana e demora demais pra atender a gente.. e então tem que esperar três horas, o médico chega de tarde e você fica lá a manhã inteira passando mal”</p>			
<p>Relata espera prolongada pelo atendimento / Demora no atendimento para a PSR na UBS (C10) “Todos esses negócios de atendimento de saúde tem problema, né!? Tem a demora no atendimento, para quem é de rua, para quem é normal.... Geralmente é demorado...” “você tá com uma dorzinha aqui, uma dorzinha ali, vai lá e demora muito tempo mesmo ...”</p>			
<p>Espera prolongada pelo atendimento na UPA (C11) “Igual ontem, eu fui no JK (UPA JK) aqui, né!? Fiquei lá 8 horas esperando o atendimento, 8 horas esperando e cheguei hoje. Tive que dormir lá dentro, com frio, eu com minha esposa grávida. Eu no frio e com pé quebrado, morrendo de dor de cabeça... Porque lá dentro, eles não dão (remédio), se não for com receita médica. Fiquei morrendo de dor. Disseram que lá estava agarrado, mas minha fitinha era amarela. E é urgência, né!? A fita amarela é urgente. E mesmo assim, eu só alimentei porque eu fiquei de cima também. Eu fui e expliquei a mulher lá, que eu sou morador de rua e que eu estou passando muita dificuldade, que minha mulher está grávida e nós tá com fome”</p>			

<p>Dificuldade no atendimento e na referência (encaminhamento) da PSR, por não terem endereço fixo (C3)</p> <p>“Na hora de perguntar onde mora, tem uns que nem perguntam, nem sabem quem a gente é, né? Tem uma certa estranheza só na hora que pergunta onde mora, né?... no encaminhamento mesmo, eles ficam reparando como que vai fazer isso, né?”</p>	<p>Exigência de endereço fixo</p>		
<p>Exigência de ser da área de abrangência da UBS (territorialização) para ser atendido (C4)</p> <p>“Localidade... (principal dificuldade) Principalmente eu, que fico aqui na praça do EPA. E outra também, lá tem aquele negócio de ficha amarela, ficha laranjada, então eu que vim de BH. Pra mim usar o posto de saúde aqui de Contagem é difícil, eu fui usar o posto aqui da favela, aqui embaixo, eles puxou o nome e falou: “você é lá do Morro das Pedras, seus negócio tem que ser lá”. Pra mim passar a usar aqui, tenho que ir lá dá baixa nessas coisa. Tem que trazer os comprovantes....”</p>			
<p>Alega falta de atendimento por não ter moradia fixa (C7)</p> <p>“Eles fazem muita separação por estar na rua... o cara tem o endereço, tem uma casa, a ficha dele vai na hora. Mas quando você chega lá, que eles olha sua ficha, que você é morador de rua, infelizmente nem sempre você é atendido.”</p>			
<p>Diz que UBS exige o cadastro para atendimento (C11)</p> <p>“Posto de saúde? Eu não ia porque tinha que fazer cadastro... um tanto de coisa. Já não atendia. Se não era num lugar, era pra ir no outro... aí eu desistia.”</p>			
<p>Diz que é necessário ter endereço fixo para acessar a UBS – relata que não foi atendido porque não morava na região (C13)</p> <p>“A dificuldade do morador de rua, é, que muitas vezes, ele não é atendido no local, porque ele não tem um endereço fixo . Por exemplo, o posto de saúde aqui, para mim acessar, primeiro eu tenho que ter um encaminhamento aqui do abrigo, porque eu não tenho endereço fixo. Antes no posto de saúde, as pessoas até me atendiam, mas depois que eu fui para a rua, eu não consegui mais, porque eles falaram que era só pra morador da região. Aí eu vejo essa grande dificuldade pro morador de rua, a</p>			

<p>pessoas deixam de atender por causa de ter endereço fixo”</p>		
<p>Percepção de diferença no tratamento para quem tem comprovante de residência (C14) “Eu acho só que, os postos daqui, não tinha que ter essa diferença, entre você chegar com comprovante de residência e chegar com encaminhamento que você é morador de rua. Acho que eles não tinham que ver por esse lado, tinham que ver todo mundo é ser humano.”</p>		
<p>Exigência de documentos para ser atendido (C4) “eles puxou o nome e falou: “você é lá do Morro das Pedras, seus negócio tem que ser lá. Pra mim passar a usar aqui, tenho que ir lá dá baixa nessas coisa. Tem que trazer os comprovantes....”</p>	<p>Exigência de documentos de identificação</p>	
<p>Exigência da documentação para o atendimento (C10) “Pra gente que é morador de rua, sempre tem. Porque você não tem uma carteirinha, não tem um cadastro, não tem nada.”</p>		
<p>Exigência de documento para atendimento (C11) “Tudo tem que ter documento, sem documento você não entra nos lugar, aí dificulta e fica tudo mais difícil.”</p>		
<p>Diz que para acessar a UBS precisa do encaminhamento do Abrigo (C13) “vim parar aqui no abrigo, eles me encaminharam aqui para o posto Bela Vista (UBS Bela Vista) e pelo abrigo consegui um psiquiatra.”</p>		
<p>Relata que não realizou tratamento na UBS, devido a restrição dos procedimentos eletivos provocados pelo cenário da pandemia da COVID-19 (C6) “eu fui no posto fazer um procedimento e depois parou tudo.... mas eu sei que depois da COVID, o pessoal volta a ter contato...”</p>	<p>Restrição de atendimento no cenário da pandemia</p>	
<p>Relata dificuldade de conseguir atendimento para outros casos que não são COVID, na UPA (C4) “Você vai na UPA hoje, esse COVID atrapalhou tudo. Você está com dor de cabeça, é COVID... Você está passando mal na rua e você não tem prioridade. Quem tem prioridade, é doença mais grave lá, hoje em dia. Difícil, hoje a demanda lá, é muita gente. Você entra lá sete horas da manhã e sai onze horas da noite.”</p>		
<p>Diz que não conseguiu tratamento odontológico pelo SUS durante a pandemia (C7) “Fui em tudo em quanto é lugar público. Chega lá, nessa época da pandemia, é igual eu te falei,</p>		

<p>eles te dão um encaminhamento já para te mandar embora, pra não te atender... Aí eu tive que pagar particular cento e cinquenta reais, para tirar o dente”</p>		
<p>Diz que o acesso aos serviços de saúde piorou depois da pandemia para a PSR (C12) “Já era difícil antes da pandemia, depois da pandemia, ficou umas mil vezes pior para a gente.”</p>		
<p>Percepção de Alta demanda de trabalho na UBS (Participante C6) “Eu acho do que está estabelecido não tem como melhorar não. O doutor e a secretária lá ... (na UBS), o procedimento é esse mesmo... o que acontece é a pressão de povo demais para tratar.”</p>	<p>Alta demanda para atendimento</p>	
<p>Relata muita demanda para atendimento na UBS (C4) “e a demanda é grande, os funcionários são poucos e muita gente cria aquela situação de confusão, briga...”</p>		
<p>Não procura a UPA pela superlotação (alta demanda para atendimento) (C4) “Você está passando mal na rua e você não tem prioridade. Quem tem prioridade, é doença mais grave lá, hoje em dia. Difícil, hoje a demanda lá, é muita gente. Você entra lá sete horas da manhã e sai onze horas da noite.”</p>		
<p>Diz que tem alta demanda por atendimento na UBS / Fila para ser atendimento (C11) “Posto de saúde tem que chegar lá é 6 horas da manhã, pra pegar uma fila imensa, para conseguir ser atendido. “</p>		
<p>Relata alta demanda por atendimento na UBS, causa dificuldade de conseguir consulta (C17) “É cheio de gente, um tumulto danado ... até agora esse foi o único posto que me atendeu até aqui em Contagem (UBS Bela Vista), mas os outros postos de saúde tá tudo cheio, não foi muito bom...”</p>		
<p>Queixa de falta de médico na UBS, mas conseguiu acesso fácil ao tratamento para tratamento de pneumonia, quando precisou (C3) “Eu acho que tem que conseguir o médico de manhã, para atender essa população de rua que chega lá, meio que sem lugar. Tem gente que está tão ruim da cabeça que nem sabe onde vai conseguir uma consulta,.. tem que ser o médico que vai passar um remédio, entendeu? Um</p>	<p>Falta de profissionais de saúde / falta de RH</p>	

acompanhamento, e na hora lá vai passar a receita lá, pra você pegar... médico só tá lá (UBS) uma vez por semana, aí tinha que ficar lá mais tempo... esse médico que atende a gente assim na hora, no posto normal... fazer uma consulta normal, não é de pronto socorro... ele tá lá uma vez por semana e eu acho que tinha que ter mais dias, entendeu?”		
Relata que a UPA não atende casos que não são urgentes e falta médico para atender esses casos (C3) “As vezes é um problema de saúde igual eu tenho, esse problema de imunidade e diz que na UPA não tem médico pra resolver”		
Queixa de falta de atendimento médico na UBS para a PSR / Pouco RH na UBS, o que gera confusão e briga entre os usuários (C4) “A demanda é grande, os funcionários são poucos, e muita gente cria aquela situação de confusão, briga, né?”		
Diz que não tem médico para cuidar da PSR (C12) “A gente que tá na rua, pra esses negócio de assuntos de assuntos médicos, muitas vezes eu já perdi dias subindo pro posto e ficava esperando a menina chegar para marcar consulta. Sempre tinha um imprevisto, a coisa mais rara que tinha, era conseguir consulta com médico que cuidava de nós na rua, sabe!?”		
Não realiza tratamento odontológico, porque na UBS não tem dentista, fica com dor mesmo tendo que trabalhar na rua (C17) “Hoje não vou mais ao dentista, porque dentista no posto, não tenho... Eu estou com dente siso nascendo pela segunda vez, que quase me derrubou no chão. Eu saio pra trabalhar, saio pra rua, a poder de remédio...”		
Queixa que por estar em situação de rua fica difícil de guardar as receitas antigas e, que o profissional de saúde não prescreve medicações, porque não tem acesso as receitas anteriores (C3) “Eu precisei de uma receita, só que eu não tinha as antigas mais... já me deu remédio que é difícil pra eu comprar... no caso estou em situação de rua. Então ela (médica) não pode exigir isso de mim, entendeu? Se eu tô precisando de um remédio urgente... a médica... ela conversando comigo, ela vai saber o que eu sinto, então eu não sei como é o procedimento médico, mas ela pode passar a receita, entendeu?”	Prescrição de medicação não padronizada na rede	

<p>UPA prescreve medicamento não padronizado na rede / não conseguiu comprar medicamentos (C11) “Ele (médico) passou um medicamento pra mim, Ibuprofeno e um outro lá, que eu não tenho condições de comprar, infelizmente eu não vou tomar esse remédio, que me passou, que não tem na farmácia. Isso que dificulta. Porque eu acho, que a pessoa que não tem condições, que está na rua, que está passando por dificuldades, que é um ex-presidiário, tinha que ter um passaporte, igual tíquete de refeição para alimentar. Tinha que ter pro posto de saúde também. Se a pessoa não tem condição de comprar um remédio, a prefeitura tinha que dar aquele passe pra pessoa ter um acesso ao remédio.”</p>		
<p>Falta de medicamentos de uso controlado na rede, teve que comprar através de benefício financeiro (C13) “Eu faço uso de medicamento controlado... até um mês atrás eu estava conseguindo, só que ultimamente está em falta na farmácia. Aí algumas pessoas que me conhecem doaram, e os que eu não consegui, eu comprei com dinheiro do auxílio.”</p>		
<p>Relata dificuldade de acesso a consulta especializada (endocrinologista) (C3) “especialista a coisa é muito difícil, né... até hoje... difícil no SUS é especialista, eu faço endocrinologia, que eu preciso, mas é complicado...”</p>	<p>Demora para o atendimento médico especializado</p>	
<p>Demora para atendimento especializado (ortopedista) para a PSR (C13) “alguns exames para especialidades, é bastante demorado. Se eu precisar de ortopedista, ou de outras especialidades que é fora do posto, o tempo pra fila é muito grande.”</p>		
<p>Relata estar realizando tratamento de saúde a partir da mediação do CnR (C1) “Agora tô conseguindo fazer o tratamento por causa do pessoal né (consultório na rua)”</p>	<p>Consultório na Rua</p>	<p>Dispositivos facilitadores do acesso e do cuidado em saúde</p>
<p>Relata assistência do cnR, mas que é necessário expandir a equipe, devido ao aumento do contingente da PSR (C1) “Devia ter mais consultório (na rua), que como é um só, então é muita demanda, e como eu estou na rua, eu estou vendo... aumentou muito a situação de rua, então tinha que ter mais, até para elas não ter muita demanda, né ?”</p>		

<p>Relata ser atendido nas ruas da cidade pelo CnR e que o atendimento tem boa qualidade (C2) “Tenho o atendimento pelo consultório médico (consultório na rua), pessoas excelente ... todas as pessoa são muito bacana, excelente”</p>		
<p>Relata ser atendida pelo cnR e que o tratamento de saúde para a PSR melhorou com o surgimento da ecnR e que o atendimento foi potencializado com a inserção da médica na equipe (C3) “ O consultório na rua adiantam bastante as coisas, né? Melhor, que antes a gente não tinha nada, né? A pessoas ficava sem saber . Agora pelo menos eles orientam, dá encaminhamento, ajuda em muita coisa. Precisa melhorar um pouco, mas agora já tem uma médica, que antes não tinha e teve uma melhora grande.”</p>		
<p>Realiza tratamento in loco com o cnR (curativo no pé e medicação na rua) / Relata que é bem atendido por essa equipe e houve melhora na assistência à saúde para PSR com o seu surgimento / Relata já ter socorrido outra pessoa em situação de rua (nas ruas) e de ter ajuda da equipe do Consultório na Rua para leva-lo ao CAPS / Relata que antes do surgimento da equipe do Consultório na Rua, não havia abordagem direta dos serviços de saúde, na rua (C4) “Esse “comunitário de rua” (Consultório na rua), que eles vai lá e cuida da gente, dá medicamento, encaminhamento, preocupa também, né? com a situação que a gente tá... igual agora que estou com ferimento no pé e elas (consultório na rua) me chamaram para fazer o curativo.” “As “meninas” (consultório na rua) ajudam a gente muito. Esse consultório de rua aí, ajudou muita gente, principalmente a gente que tá passando por esse momento difícil de crise, aí” As meninas do consultório de rua, que tá ajudando muita gente que tá na rua. Porque as vezes, na situação de rua tem muita gente debilitada, tem uns que não consegue nem andar, por uso de álcool, e as pessoa mais fraca cai no chão... eu tenho um amigo que cheguei a trocar a fralda dele, eu nunca troquei fralda. E as meninas (consultório na rua) levaram pra lá (CAPS AD)...” Até ultimamente não tinha (atendimento), hoje tá aí... esse consultório de rua, não tinha isso... agora tá tendo... Eu fiquei seis anos na rua, não tinha o atendimento deles... é diferente. Agora</p>		

<p>esse pessoal da abordagem vai lá buscar nós, vai saber como nós estamos. Tem as meninas da saúde... nós não tinha isso”</p>		
<p>É atendida in loco e foi vacinada pelo cnR (C5) “Até esse consultório de rua, a primeira vacina da Astrazeneca eu tomei com eles, a segunda eu tomei no posto de saúde, que eles me falou pra ir, pra você ver...”</p>		
<p>Tem conhecimento, já presenciou atendimento in loco e tem acesso ao serviço do CnR (C8) “Aqui em Contagem mesmo sei que tem, né? (consultório na rua) Já vi o pessoal da saúde no centro (Contagem), o pessoal atendendo , fazendo curativo na rua... levando as pessoa...” “Esse pessoal de rua (Consultório de rua), quando a gente precisa, trata a gente muito bem, facilita as coisa pra gente...”</p>		
<p>Realizou tratamento de saúde através do CnR / Relata ser atendido nas ruas pelo CnR / Relata ser necessário ampliar a equipe do CnR – alta demanda de PSR no município (C9) “E eu fui só mesmo no pessoal da Van, do consultório na rua, que está me ajudando. No ano passado estava com uma dor e não estava me sentindo bem, que utilizei o consultorio na rua.” “A gente vem aqui no POP, né? (CENTRO POP) e pergunta pras meninas aonde o consultório de rua está circulando, e eu vou no consultório de rua procurar o atendimento e aí eles me indicam ir na unidade de saúde, tem uma próxima aqui na Araújo do Eldorado (UBS CSU Eldorado).” “Já fui (atendido), pelo consultório na rua. Eles dão encaminhamento, né? Você passa sua queixa para eles, eles te atendem e se precisar te passa o encaminhamento e você vai no posto, né?” “Se der pra melhorar... poderia ter mais vans do consultório na rua, porque é uma só que atende na cidade.”</p>		
<p>Relata recebimento de cuidados médicos in loco pelo CnR e direcionamento para atendimento nas unidades de saúde (C13) “Na rua eu estava fazendo só o curativo, com consultório de rua, e que eles me levou a fazer diariamente no posto”</p>		
<p>É atendido e recebe os cuidados médicos do CnR in loco (C18)</p>		

<p>“Consegui tratamento por auxílio do consultório de rua”</p>			
<p>Realizou tratamento com cnR, estando nas ruas. Está satisfeita e relata resolutividade e tratamento humanizado desse serviço (C14)</p> <p>“O consultório de rua que me ajudou bastante, as meninas do consultório de rua... trata a gente bem, leva pra resolver os problemas...”</p>			
<p>Diz ter acesso aos serviços de saúde com mediação do Centro POP (C4)</p> <p>“Quando adoço, com alguma coisa, tem a ajuda do CENTRO POP, que tem esse centro de referência aqui”</p>	<p>Centro POP</p>		
<p>Relata cuidar da saúde com auxílio da assistente social e Centro POP (C2)</p> <p>“ Cuido da saúde através da assistente social, CENTRO POP, porque se não fosse vocês mesmo, eu mesmo não tenho recurso, não tenho dinheiro, não tenho nada....”</p>			
<p>Centro POP, encaminha para UBS mais próxima, que é a UBS Unidade XV, em situações não urgentes e procura a UPA em situações de urgência (C3)</p> <p>“Se estiver passando mal e está conseguindo ir (no posto de saúde), e não é coisa de emergência , tem que ser no posto aqui, que eles (CENTRO POP) encaminham a gente pra ir...”</p>			
<p>Relata ter tido acesso a UBS através do encaminhamento do Abrigo Bela Vista (C10)</p> <p>“Quando eu cheguei aqui (Abrigo Bela Vista), a menina me encaminhou porque eu tava muito gripado, aí eu fui lá no posto de saúde...”</p>	<p>Abrigo Bela Vista</p>		
<p>Relata tratar de sua saúde, através do auxílio do Abrigo. Diz ter acesso facilitado a UBS, através do encaminhamento do Abrigo (C12)</p> <p>“O pessoal daqui me ajuda... aqui (no Abrigo Bela Vista), a gente cuida aqui no posto (UBS Bela Vista), e aqui tudo que a gente precisa, a gente vai ali. Hoje eu já tive lá para pegar uma receita minha lá”</p> <p>“Eu conheci uma coisa aqui. (Abrigo Bela Vista), que eu nunca tinha visto em abrigo nenhum. Eu vim para cá foi dia 15 de janeiro deste ano, e cheguei aqui e tinha uma cuidadora de idoso que cuidava de mim por causa da deficiência e a grande maioria aqui são pessoas que se pudesse carregar água na peneira pra a gente, carregava...”</p>			

<p>Relata auxílio do Abrigo para acessar o serviço de saúde bucal da rede (C12)</p> <p>“Eu vou conversar com a assistente social, para me encaminhar, para mexer nos dentes, daqui ela encaminha a gente pra tratar os dentes”</p>		
<p>Faz tratamento psiquiátrico na UBS Bela Vista após acesso com encaminhamento do Abrigo (C13)</p> <p>“Depois vim parar aqui no abrigo, eles me encaminharam aqui para o posto Bela Vista (UBS Bela Vista) e pelo abrigo consegui um psiquiatra.”</p> <p>“Depois que eu passei a ficar no abrigo, consegui fazer um tratamento fixo, trato aqui pelo posto (UBS Bela Vista).”</p>		
<p>Ajuda do abrigo na obtenção do medicamento prescrito na UPA (C11)</p> <p>“Aí, o pessoal do abrigo foi lá e pegou ibuprofeno para mim hoje e me ajuda a ir no posto...”</p>		
<p>Tem acesso na UBS de forma facilitada pelo Abrigo (C14)</p> <p>“Agora no momento, estou indo no posto Bela Vista (UBS Bela Vista), porque o Abrigo me encaminhou...”</p>		
<p>Diz que estar no Abrigo, facilita o acesso a UBS e possibilita manter a higiene do corpo (C15)</p> <p>“Estando aqui agora (Abrigo Bela Vista), é mais fácil pra gente conseguir ir no posto.”</p>		
<p>Relata que quando as pessoas em situação de rua passa mal, prefere ficar nas ruas, tomar cachaça, do que procurar a UBS (C6)</p> <p>“Eles (as pessoas em situação de rua) quando estão se sentindo mal, deitam no seu lugar, as vezes tomam a cachaça e ali eles ficam... não procuram os doutor... eles ficam muito ao léu, quando passa mal, não procura um atendimento, preferem deitar no chão, onde estão e ali ficam, padecendo.”</p> <p>“ Não tomam remédio. Tomam cachaça mesmo. A maioria bebe para ficar desligado, para não sentir incômodo. A verdade é essa. Eu sei que é difícil... muitos estão mesmo desamparados, não tem família, não tem saúde mesmo..”</p>	<p>Estratégias de sobrevivência frente as barreiras de acesso aos serviços de saúde</p>	<p>Busca pelos serviços de saúde</p>
<p>Diz tomar remédios para não procurar os serviços de saúde (C6)</p> <p>“Eu já senti cansaço muscular, às vezes por andar muito e não alimentar... sempre tomei dipirona e dorflex que eles me davam... pra não procurar esses negócio de médico... carregava dipirona comigo...”</p>		

<p>Relata automedicação antes de procurar o serviço de saúde / Utiliza “água de sal grosso” para dor de dente e não procura os serviços de saúde (C12)</p> <p>“Eu tomo um monte de medicamento antes de ir pro posto. Mas dependendo do esforço que eu faço, dói, e é automedicação mesmo. Se eu estou com dor, eu acho que eu sei o antibiótico, eu tento tomar primeiro para ver se a dor passa.”</p> <p>“Porque eu já sofri com dor de dente de forma que eu passei a noite inteirinha em claro com dor e só melhorava a dor de dente quando eu passava água de sal grosso. Porque falou que é médico, dependendo da especialidade dele, eu já estou traumatizado . Melhor nem ir.”</p>			
<p>Relata procurar o serviço de saúde pela condição de ser mulher trans em situação de rua e por isso tem que se cuidar (C1)</p> <p>“Os motivos assim... né... trans na rua, a gente tem que procurar, né? e é bom até pra nós, porque a gente passa por problemas nosso e tal... e aí a gente tem que saber o que se passa no nosso corpo... a gente tem que procurar.”</p>	<p>Motivo propulsor de busca pelo atendimento de saúde</p>		
<p>Só procura o serviço (atendimento) em situações graves, não realiza tratamento de saúde (C2)</p> <p>“Só vou quando agrava mesmo... não vou mentir não, porque se mentir vai ser pior...”</p>			
<p>Relata que só procura atendimento de saúde quando está passando muito mal (C11)</p> <p>“Vou (nas unidades de saúde) Só quando eu estou passando muito mal mesmo”</p>			
<p>Diz procurar as unidades de saúde para realizar tratamento de asma e bronquite na UBS (C3)</p> <p>“Faço tratamento para asma, bronquite . Minha imunidade baixou na rua...”</p>			
<p>Procura os serviços de saúde quando está passando mal (situação de urgência) (C4)</p> <p>“Quando estou com mal estar... tem que estar passando mal (para ir aos serviços de saúde)... qualquer ser humano, né?”</p>			
<p>Procura os serviços de saúde em situações de urgência gerada pela vida na rua (C9)</p> <p>“É mais por uma questão de quando você passa mal, igual no caso de alguma questão gastrointestinal, alguma coisa de comer na rua, que você come na rua e que passa mal, essas coisas de dor de cabeça, febre...”</p>			
<p>Relata ter que estar passando mal, para ser atendido nos serviços de saúde (C10)</p>			

<p>“Geralmente procuro primeiro o hospital e para você ser atendido mesmo rápido, tem que chegar lá ruim, aí sim, vão passar você direto...”</p>		
<p>Diz ter tido acesso a tratamento periódico (12/12 dias) na UBS, mas não quis revelar o motivo (C14) “Eu realizei um (tratamento de saúde), de 12 em 12 dias, só que já terminei. No posto.”</p>		
<p>Relata realizar tratamento na UBS e só procurar atendimento em casos de extrema necessidade (C15) “Faço aqui no postinho mesmo (UBS Bela Vista). Só vou quando eu estou realmente precisando muito.”</p>		
<p>Diz procurar atendimento na UBS para controle de DCNT e em quando está passando ma (C16) “Eu vou lá no posto do Morada Nova (UBS Morada Nova/Distrito Sanitário Ressaca). Eu vou lá só para conseguir os comprimidos, para pegar receita.” “Eu procuro quando estou passando mal. Quando meu comprimido acaba. Quando não consigo pegar o comprimido.”</p>		
<p>Utiliza a UBS só para exames de prevenção câncer colo útero e pediatria (filha) (C18) “Eu vou ao posto quando precisa mesmo, mais é pra procurar pediatria para minha filha e para mim fazer uma prevenção. Eu vou para fazer prevenção e mais por causa da minha menina, que ela tem hérnia no umbigo, pra acompanhamento...”</p>		
<p>Procura os serviços de saúde por urgência odontológicas (C5) “Só pra dente mesmo, quando está infeccionado...”</p>		
<p>Procura a UPA como primeiro atendimento (C2) “Olha na verdade igual esse tempo atrás, eu até tava com uma tosse, eu já fui direto foi na UPA, e até resolvi o problema.”</p>	<p>Primeiro local de procura pelo atendimento de saúde</p>	
<p>Procura a UPA como primeiro atendimento (C8) “Se for aqui em Contagem no caso é a UPA (onde procura atendimento). Nem sei onde tem posto de saúde. A UPA eu sei onde fica.”</p>		
<p>Diz procurar unidades de pronto atendimento como primeiro atendimento (C11) “ Eu vou nas policlínica da região, né!? Policlínicas de urgência”</p>		
<p>Procura a UPA como primeiro atendimento (C1) “Primeiro eu vou no caso na UPA né... aí lá que eles encaminham para outro lugar.”</p>		
<p>Primeiro serviço de saúde que procura é o cnR (C4)</p>		

<p>“Com elas, com elas mesmo (consultório na rua). Você vai na UPA hoje, esse COVID atrapalhou tudo.. Você está passando mal na rua e você não tem prioridade... as “meninas” (consultório na rua) ajudam a gente muito. Esse consultório de rua aí, ajudou muita gente..”</p>		
<p>Relata que em casos graves procura a UPA e em casos de acompanhamento procura a UBS (C3) “Se eu estiver muito ruim, eu vou na UPA mesmo, e é uma demora danada pra chamar a gente. Agora se estiver passando mal e está conseguindo ir e não é coisa de emergência , tem que ser no posto aqui, que eles (CENTRO POP) encaminham a gente pra ir...”</p>		
<p>Procura a UBS como primeiro atendimento (C5) “No posto de saúde, porque eles já sabem do meu prontuário completo, desde o primeiro dia que eu passei pela primeira vez, eles sabem até hoje. Então eles já acompanham há muito tempo, se for na UPA, eles não vão saber.”</p>		
<p>Procura a UBS como primeiro atendimento (C7) “Eu procuro no posto de saúde. Aí eu vou ver pra onde eles vão me encaminhar...”</p>		
<p>Primeiro local que procura atendimento é o CnR (Relata que vai até o Centro POP que orienta a procurar o CnR esse encaminha para UBS, quando necessário) (C9) “A gente vem aqui no POP, né? (CENTRO POP) e pergunta pras meninas aonde o consultório de rua está circulando, e eu vou no consultório de rua procurar o atendimento e aí eles me indicam ir na unidade de saúde, tem uma próxima aqui na Araújo do Eldorado (UBS CSU Eldorado).”</p>		
<p>Procura serviço hospitalar como primeiro atendimento (C10) “Geralmente procuro primeiro o hospital.”</p>		
<p>Diz procurar a UBS para tratamento de doença crônica (C16) “Eu vou lá no posto do Morada Nova (UBS Morada Nova/Distrito Sanitário Ressaca). Eu vou lá só para conseguir os comprimidos, para pegar receita.”</p>		
<p>Relata procurar a UBS, com mediação do Abrigo (C17) “Agora no momento, estou indo no posto Bela Vista (UBS Bela Vista , fui encaminhada pro Abrigo pra lá...”</p>		
<p>Primeiro serviço que procura, estando nas ruas, é o Hospital/UPA , devido ao horário de funcionamento</p>		

<p>da UBS (que é até as 17h) (C13) OBS.: No momento da entrevista estava abrigado “Estando na rua, eu não ia no posto de saúde, eu ia no hospital, porque no posto é só até 17 horas, né!? e tem essa dificuldade.”</p>		
<p>Primeiro local que busca atendimento é na UPA. Relata que é raro ir à UBS (C18) “Eu vou na UPA. O lugar mais perto que tiver para mim eu vou, é muito raro eu ir no posto.”</p>		
<p>Relata que não teve paciência de esperar o atendimento pré-agendado dentro do hospital e evadiu o local (C2) “Igual, vocês arrumaram pra mim lá no Hospital da Baleia, eu fui lá, mas não tive a paciência de ficar. Então vão colocar, vocês me abençoaram, eu que não quis a melhora, né?”</p>	<p>Impaciência para esperar o atendimento</p>	
<p>Relata que a PSR não sabe onde procurar atendimento de saúde e não consegue esperar o atendimento na UPA, pela demora (C3) “Igual, vocês arrumaram pra mim lá no Hospital da Baleia, eu fui lá, mas não tive a paciência de ficar. Então vão colocar, vocês me abençoaram, eu que não quis a melhora, né?”</p>		
<p>Relata impaciência em esperar atendimento na UBS (C4) “As vezes nem é eles, as vezes são nós que somos impaciente... tem pouca gente pra atender no posto, o que gera confusão e briga entre as pessoas, que quer tudo na hora certa e a demanda é grande, os funcionários são poucos e muita gente cria aquela situação de confusão, briga, não sabemos esperar, né?”</p>		
<p>Considera que aumentou o contingente da PSR no último ano, sendo necessário mais assistência a essa população (C1) “Como eu estou na rua, eu estou vendo... aumentou muito a situação de rua esse ano, então tinha que ter mais... assim... no caso de ter mais, né? Mais atendimento e também na, na parte de ter mais remédio, visita médica, na parte de ter mais acompanhamento médico, ter mais... mais coisas para ajudar a gente”</p>	<p>Crise sanitária, econômica e o aumento do contingente da população em situação de rua</p>	<p>Contexto econômico e o direito à saúde</p>
<p>Ressalta a importância do cnR no momento de crise econômica/sanitária (C4) “Esse consultório de rua aí, ajudou muita gente, principalmente a gente que tá passando por esse momento difícil de crise, aí.”</p>		
<p>Diz que está em situação de rua, por estar passando por crise financeira (C4)</p>		

<p>“Mas aqui, situação de rua, é só um momento difícil, por causa dessa crise mesmo, que eu estou passando.”</p>		
<p>Perda de benefício financeiro (BPC) durante a Pandemia levando a situação de rua (C6) “Eu tinha um BPC (Benefício de Prestação Continuada), mas ainda tá uma guerra esse negócio... veio a COVID e fiquei sem dinheiro nenhum e fui pra rua mesmo...”</p>		
<p>Diz que passou a utilizar o SUS após perder plano de saúde, e ir pra rua, após a crise econômica (pandemia) (C9) “Até então eu trabalhava, tinha uma casa e morava de aluguel. Dá pra contar nos dedos quantas vezes eu fui no SUS, a maioria das vezes foi convênio . Mas depois da pandemia, fica complicado eu estar em situação de rua...”</p>		
<p>Relata dificuldade de trabalho na rua durante a pandemia (C10) “Porque na rua está muito difícil trabalho agora, nessa crise da pandemia”</p>		
<p>Situação de rua devido a crise financeira gerada pela pandemia. Agora está abrigado (C13) “Na rua, tem dois meses, desde o início da pandemia, por causa da situação financeira, porque eu perdi o braço, que eu me acidentei de acidente automobilístico.”</p>		
<p>Situação de rua devido à crise financeira. Após período na rua, foi para o Abrigo (C18) “Eu fiquei na rua pouco tempo, porque deu uma apertada mesmo, não tive como pagar nada, e consegui vim para cá (Abrigo Bela Vista)...”</p>		
<p>Percepção de Descrença na capacidade resolutiva do SUS, diante do aumento do contingente da PSR (C1) “mas também eles não podem fazer muita coisa, né? Porque também o SUS não pode fazer mais...”</p>	Necropolítica	
<p>Percepção de descaso do governo com a PSR (C5) “Eu acho que o descaso poderia ser resolvido, eu acho que o governo poderia estar por dentro de tudo. Ele (governo) deveria ficar pelo menos uma semana fazendo uma pesquisa com as pessoas em situação de rua, aí eles seriam ouvidos, entendeu?”</p>		
<p>Crença que os profissionais preferem atender as pessoas que pagam pelo serviço e discriminam as que tem problemas de higienização e de classe econômica inferior (C5)</p>		

<p>“Se a pessoa tem convênio médico eles vão atender. Eles não vão deixar de atender aquela que já pagou, pra atender aquela que não tem condição, tá suja. Então tem muita diferença...”</p>		
<p>Percepção de descaso do governo com a PSR (Necropolítica) (C6)</p> <p>“No geral, o que eu tenho visto, é que as pessoas padecem em condição de rua, porque geralmente eles (governo) não se importam muito com a saúde deles, cai bêbado, é atropelado e não tão nem aí.”</p>		
<p>Percepção do SUS como um serviço ruim, para as classes socioeconômicas inferiores, e a saúde suplementar como um serviço melhor (C6)</p> <p>“A pessoa vai lá (na UBS), o clínico geral faz o atendimento e não tem nada além do normal, e esse é o padrão para a classe C mesmo que somos nós. O sistema está preparado para os dias de hoje é para o atendimento particular, né? Plano de saúde que é o melhor. Eu queria ter um. Mas eu não tenho lugar para morar ainda...”</p>		
<p>Noção equivocada do direito à saúde e do serviço privado ser mais célere e eficiente que o SUS (C6)</p> <p>“Eu tenho direito sim, mas é pouco, mas por exemplo, se eu fazer particular, talvez eu possa convencer o doutor a tirar mais sangue, do que se ele tira pela medicina, num posto de saúde. Eu posso fazer mais rápido se eu tiver que agendar pelo particular. No particular pode ser melhor.”</p>		
<p>Percepção de exclusão social, apesar de ter direitos constitucionais (C7)</p> <p>“Não é porque a pessoa não tá incluída na sociedade, que ela deixa de ser um ser humano, entendeu? E o direito constitucional diz de direitos iguais para todos, e infelizmente isso daí existe isso só no papel deles lá em Brasília, porque na cidade que eu passo e fico não existe isso não.”</p>		
<p>Invisibilização na falta de documentos (Necropolítica) (C10)</p> <p>“Pra gente que é morador de rua, sempre tem (dificuldade). Porque você que não tem uma carteirinha, não tem um cadastro, não tem nada. Não é ninguém...”</p>		
<p>Percepção de descaso da prefeitura com a PSR (C11)</p> <p>“Eu estou com o pé quebrado, não tem como trabalhar, a mulher grávida e a prefeitura não</p>		

<p>olha isso. Eles quer olhar só o que interessa para eles.”</p>		
<p>Desesperança / Descrença com o futuro nas ruas (C11) “Aí eles marcavam dia 24 para o mês que vem, e tudo é prolongado. Pra quem mora na rua tudo é mais difícil. Vai saber se até lá eu vou estar vivo, tudo que eu vou passar até lá...”</p>		
<p>Percepção que o SUS é um serviço lento quando se trata da assistência à PSR (C12) “Esse serviço de SUS, não é ruim. O ruim dele pra nós, é que tartaruga anda mais rápido.”</p>		
<p>Percepção de invisibilização social pela sociedade (C15) “Mas pra quem está na rua, o pessoal não liga muito pra gente, nem vê que a gente tá ali, não dá muita bola para a gente.”</p>		

APENDICE G – MATRIZ DE ANÁLISE (PROFISSIONAIS DA APS)

<p>Diz que a população em situação de rua tem acesso sem impedimentos na UBS, sendo atendidos como demanda espontânea. (A1)</p> <p>“A unidade está com livre acesso a população em situação de rua. Sempre que eles precisam, eles vem até a unidade e a gente atende como demanda espontânea”</p> <p>Identifica problemas no acesso para PSR, que por falta de informação, não sabem localizar, nem como chegar nas UBS (A2)</p> <p>“O acesso para eles é mais complicado. Eles não sabem localizar onde vão ser atendidos, como vão ser atendidos; e a própria população, que não é de situação de rua, não sabe que tem odontologia aqui, imagina o próprio morador de rua.”</p> <p>Diz que o acesso é aberto a todas as pessoas, com serviço de porta aberta. (A3)</p> <p>“Hoje o acesso é aberto. A partir do momento que chega, ele entra na unidade. Eu considero esse serviço como de porta aberta, né!?”</p> <p>Diz que o acesso a UBS é mediado pelo abrigo (A4)</p> <p>“O acesso aqui nessa unidade é bem tranquilo, porque geralmente eles vão para o abrigo e o abrigo referencia para nós”</p> <p>Acesso ocorre por demanda espontânea, por dor aguda (A5)</p> <p>“Acontece principalmente a partir da demanda espontânea”</p> <p>Acesso ocorre por demanda espontânea, por situação aguda (A6)</p>	<p>Acesso ao serviço da Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Operacionalização da Atenção Primária à Saúde para assistência a população em situação de rua</p>
--	--	--

“Eles chegam na unidade... na maioria das vezes (a queixa) é aguda, e vão ser atendidos no acolhimento”

Relata que o acesso na UBS ocorre pelo encaminhamento do Centro POP ou por queixa aguda na demanda espontânea (A7)

“...a gente tem paciente que vem com encaminhamento do Centro POP; eles passaram pelo Centro POP e vieram pra cá mediante alguma demanda, e outros que já procuram por demanda espontânea mesmo”

Relata que o acesso é aberto e tem pouca procura é pequena pela população em situação de rua(A8)

“O serviço é aberto, mas não tem procura”

Relata que a PSR tem acesso aberto a UBS e é encaminhada a outros pontos de referência na rede, quando necessário (A9)

“O posto de saúde tem portas abertas pra eles... a gente é instruído a todo momento que não pode fechar as portas... se precisar a gente encaminha, a gente tem as unidades de referência...”

Diz que o serviço da atenção primária é aberto para essa população quando a procuram (A11)

“...na medida em que procuram o serviço da atenção básica, ela está pronta para atendê-los.”

Diz que o acesso da PSR a APS é difícil por exigir comprovante de endereço e já presenciou situação de recusa de atendimento (A12)

“O acesso para o morador de rua é difícil, porque a atenção básica trabalha com área de abrangência e eles não tem endereço fixo. Já presenciei casos em que não teve atendimento para o morador de rua no

<p>posto, devido a ele não ser da área de abrangência”</p> <p>Diz que a PSR tem acesso aberto na UBS (A13)</p> <p>“É um acesso que tem a porta aberta, pelo menos aqui. Em qualquer UBS que ele chega, ele tem que ser atendido, né !?”</p>		
<p>A pessoa em situação de rua é acolhida na recepção, que o direciona para o setor que procura atendimento. (A1)</p> <p>“Normalmente ele chega e pergunta na recepção se tem algum profissional para atendê-lo naquela especialidade, que ele está solicitando, e é encaminhado ao setor.”</p> <p>Relata que o acolhimento é realizado sem distinção com outros usuários (A2)</p> <p>“O acolhimento a gente faz igual para o paciente que não é morador de rua”</p> <p>O acolhimento começa pelo porteiro, que direciona para o enfermeiro fazer a triagem (classificação de risco) (A3)</p> <p>“Ele entra na unidade, ele é acolhido. O seu acolhimento começa através do porteiro e vai para recepção, e aí, na maioria das vezes, ele vai ser direcionado para o enfermeiro, que é quem faz a primeira triagem de acordo com a queixa”</p> <p>Diz que faz o acolhimento de forma igual aos usuários cadastrados, mas a pessoa em situação de rua tem prioridade porque demanda maiores cuidados (A4)</p> <p>“Ele é acolhido normalmente, igual a todos os outros. É claro que a gente dá uma atenção maior, porque a demanda dele é maior, então a gente dá uma prioridade...”</p> <p>Acolhimento é feito pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro, realizada</p>	<p>Acolhimento na Atenção Primária à Saúde</p>	

<p>triagem e direcionado para o atendimento médico (A5)</p> <p>“O acolhimento acontece na porta primeiramente, pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro. É feito uma triagem, classificando a queixa, com dados vitais e pergunta se a queixa é aguda, né!? E aí é passado para o médico, e o atendimento é feito no momento, na hora...”</p> <p>Acolhimento é feito sem distinguir com outros usuários cadastrados (A6)</p> <p>“No acolhimento você vê qual é a necessidade que ele está procurando pelo posto e encaminha para o atendimento. Independente se é morador de rua ou não, ele é acolhido aqui.”</p> <p>Relata que o acolhimento é feito semelhante a qualquer outro usuário cadastrado (A7)</p> <p>“Ele é acolhido com”o qualquer outro paciente que é morador da área”</p> <p>Relata que o acolhimento a população em situação de rua ocorre com discriminação (A8)</p> <p>“Eu acho que é uma pessoa que a gente não acolhe igual as outras pessoas do bairro. Tem um pouco de discriminação com esse usuário”</p> <p>Relata dificuldades no acolhimento pela falta de documentos da pessoa em situação de rua (A9)</p> <p>“Geralmente a gente acolhe e pede algum tipo de documento, às vezes ninguém tem documento nenhum, porque não tem endereço fixo, né!? mas ele não pode deixar de ser atendido. A gente tem grande dificuldade... ... então com muita dificuldade a gente acolhe eles e vai direcionando...”</p>		
--	--	--

<p>Relata que o acolhimento é realizado com classificação de risco, independente do usuário (A10)</p> <p>“Não tem diferença nenhuma entre o acolhimento do morador de rua e do usuário comum... O acolhimento nosso aqui é muito direcionado para a classificação de risco, então ele entra na classificação de risco.”</p> <p>Relata que o acolhimento é realizado de forma igualitária aos outros usuários, priorizando de acordo com a queixa (classificação de risco) (A11)</p> <p>“O acolhimento acontece como a qualquer outro paciente. A gente vai ver o que ele está precisando, dando prioridade de acordo com a queixa dele.”</p> <p>Diz que o acolhimento inicia na portaria e é complementado pelo profissional que faz o acolhimento e está disponível no momento (A12)</p> <p>“Primeiro ele é acolhido na portaria, depois ele é direcionado para o profissional que faz o acolhimento e está livre naquele momento.”</p> <p>Relata que o acolhimento ocorre identificando a pessoa como em situação de rua, como demanda espontânea e é atendida no mesmo dia (A14)</p> <p>“Quando eles chegam aqui, o pessoal da triagem... do acolhimento... tratam ele como população de rua, e a gente faz o acolhimento dele, abrindo uma ficha que chama 90000, que são de pacientes de demanda espontânea. São bem acolhidos... bem atendidos... a gente tenta encaixar ele de prontidão, para não perder ele.”</p>		
<p>Após ser acolhido na recepção é direcionado ao setor que procura atendimento, e é atendido no mesmo dia.</p>	<p>Organização do atendimento na Atenção Primária à Saúde</p>	

ou volta no dia seguinte se chegar no final do expediente. (A1)

“E quando chega no setor, ele bate à porta e é atendido. Se tiver alguém na frente, a gente pede para esperar um pouquinho que será atendido; se chegar no finalzinho do expediente a gente pede para retornar no dia seguinte, na primeira hora.”

Relata que o paciente é direcionado pela recepção ou vai direto ao setor que procura. E é realizados procedimentos semelhantes a outros usuários (A2)

“Ele chega, ele bate à porta ou ele é encaminhado, e bate à porta e faz basicamente os mesmos procedimentos dos outros usuários.”

Relata que após a triagem, a pessoa é atendida no mesmo dia ou é feito o agendamento, dependendo do demanda (A3)

“Se faz o primeiro acolhimento dele, e a gente tenta identificar qual é a demanda. Mas no caso do morador de rua, a gente tenta encaixar no dia, na maioria das vezes a gente consegue, mas em muitos casos a gente orienta para voltar no dia seguinte, para poder fazer esse atendimento.”

Descreve um atendimento com escuta qualificada, na tentativa de formar vínculo com o usuário em situação de rua. Diz que não tem dificuldade em atende-los (A3)

“O atendimento costuma ser de uma hora, até um pouquinho mais... dependendo da abertura que ele vai te dar... nem sempre vão estar falando no primeiro atendimento e a gente sempre orienta pra eles que se precisar pode estar voltando, e, se sentir vontade de conversar, pode estar procurando a gente novamente. Então a gente sempre deixa esse feedback para eles. Mas o acolhimento funciona assim, a gente faz algumas perguntas direcionadas... então são perguntas

que vão nos ajudando a conhecer esse paciente.”

“Então a gente não tem dificuldade em atendê-lo”

Após o acolhimento atende de acordo com a demanda do paciente e procura referenciar para o atendimento multidisciplinar(A4)

“E a gente atende de acordo com a demanda do paciente... e procura referenciar para um atendimento multidisciplinar, que seria o psicólogo, psiquiatra, clínico, ginecologista ...”

Diz que a pessoa em situação de rua é atendida em qualquer horário do dia (A5)

O paciente apresenta demanda aguda e ele busca o atendimento... quando, por exemplo, é a pessoa em situação de rua, ele procura em qualquer horário e a gente atende sob demanda espontânea”

Após acessar a UBS, sua queixa é escutada no acolhimento, e é direcionado para o atendimento de acordo com a necessidade (A6)

“...depois (do acolhimento) nós o encaminhamos para o atendimento que ele veio buscar, de acordo com a necessidade.”

Ao acessar a UBS, é direcionado ao acolhimento e a equipe técnica realiza direciona para o setor responsável para atender sua queixa (A7)

“Quando ele chega, ele é direcionado para o setor de acolhimento, onde a equipe técnica ouve qual é a queixa do paciente, e direciona ele para o setor que ele precisa.”

Diz que quando a demanda para o atendimento é grande, há questionamentos dos profissionais quanto a responsabilização da assistência à população em situação de rua(A9)

“Apesar de ser uma coisa que às vezes muitos profissionais de saúde questionam, quando tem um grande fluxo para atendimento ... eu acho que não poderia ser assim (pertencer ao território para ser atendido)”

Relata que são atendidos inicialmente na recepção que os direcionam para os profissionais de enfermagem, que abrem prontuário avulso e iniciam o tratamento (A10)

“Quando eles chegam aqui, são identificados por quem está na recepção. Quando eles falam que são moradores de rua, as meninas direcionam para nós, da enfermagem, e ali a gente vai pegar todas as informações que precisa, as queixas, o que ele está procurando... Para esses pacientes, nós abrimos uma ficha avulso e começamos o seu tratamento.”

Relata que após o acolhimento, dependendo do caso, é encaminhada ao serviço da assistência social (A11)

“A gente vai ver o que ele está precisando, dando prioridade de acordo com a queixa dele e dependendo do caso, encaminhamos para o serviço da assistência social acompanhar, e ver o que pode ser feito.”

Relata que ao se identificar que está em situação de rua, é direcionado para o profissional disponível naquele momento que vai escutar sua demanda e encaminhar para o setor responsável (A13)

“Quando se identifica que ele é um morador de rua, ele é encaminhado para um profissional que está mais disponível no momento, pra fazer essa escuta dele e diante das demandas que ele traz ali, ele é encaminhado para o setor específico.”

Diz que há falta de veículo para apoiar os atendimentos externos a UBS no território (A14)

“Acho que deveria ter um apoio maior externo e isso vai demandar também de você ter um veículo também, pra os atendimentos externos...”

Diz que procura vincular a PSR no território pelo local que costuma dormir ou são mais vistos, para servir de referência (A14)

“Esse é um ponto bem crítico da relação do atendimento de saúde com o morador de rua, né!? O que a gente faz quando avista um, é vincular ele em relação a um local... porque mesmo que eles estão rodando, são andarilhos, sempre tem um cantinho que eles deixam uma coisinha ou outra, e sempre está voltando. Então a gente sempre vincula ele no local onde eles são mais vistos mesmo.”

Relata que o Distrito Eldorado não tem integração, interlocução entre os pontos da rede de saúde, para apoiar o atendimento a população em situação de rua. Relata que mudanças estruturais na rede podem facilitar o atendimento, como a implantação do prontuário eletrônico (A5)

“No distrito Eldorado, que é onde eu tenho um conhecimento, onde eu estou, não (está estruturada para o atendimento a população em situação de rua). Porque não tem integração, é difícil o atendimento.”

“Tem algumas mudanças estruturais que poderiam ser feitas, né!? Ter um prontuário eletrônico, que pudesse ser acessado em qualquer lugar, em qualquer computador... pelo prontuário eletrônico você tem acesso a história da pessoa, que você acessa em qualquer computador, onde você estiver... então tem essa questão de mudança de infraestrutura aqui, que é

<p>importante, que poderia ser feita, para ajudar.”</p>		
<p>Reconhece o Centro POP e o consultório na rua como serviços que fazem interlocução com a UBS (A3)</p> <p>“É claro que hoje a gente ainda tem apoio do consultório na rua, do Centro POP... Os que conseguem entrar nessa rotina de participar do Centro POP, ou do abrigo ou foi atendido pelo consultório na rua, a gente consegue ter um pouco de acesso, mas aqueles que estão diretamente na rua e não participa desses serviços, a dificuldade não é nossa de recebê-los, mas é deles de entenderem essa funcionalidade dos serviços e de ter mais dificuldade de vir até a gente...”</p> <p>Relata mediação do Centro POP no acesso à UBS (A7)</p> <p>“A gente tem paciente que vem com encaminhamento do Centro POP; eles passaram pelo Centro POP e vieram pra cá mediante alguma demanda, e outros que já procuram por demanda espontânea mesmo.”</p> <p>Considera a estratégia do consultório na rua eficiente, por realizar o tratamento in loco (A8)</p> <p>“Eu acho que esse consultório de rua, foi bom, né? Acho que precisa mesmo de uma estratégia pra ver melhor a situação dessas pessoas, né? Acolher na rua, talvez... porque como eles não chegam pra gente...”</p> <p>Diz que seria necessário mais uma equipe de consultório na rua(A10)</p> <p>“...mais um atendimento móvel (consultório na rua) para dar mais um suporte seria interessante.”</p> <p>Trabalha em conjunto com o cnR, na busca ativa do paciente, para continuidade do tratamento (A12)</p>	<p>Serviços que mediam o acesso à Atenção Primária à Saúde</p>	

“se for pedir um exame e precisar de achar a pessoa depois, aí está a dificuldade de encontrá-lo... Nesses casos nós acionamos o consultório na rua, que sempre dá um apoio.

Relata parceria com o consultório na rua para busca ativa e tratamento de doenças crônicas (A13)

“Quando a gente tem a dificuldade de encontra-lo, a gente tem a parceria do consultório na rua, a gente trabalha junto com o consultório na rua... por exemplo, dependendo da situação, se é uma tuberculose, uma doença que precisa de um tratamento mais prolongado, aí é feito essa parceria com o consultório na rua”

Percepção do consultório na rua como serviço parceiro na assistência a população em situação de rua (A13)

“Essa questão do consultório na rua, que eu acho que veio mesmo para somar, porque é uma equipe que anda... que vai nesses pontos... não vamos dar conta de conseguir resolver todos os problemas, mas pelo fato de ter o consultório na rua, eu acho que ajuda bastante.”

Relata relevância na atuação do consultório na rua (A14)

“Eu acho interessante pelo tempo que eu atuo na atenção primária à saúde, é o consultório de rua mesmo, eu vejo que é uma equipe muito atuante”

Percepção do serviço do cnR como referência no cuidado e na retomada da das pessoas em situação de rua (A14)

“...tem o consultório de rua, que estão ali buscando mesmo, tentando fazer ao máximo possível para eles aderirem aos cuidados básicos, que eles tem direito, que é um direito deles enquanto cidadão.”

<p>Diz que a PSR procura a UPA, pois quer atendimento imediato (A3)</p> <p>“Eu acredito que o morador de rua, ainda não procura muito (a UBS), porque muitas das vezes ele quer o atendimento imediato, e ele próprio vai na UPA, né!? e não na atenção primária... É uma questão de logística mesmo”</p> <p>O acesso se dá na maioria das vezes por demanda aguda (A6)</p> <p>“Ouvimos a queixa que o morador rua traz, na maioria das vezes é aguda”</p> <p>Diz que há procura por atendimento agudo, causado inclusive pelo trabalho de coleta de material reciclado (A7)</p> <p>“se tem muito paciente que está na rua fazendo a coleta de material reciclado, e se machuca , ou há algum tipo de demanda aguda por algum outro motivo... esses vem direto... devido da queixa aguda, é atendido.”</p> <p>“...essa fidelização do paciente aqui, não ocorre não... é mais para o momento mesmo de agudização.”</p> <p>“o paciente está aqui só para atendimento agudo, não dá seguimento.”</p> <p>Relata que a PSR procura pouco por atendimento na UBS e a busca pelo serviço ocorre em situações de urgência (A8)</p> <p>“O serviço é aberto, mas não tem procura. A população de rua não vem procurar o atendimento de saúde aqui na UBS.”</p> <p>“Então a maioria quando vem, é quando tá com dor... eu já atendi uma pessoa na urgência e era gestante.”</p> <p>Percepção de que as pessoas em situação de rua só procuram a UBS em situações de urgência (A9)</p>	<p>Busca pelo atendimento à saúde</p>	
--	---------------------------------------	--

“eles (pessoas em situação de rua) só procuram a unidade (UBS) se está tudo está muito ruim mesmo ...”

Diz que as pessoas em situação de rua procuram a UBS com lesões nos pés, pernas e braços (A10)

“...normalmente eles vem mais com lesões, lesão na perna, nos pés e lesão no braço... esse tipo de demanda que eles mais apresentam aqui , e a gente pede o suporte ao médico.”

Relata que a pessoa em situação de rua tem baixa procura pela UBS, buscando atendimento na atenção secundária ou terciária. Diz que a pessoa em situação de rua procura a UPA, por achar esse serviço mais resolutivo (A11)

“Aqui especificamente dessa unidade de saúde a procura é muito pouca, pelos moradores de rua. A pessoa em situação de rua procura na maioria das vezes o serviço da atenção secundária ou terciária.”

“...eles vão mesmo é na UPA, porque na cabeça deles é a UPA que resolve as coisas.”

Relata que a procura pelos serviços de saúde, se dá por situações de urgência (A13)

“Vejo que eles procuram mais por uma situação aguda... por estar passando mal.”

Diz que as pessoas em situação de rua usam pouco o serviço da sua UBS (A14)

“Aqui na nossa unidade, eles chegam menos, os casos são até mais raros. Geralmente esse pessoal fica aglomerado em áreas mais comerciais, por questões de pedir algo para a população, né!”

<p>Diz que as pessoas em situação de rua se apresentam normalmente com baixa higiene e em abuso de álcool (A1)</p> <p>“Porque normalmente eles estão se encontram muito sujos e bêbados”</p> <p>Diz que as pessoas em situação de rua são dependentes de substâncias psicoativas (A2)</p> <p>“O paciente de rua normalmente tem alguma dependência... quase todos têm alguma dependência... porque às vezes eles chegam, eles cheiraram e chegam muito desequilibrados...”</p> <p>Reconhece os estigmas que acompanham as pessoas em situação de rua, mas que são rótulos depreciativos que não correspondem a realidade (A3)</p> <p>“Antes eu acho que tinha mais preconceito, que marcavam eles, as pessoas tinham medo, hoje a gente vê, pelo menos aqui na unidade, que a nossa abordagem vai muito dentro do dia a dia dessa pessoa, de um parâmetro de normalidade, porque a gente não vai se fixar naquela questão de quem mora na rua é bandido, que está fazendo coisa errada, envolvido com droga; o preconceito vinha daí. Hoje você vê, que na maioria das vezes, são pessoas que por questões familiares, e, que às vezes, não tem nada a ver com envolvimento de drogas, ou com homicídio, ou com violência... às vezes não tem uma relação direta com isso, a relação às vezes é indireta e o sofrimento vem de dentro da casa. A gente tem pessoas que eram vítimas de violência doméstica, de violência familiar, e acaba às vezes a rua, sendo o primeiro refúgio. E aí, é claro, vai vir outras questões de dentro da rua que acaba envolvendo algum outro tipo de problema, como homicídio ou algum tipo de envolvimento com drogas, mas isso às vezes não é o que leva ele pra</p>	<p>Estigmas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação as pessoas em situação de rua</p>	<p>Conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a especificidades da população em situação de rua</p>
--	--	---

<p>rua, então a gente tenta ter esse olhar um pouco diferenciado.”</p> <p>Diz que a maioria das pessoas em situação de rua são usuários de drogas (A8)</p> <p>“Na maioria são usuários de drogas.”</p> <p>Diz que a maioria da população em situação de rua são usuários de álcool e drogas e causam desordem e desconforto na UBS (A9)</p> <p>“...a maioria deles é alcoólatra, uns usam crack, às vezes eles chegam conturbados, atrapalham na recepção..”</p> <p>“dependendo do morador de rua, ele provoca desconforto nas outras pessoas que estão dentro da unidade”</p> <p>Percepção das pessoas em situação de rua como usuárias de álcool e outras drogas (A13)</p> <p>“é um paciente que vai estar alcoolizado na maioria das vezes, geralmente quando ele tem um vício ou é usuário de droga, porque geralmente o morador de rua tem esse perfil... não todos, mas boa parte deles... ou é alcólatra ou é usuário de droga.”</p> <p>Percepção da PSR como usuária de drogas e de difícil abordagem (A14)</p> <p>“Muitos moradores de rua, acabam partindo para o mundo das drogas também... então, dependendo da forma que você aborda, eles são meio agressivos... então você tem que ter toda uma aproximação de forma bem cuidadosa, para não gerar esse receio por parte deles...”</p>		
<p>Diz que a PSR não se vê como cidadã e por isso não exige seus direitos. Tem percepção que o acesso é um direito do cidadão, mas não exercido pela PSR (A2)</p> <p>“Eles não se veem como cidadão , que o acesso é um direito do cidadão, saber que podem procurar e que as portas</p>	<p>Invisibilização das pessoas em situação de rua na ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde</p>	

<p>estarão abertas; então esse é o fator principal que complica a vida deles.”</p> <p>Tem percepção que a pessoa em situação de rua acha que não vai ser acolhida nem atendida e é invisível para o profissional de saúde (A8)</p> <p>“Ela (pessoa em situação de rua) não tem documento, ela não tem referência. Ela acha que não vai ser atendida, ela acha que não vai ser bem acolhida. Acha que ela é totalmente invisível pra gente.”</p>		
<p>Relata falta de RH para melhorar a assistência a população em situação de rua (A1)</p> <p>“Falta RH, para poder recebe-los melhor”</p> <p>Enfatiza que a falta dos profissionais da saúde bucal na equipe de consultório na rua compromete o cuidado (A2)</p> <p>“A questão do consultório de rua, por exemplo... a odontologia não tá no consultório de rua. E eu acho que seria muito válido, a odontologia ir nos abrigos ou atender esses pacientes no local deles, porque é muito mais fácil atender no local deles”</p> <p>Relata que tem falta de profissionais de enfermagem na APS e que há alta demanda para atendimento e poucos profissionais para suprir essa demanda (A10)</p> <p>“A gente precisa de RH, precisamos de mais profissionais. Porque em relação a enfermeira e técnica, está muito defasado.”</p> <p>“Depende da quantidade de fluxo no dia, de quantas pessoas a gente tem para atender. É um paciente que demanda muita atenção. Não temos profissionais suficiente... As vezes tem 80 pessoas ali fora e então depende muito da demanda do dia. Tem vezes</p>	<p>Falta de profissionais na Atenção Primária à Saúde (falta de RH)</p>	<p>Desafios no atendimento à população em situação de rua na percepção dos profissionais da APS</p>

<p>que realmente a gente atende muito, e em caso desses, o médico, ou o enfermeiro, não deixa de atender, porque não tem como... mas dependendo do dia, da quantidade de pacientes, nós temos muita dificuldade de atender. Muito paciente pra pouco profissional...”</p> <p>Relata falta de RH e materiais para assistência, apesar de reconhecer o empenho da gestão (A13)</p> <p>“A gente vê que o pessoal se empenha bem, apesar de algumas dificuldades como a falta de recursos humanos e materiais , né!?”</p> <p>Percepção da rede de saúde com problemas na assistência a população em situação de rua pela falta de estrutura e RH (A14)</p> <p>“Aí eu já acho que falta estrutura, tanto de recursos materiais, quanto de recursos humanos mesmo..”</p> <p>Percepção da rotatividade do profissional médico na eSF, que não há criação de vínculo com os usuários e prejudica o serviço da ESF (A14)</p> <p>“Falta muitos recursos humanos.. a rotatividade é bem alta.. os médicos geralmente são contratos ou passam em residência... e acabam que não vinculam o paciente com a equipe, do jeito que a equipe foi projetada. Poderia melhorar nesse ponto.”</p>		
<p>Diz ter dificuldade em encontrar as pessoas em situação de rua para contato posterior a consulta, em caso de continuidade do tratamento (A1)</p> <p>“Você não sabe depois como encontrá-la. Às vezes, eles somem durante um período, durante alguns meses, você não sabe pra onde ele foi. Então nesse intervalo, se sai alguma consulta, você não sabe como fazer pra achá-lo...”</p>	<p>Dificuldade de encontrar a pessoa em situação de rua para a continuidade do tratamento</p>	

Relata que é necessário oportunizar a consulta e fazer todos os procedimentos no mesmo atendimento, pois tem o risco de a pessoa não retornar e não ser mais encontrada. (A2)

“A grande dificuldade dessas pessoas é a questão de você ter que resolver a situação deles naquela mesma consulta e as vezes não dá pra fazer tudo de uma só vez... essa é uma grande dificuldade. Para o morador de rua a gente tem que realizar os procedimentos naquela mesma sessão. Porque senão a gente perde ele. Ele não volta e você não encontra mais ele. Então tem que resolver tudo na mesma sessão. Por exemplo, se tem uma exodontia (extração de dente), se você não faz naquela sessão, provavelmente ele não vai voltar mais. Até porque ele já mudou de endereço, né!?”

Diz que a maior dificuldade no tratamento da PSR, é localizá-la para continuidade do cuidado (A3)

“A nossa dificuldade principal, é dar continuidade ao atendimento. Por exemplo, se eu colho um preventivo de uma paciente que mora na rua, quando eu tenho uma alteração, eu tenho muita dificuldade em achar essa paciente novamente, em fazer com que ela retorne ao serviço, para dar continuidade ao tratamento.”

Relata que a continuidade do tratamento é uma barreira a ser superada no tratamento a população em situação de rua (A5)

“...e tem a questão da continuidade do tratamento, que é uma barreira pra ser superada.”

Relata que a maior dificuldade é não encontrar mais o paciente para a continuidade do tratamento (A6)

“A grande dificuldade é o paciente hoje estar num lugar, e por exemplo, depois

<p>de iniciar o tratamento, você precisar localizar esse paciente, dar continuidade... você não encontra mais ele.”</p> <p>Relata dificuldade em encontrar o usuário em situação de rua após o atendimento, se for preciso (A7)</p> <p>“Ele é atendido como outro morador da região , porém com a dificuldade de encontra-lo depois se for preciso.”</p> <p>Tem percepção de que as pessoas em situação de rua não retornam após o atendimento, por serem itinerantes e são difíceis de localizarem (A8)</p> <p>“Só que eu acho que eles não retornam pro tratamento. Porque um dia eles estão aqui e se acontecer alguma coisa, eles estão em outro lugar.”</p> <p>“...porque é uma pessoa, que precisa do tratamento de todos os profissionais, que você não consegue o contato, que ele não tem um telefone, ele não tem endereço, até o ACS não encontra...”</p> <p>Diz que tem dificuldade de encontrar novamente a pessoa para dar sequência no tratamento, pois ela não dá sequência ao tratamento (A9)</p> <p>“...a gente tem grande dificuldade de encontrar de novo esse paciente, pelo simples fato de eles aparecerem uma vez só e sumir e não dá sequência ao tratamento.”</p> <p>Relata dificuldade de encontrar o usuário após o atendimento (A12)</p> <p>“...fica difícil rastrear essa pessoa depois do atendimento também.”</p>		
<p>Diz que o não é possível conhecer o estado de saúde da pessoa em situação de rua, podendo interferir na realização de procedimentos clínicos (A2)</p>	<p>Desconhecimento do histórico de saúde</p>	

<p>“Em relação a anamnese por exemplo, você nunca conhece a situação real de saúde daquele paciente, principalmente para o dentista que faz um procedimento invasivo”</p> <p>Relata dificuldade de atender e acompanhar a saúde das pessoas em situação de rua, por não ter a sua história médica pregressa e nem prontuário na UBS (A5)</p> <p>“Tem um fator que dificulta que é o acompanhamento da pessoa, sendo que ela não tem prontuário, não tem história pregressa na unidade, né!? Então esse acompanhamento fica um pouco deficitário por conta disso.”</p> <p>Diz ter dificuldade em atender as pessoas em situação de rua por não conhecer a história de saúde pregressa e por essas pessoas não portarem cópias de receitas anteriores (A6)</p> <p>“...nem a própria pessoa conhece qual é o estado de saúde dela, também dificulta pra mim. Não temos prontuário desse paciente e também não tem receitas anteriores, na maior parte das vezes a receita que eles tem, já perderam também...”</p> <p>Diz ter dificuldades no atendimento pela PSR não ter documento, referências ou ficha médica (A8)</p> <p>“Eu acho que tem muita dificuldade para essa pessoa. Bom , ela não tem documento, ela não tem referência, não tem ficha médica...”</p> <p>Relata dificuldade de atendimento por não conhecer o histórico de saúde da PSR (A12)</p> <p>“Tem a questão do receio de atender por não conhecer a saúde da pessoa”</p>		
<p>Diz que a maior dificuldade em atender a PSR, é devido à falta de higiene. (A1)</p>	<p>Desestigmatizar o cuidado</p>	

<p>“A dificuldade maior está em relação à higiene, nem sempre eles vem em condições adequadas...”</p> <p>Reconhece os serviços da APS como local que a PSR sofre preconceito (A2)</p> <p>“Se deslocarem até um local desconhecido, um posto que for, eles vão sofrer preconceito , eles vão ter dificuldade pra chegar. Como eu te falei, eles não se enxergam como cidadão...”</p> <p>Diz que as profissionais de saúde tem medo de atender homens em situação de rua que são usuários de drogas. (A2)</p> <p>“... então parece preconceituoso, mas as mulheres sempre ficam com medo de atender homens que são usuários de droga.”</p> <p>Relata que o acolhimento das pessoas em situação de rua é diferenciado por conter discriminação, por estarem mal vestidos (A8)</p> <p>“Eu acho que é um usuário mais discriminado, né? Porque chega mal vestido, né? Eu acho que é uma pessoa que a gente não acolhe igual as outras pessoas do bairro. Tem um pouco de discriminação com esse usuário.”</p> <p>Relata que a alguns profissionais de saúde questionam quanto a responsabilidade do atendimento as pessoas em situação de rua (A9)</p> <p>“que às vezes muitos profissionais de saúde questionam (o atendimento), quando tem um grande fluxo para atendimento ... ? Você não pode negar o atendimento não...”</p> <p>Diz que tem profissional de saúde que não atende as pessoas em situação de rua por preconceito (A12)</p> <p>“Tem muito profissional que não atende por preconceito”</p>		
---	--	--

<p>“Já vi colegas que estão livres para atender, mas não atendem pela questão de preconceito mesmo...”</p> <p>Relata dificuldade dos profissionais em abordar a população em situação de rua. Diz preconceito dos profissionais com essas pessoas, já presenciando episódio de recusa de atendimento (A13)</p> <p>“Infelizmente a gente tem uma dificuldade de alguns profissionais de abordar esse morador de rua. As vezes tem um pouco de preconceito, infelizmente tem alguns profissionais com essa visão. Eu já presenciei alguns momentos assim, de profissional não atender pelo fato de estar mal vestido, alcoolizado... eu já presenciei em outros locais que eu já trabalhei profissionais que já recusaram de atender o paciente de rua nessas condições, principalmente porque estava alcoolizado.”</p> <p>Tem dificuldade em atender a PSR em abuso de álcool e outras drogas (A6)</p> <p>“Quando o morador de rua vem lúcido eu até consigo atender, mas se estiver muito alterado de álcool ou de drogas, que geralmente usam muito, fica mais difícil.”</p>		
--	--	--

<p>Diz que as vezes há falta de comprometimento da PSR com o tratamento na APS (A8)</p> <p>“ele não tem o comprometimento as vezes, né? Não volta pra tratar, não espera pra ser atendido...”</p> <p>Relata que devido a demora no atendimento, as pessoas em situação de rua não esperam e evadem a UBS (A12)</p> <p>“tem muito morador de rua que não espera a demora pra atender e acaba indo embora.”</p> <p>Relata que há dificuldade na formação de vínculo da pessoas em situação de rua com a equipe de saúde da família, implicando na dificuldade de aguardar o atendimento (A13)</p> <p>“A dificuldade maior é a questão do vínculo deles com a equipe, muitas vezes não esperam nem pra ser atendidos.”</p> <p>Relata que a PSR não conseguem esperar pela consulta, são impacientes (A14)</p> <p>“Porque tem morador de rua, que se ele chega, e se fica um pouquinho esperando, eles ficam impacientes e vão embora , eles não aceitam esperar também.”</p>	<p>Dificuldade da pessoa em situação de rua em aguardar pelo atendimento</p>	
<p>Relata que os profissionais da Atenção Primária à Saúde não tem preparo para o trabalho com a população em situação de rua, sendo necessária capacitação para trabalhar com esse grupo(A4)</p> <p>“A gente está despreparado, a gente não tem capacitação. Acho que falta capacitação, porque você tem que ter um olhar diferente”</p> <p>“Falta capacitação. Cursos de como você vai abordar esse paciente, de como você vai fazer o vínculo com esse paciente, para quando ele necessitar, ele estar de procurando”</p>	<p>Necessidade de educação na saúde (educação permanente)</p>	<p>Estratégias de melhorias do cuidado em saúde para população em situação de rua propostas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde</p>

<p>Diz ser necessário conhecimento do fluxo de atendimento a população em situação de rua dentro da rede de saúde (A4)</p> <p>“Falta conhecer a questão do fluxo... você ter conhecimento do fluxo e poder usar de fluxo para o morador de rua.”</p> <p>Diz que é necessário educação continuada para atender a população em situação de rua (A5)</p> <p>“Tem a necessidade da educação continuada em saúde pra gente atender esse tipo de demanda.”</p> <p>Relata que tem profissionais na rede que não tem perfil para atender a população em situação de rua, sendo necessária a educação permanente (A9)</p> <p>“Eu vejo grande dificuldade também em certos tipos de profissionais... não são todos, porque quem trabalha na área de saúde você sabe como que é... tem que ter perfil. Tem que capacitar esses profissionais...”</p> <p>Percepção que o atendimento a pessoa em situação de rua seria melhor, se os profissionais de saúde fossem orientados sobre as necessidades desse grupo (A12)</p> <p>“(O serviço poderia melhorar) orientando os profissionais da rede sobre as necessidades do morador de rua.”</p> <p>Diz necessária capacitação para atendimento à população em situação de rua e divulgação de informações sobre os serviços do consultório na rua (A13)</p> <p>“Fazer uma reciclagem de tempos em tempos, sobre o atendimento para o morador de rua e falando que existem esse serviço (consultório na rua) disponível... tem muita gente que não tem acesso a essas informações.”</p> <p>Diz que para superar as dificuldades, é necessária a divulgação dos serviços disponíveis, incluindo o serviço do consultório na rua e do fluxo de</p>		
---	--	--

<p>assistência para a pessoa em situação de rua (A13)</p> <p>“E sempre estar divulgando para a rede de saúde os serviços disponíveis para esse público, porque as vezes nem todo profissional entende que o morador de rua não tem uma unidade de saúde de referência, né!? As vezes tem profissional que tem dificuldade de aceitar esse paciente... essa questão de se conhecer essa rede de apoio e o consultório de rua... eu acho que poderia divulgar mais para os profissionais de saúde.”</p>		
<p>Reconhece a busca ativa como estratégia de cuidado para a PSR (A2)</p> <p>“É muito mais fácil atender no local deles, do que se deslocarem até um local desconhecido, um posto que for...”</p> <p>Relata que é importante durante a consulta, procurar identificar onde localizar a pessoa em situação de rua, para um novo contato (A3)</p> <p>“Explicamos que se tiver um exame alterado, a gente precisa de saber onde que vai localizá-lo, é importante saber o local que vai encontrá-lo, fazer essa busca ativa... então a gente tenta primeiro identificar onde que a gente vai conseguir fazer localização desse paciente, e depois direcionar para a parte do motivo que ele procurou a unidade.”</p> <p>Percepção que o atendimento só ocorrerá partir da busca ativa (A8)</p> <p>“Acha que ela (pessoa em situação de rua) é totalmente invisível pra gente. Se a gente não for buscar, fazer uma busca ativa, acho que a gente não vai atender.”</p>	<p>Uso da busca ativa como ferramenta de trabalho</p>	

<p>Percepção da busca ativa como metodologia de trabalho com a população em situação de rua (A14)</p> <p>“a ideia mais central seria não eles virem até nós, nós irmos até eles...”</p>		
<p>Sugere a criação de uma equipe de abordagem de rua da assistência social, para proporcionar banho e higiene a população em situação de rua (A1)</p> <p>“Talvez fosse mais interessante, que tivesse além dos consultórios na rua, que fazem essa avaliação, que tivesse também a assistência de rua, para poder coloca-los com um pouco mais de dignidade e que eles tivessem acesso a um banho, que eles tivessem acesso a higiene básica.”</p> <p>Relata que seria necessário serviço e fluxo prioritário com garantia de exame laboratorial e tratamento no mesmo dia (A3)</p> <p>“Talvez teria que existir um serviço mais aberto nesse sentido... direto para fazer o exame, e se possível tratar já lá também, para a gente não perder a chance de fazer esse exame, porque quando eu agendo ele, eu corro o risco de não conseguir fazer esses exames e tenho a dificuldade de ter esse retorno”</p> <p>Diz que deveria existir uma unidade de referência para tratamento da PSR (A7)</p> <p>“Eu acho que existe uma dificuldade na rede de forma geral, porque eu acho talvez se a gente tivesse uma unidade de referência... porque eu acho que nós temos uma população grande o suficiente que justificasse ter uma unidade de referência. Eu acredito que devesse ter uma unidade de referência para esses pacientes. Assim como existe o consultório de rua.”</p> <p>Diz que seria necessário ter serviço de assistência social para levar as pessoas em situação de rua até a UBS para</p>	<p>Criação de um serviço exclusivo de referência</p>	

<p>tratamentos, pois quando precisam vão em situações de urgência (A8)</p> <p>“Acho que precisaria de ter um serviço de assistência social, uma assistência móvel buscar, porque eles não vem... eles sabem que eles precisam, mas quando eles precisam eles vão só na UPA , na urgência, quando brigam ou quando tem alguma coisa.”</p> <p>Diz que deveria ter local exclusivo para atendimento da PSR (A9)</p> <p>“Eu acho que deveria de ter um local apropriado só para eles, para tirar esse fluxo grande das unidades... porque a gente aqui não tem tantos moradores de rua, mas tem outras unidades que tem muito fluxo de pessoas em situação de rua. A dificuldade é essa, de não ter um direcionamento para onde encaminhar...”</p> <p>“Então, quero dizer, tinha que ter um local apropriado, que tivesse um espaço maior, com o tipo de médico mais preparado, só para aquele atendimento, porque para um morador de rua, a situação dele, tinha que ser resolvida tudo naquele momento.”</p> <p>Diz que seria necessário um local centralizado para atendimento da PSR, como suporte a UBS (A10)</p> <p>“Nós precisamos de um suporte, que tivesse um local mais centralizado pra absorver essa demanda”</p> <p>Diz que ter um centro de referência de atendimento para a PSR melhoraria a assistência (A11)</p> <p>“Eu acho, não sei se é possível, que deveria ter um centro de referência para esse paciente... ajudaria”</p> <p>Diz que a PSR seria melhor atendida, se ficasse em abrigo que fornecesse atendimento à saúde ou acesso a UBS. Percepção que o atendimento seria melhor se houvesse local específico para</p>		
---	--	--

<p>atendimento a esse grupo da população (A12)</p> <p>“(O serviço poderia melhorar) tendo um local específico para o cuidado dessas pessoas.”</p> <p>“Acho que se eles ficassem em um abrigo que fornecessem o atendimento em saúde ou o acesso as unidades de saúde, poderiam ser melhores atendidos.”</p>		
---	--	--

APENDICE H – MATRIZ DE ANÁLISE (CONSULTÓRIO NA RUA)

<p>Relata como principal dificuldade de atendimento do profissional da APS é o receio (medo) de atender a pessoa em situação rua e a dificuldade na escuta de forma humanizada (B1)</p> <p>“O receio de atender... não vou dizer medo, né!? Porque se não fica parecendo que é bicho, né!? Mas um receio por não conhecer a realidade daquelas pessoas... não tem um olhar sobre aquele sujeito de uma forma humana e isso dificulta, porque isso já é a primeira barreira para poder ouvir o que o sujeito pede, o sujeito precisa... então eu acho que uma das principais barreiras é essa.”</p> <p>Diz que o problema da rede de saúde de Contagem no atendimento a PSR é o preconceito (B2)</p> <p>“Eu acho que Contagem tem todo o aparato físico e pessoas também para atender, o problema que eu vejo aqui em Contagem, é o preconceito em relação a população de rua.”</p> <p>Relata sobre a percepção do preconceito que as pessoas em situação de rua sofrem ao chegarem na UBS, quando está acompanhando esses pacientes (B2)</p> <p>“Mas mesmo com a gente, a gente sente o preconceito deles (profissionais da rede de saúde), porque nós somos o povo da rua, então se a gente chega e eu preciso de uma sala para atender o meu paciente, ele é olhado desde a entrada, onde ele desce da ambulância, até quando ele chega nessa sala. Então, as pessoas olham, as pessoas comentam e eles veem, são pessoas comuns, e é difícil pra gente ver o</p>	<p>Preconceito e estigmatização</p>	<p>Barreiras de acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde na ótica da equipe do Consultório na Rua</p>
--	-------------------------------------	---

constrangimento deles. Mas o acesso burocrático com outro médico, ou o gerente, não temos não, é mais tranquilo.”

Relata que as pessoas em situação de rua sofrem discriminação nos serviços de urgência (B2)

“...só que lá eles tem essa questão de serem ignorados, de ter demora de acesso, quando entram não são bem avaliados. Se é população de rua, não olham se tem doença crônica, esquecem que tem um histórico...”

Relata que há estigma dos profissionais de saúde com a população em situação de rua, relacionando-a como violenta e suja. (B3)

“Ainda tem muito estigma dos profissionais, é como se tivesse que ter tratativa diferentes com essa população, então quando chega alguém, a gente já vê um receio, a gente já vê um preconceito. Principalmente porque: - Ah, essa pessoa vai começar a tumultuar o ambiente! porque essa pessoa não vai esperar, ou nojo mesmo, porque ela está suja. Então, assim, tem um estigma muito grande, então acho que não está preparada, nesse sentido, por conta desses estigmas com essa população.”

Diz que o acesso a UBS é facilitado pelo cnR, mas as pessoas em situação de rua não dão continuidade, pelo preconceito dos profissionais e dos usuários da UBS (B3)

“As vinculações geralmente se dão através de nós (Consultório na Rua), mas essa continuidade é muito difícil eles manterem, até mesmo por conta da recepção que eles têm, e do olhar das pessoas que discriminam, não só dos profissionais, mas também das

<p> pessoas que estão no ambiente da unidade de saúde.”</p> <p>Relata que há descaso com atendimento da população em situação de rua (B3)</p> <p>“Tem uma queixa de descaso, descaso com aquele paciente, uma tratativa diferente com aquele paciente, essas são as queixas que a gente costuma receber.”</p> <p>Relata que a rede de saúde tem estrutura para tratar a população em situação de rua, porém existem barreiras de acesso causadas pelo preconceitos dos profissionais (B4)</p> <p>“No meu visto , tem (rede) as condições de tratar, mas encontram as barreiras de que as pessoas (profissionais) tem receio e tem um pouco de discriminação também.”</p> <p>Relata presença de preconceito no acesso aos serviços da UBS (B4)</p> <p>“Quando chegamos com eles chegam no posto de saúde, tem barreira sim... que é pelo preconceito mesmo.”</p> <p>Relata que a maior dificuldade que os profissionais da APS encontram no tratamento da população em situação de rua é com a forma de lidar com esses pacientes (B5)</p> <p>“Eu vejo que tem dificuldade sim. As vezes até um certo manejo, porque lidar com o pessoal da rua não é fácil, tem que ter uma sensibilidade maior.. tem que ter um manejo.”</p>		
<p>Relata que as pessoas em situação de rua encontram barreiras no acesso aos serviços de saúde, como os horários das consultas incompatíveis com o horário da vida na rua e a dificuldade de deslocamento até as UBS (B5)</p>	<p>Horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde incompatível com a vida na rua</p>	

<p>“... já quando chega na área da saúde, são inúmeras as barreiras... horário de consulta, que muitas vezes não compartilha com horário do paciente, dificuldade de deslocamento até o local onde vai ser a consulta, ou seja, muita coisa que ainda precisa ser acertada ... a gente está avançando um pouco...”</p>		
<p>Relata dificuldade em conseguir medicamentos na farmácia, por receitas não adaptadas a realidade de quem mora nas ruas (B1)</p> <p>“... às vezes uma lombalgia que ele tem que pegar um medicamento na farmácia, ele não vai... porque ele não vai conseguir, porque muitas vezes a medicação está no nome comercial, ou não te na rede, ou não coloca o nome do paciente na receita do medicamento e a farmácia não fornece, né!? Coloca como desconhecido, como não referido, então muitas vezes isso dificulta muito...”</p>	<p>Dificuldade em conseguir medicação nas farmácias da rede</p>	
<p>Exigência do documentação para o atendimento (B2)</p> <p>“Então na própria recepção já tem essa barreira: - Ah não, hoje não dá pra atender não! Ah não, você não tem cartão! Então tem muito disso, com problemas de documentação... e eles podem perder a documentação ou ficar guardada em órgãos públicos, tipo o CENTRO POP, e às vezes, no dia que eles precisam apresentar, podem não estar com eles. E essas burocracias vão impedindo o acesso, né!?”</p> <p>Relata da exigência do comprovante de endereço (B5)</p> <p>“Muitas vezes exigem do paciente o comprovante de endereço, que são</p>	<p>Burocratização no acesso aos serviços / Exigência de documentação</p>	

<p>coisas que vão dificultar o acesso do paciente naquela unidade.”</p> <p>Relata que os fluxos de atendimento na rede de saúde são burocráticos para o atendimento a PSR (B5)</p> <p>“As vezes a gente esbarra nos fluxos que tem, na burocracia pra tudo...”</p>		
<p>Diz que as pessoas em situação de rua esperam muito pelo atendimento (B3)</p> <p>“Eu recebo através deles muitas queixas, que eles esperam muito, e, eu sei que essas pessoas esperam mais mesmo.”</p> <p>Relata diferença no atendimento à população em situação de rua, com espera mais prolongada que o habitual (B4)</p> <p>“São atendidos, mas não igual as outras pessoas... Tem diferença... deixam eles esperando além do limite dos outros...”</p>	<p>Espera prolongada pelo atendimento</p>	
<p>Diz que a população em situação de rua está acostumada a ser invisibilizada na rua e que pode acontecer também nos centros de saúde (B2)</p> <p>“Então como eles estão acostumados a ser ignorados na rua, para serem ignorados no centro de saúde é um passo.”</p> <p>Diz que presta assistência para conscientizar sobre os direitos à saúde, à cidadania e de tirar as pessoas em situação de rua da invisibilidade (B3)</p> <p>“Deixar claro que eles estão sendo vistos, que eles também têm direitos, ao cuidado, ao acesso, à</p>	<p>Invisibilização das pessoas em situação de rua pelas Unidades Básicas de Saúde</p>	

<p>saúde, com acolhimento, com atendimento psicológico. Muitas pessoas estão sensibilizados e acreditam que não merecem nada, que eles estão ali, na escória... é mais um acolhimento mesmo, e dessa sensibilização de cuidado.”</p> <p>Relata que a APS não está preparada para o atendimento à população em situação de rua, porque muitas vezes nem sabe que essas pessoas existem (invisibilização) (B5)</p> <p>“A maioria da Atenção Primária não sabe nem que o paciente (em situação de rua) existe...”</p>		
<p>Relata que tem dificuldades de localizar as pessoas em situação de rua no território, por se deslocarem muito (B4)</p> <p>“Tem dificuldade sim, porque como eles deslocam muito, muitas vezes a gente não acha eles onde a gente combinou, as vezes eles esquecem ou pelo uso de entorpecentes, nem sempre a gente encontra eles no lugar que a gente combinou.”</p>	<p>Dificuldade de localização a pessoa em situação de rua no território</p>	<p>Organização da assistência do consultório na rua</p>
<p>Relata que as pessoas em situação de rua encontram barreiras no acesso aos serviços quando vão sozinhas somente com o encaminhamento da Consultório na Rua (B1)</p> <p>“Quando a gente encaminha o paciente direto com uma guia de encaminhamento, muitas vezes esse paciente volta dizendo que deu alguma coisa errada. Ou naquele dia não tinha acolhimento, ou naquele dia não tinha profissional, tem sempre alguma barreira, é comum... não são todos, mas é comum ter uma barreira no acesso quando eles chegam só com uma guia de encaminhamento”</p>	<p>Acompanhamento da pessoa em situação de rua no atendimento à Unidade Básica de Saúde</p>	

<p>Relata que faz o acompanhamento da pessoa em situação de rua em ocasiões que precisam garantir o atendimento na Atenção Primária à Saúde (B1)</p> <p>“E quando a gente precisa de outro profissional da Atenção Básica ou de qualquer outro serviço, normalmente a gente acompanha o paciente. A gente vai, apresenta a pessoa, como se fosse um colega nosso mesmo... a gente apresenta essa pessoa no serviço, para que ele num outro momento se sinta mais seguro, mais fortalecido para chegar e solicitar um atendimento e também para o profissional do outro lado entender que se aquele paciente não for atendido ali, a gente vai estar sabendo... e assim a gente tenta, não no sentido de coagir ninguém, mas de mostrar que aquela pessoa, apesar de estar em situação de rua, ela não está sozinha... tem uma equipe que está do lado dela ali, para fortalecer.”</p> <p>Diz que o atendimento a pessoa em situação de rua acompanhada pela equipe do Consultório na Rua é diferente (B2)</p> <p>“As vezes chega um paciente em situação de rua, que geralmente fala comigo assim: - Olha doutora, se eu estou com você, é uma coisa, se eu estou sozinho é outra.”</p> <p>Diz que é difícil para a população em situação de rua acessar sozinha a APS (B3)</p> <p>“Eu vejo que é muito difícil que eles vão até o local para o acesso sozinhos”</p> <p>Diz que a população em situação de rua acessa os serviços da Atenção Primária à Saúde através do Consultório na Rua (B3)</p>		
---	--	--

<p>“Eu acho que até por isso é muito importante ter o consultório na rua, né!? Porque eles acabam acessando através da gente, mas de ir de livre espontânea demanda, ou vontade, eles acabam não acessando.”</p> <p>Diz que as pessoas em situação de rua são vistas somente quando acompanhadas pela equipe do Consultório na Rua (B3)</p> <p>“Eles são somente vistos quando nós estamos com eles, quando tem algum profissional de saúde com eles, porque a gente briga, a gente entra... mas, quando eles acessam de forma sozinhos, eles enxergam essa dificuldade de acesso, de acolhimento.”</p> <p>Os usuários em situação de rua relatam que o atendimento é diferenciado na presença do Consultório na Rua (B3)</p> <p>“Eu acho que a diferença está no profissional que está ali na ponta. A gente tem essa queixa dos usuários, de que é diferente quando nós estamos com eles...”</p> <p>Relata que a população em situação de rua encontra barreiras de acesso à rede de saúde, desde o porteiro e a recepção das unidades (B5)</p> <p>“ As barreias começam desde a porta de entrada, do porteiro, de quem faz o acolhimento... o nosso paciente encontra muitas barreiras.”</p>		
<p>Diz que a população em situação de rua está aumentando e quando identificados são cadastrados e incluída na rota diária planejada (B1)</p> <p>“porque todo dia que você olha para um esquina e tem uma pessoa nova no local, que não era previamente registrada como do local que você</p>	<p>Processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua</p>	

encontra aquela pessoa e aí a gente começa a ampliar essa rota, faz o cadastramento dessas pessoas e ali mesmo naquele momento, já dá um direcionamento pras demandas de saúde.”

Diz que o processo de trabalho do CnR é planejado previamente e ocorre em todos os Distritos Sanitários (B1)

“A gente roda em todos os distritos sanitários, a gente tem o município dividido em distritos sanitários, e nesses distritos sanitários já tem aquele local de maior concentração, então a gente já faz uma rota para fazer as visitas locais e a medida que vai aparecendo (novas pessoas em situação de rua), mudamos também...”

Descreve o tratamento integral que é feito na rua e a interlocução com outros pontos de atenção na rede de saúde quando necessário (B1)

“Aquilo mesmo que a gente pode fazer na rua, seja um curativo, um teste rápido, uma consulta... agente faz... seja um atendimento de médico, de enfermeiro, de psicólogo, ou direciona ele para algum ponto da rede... seja na urgência, na especializada, na atenção básica... de algo que a gente não consiga ofertar naquele momento, a gente direciona, ou então vai ouvir daquele sujeito que ele está bem de saúde, que não precisa de nada, e a gente já se identificou, já identificou o serviço, para depois a gente voltar... e pergunta inclusive se pode voltar...”

Relata que o CnR realiza o tratamento integral no território rua (B2)

“A gente faz a atenção primária, prevenção, tratamento... no território.”

Relata uso da Redução de Danos no trabalho na rua (B2)

“Então a nossa atividade é muito diversificada, a gente procura controlar os pacientes com diabetes, hipertensão, às vezes as pessoas com uso de substância, no sentido de reduzir o uso, na lógica da redução de danos”

Diz que o profissional do cnR tem que ter uma postura diferente para formar o vínculo com o paciente (B2)

“Eu brinco assim: - eu tenho que ser médica do consultório na rua! Tem uma postura diferente, uma abordagem diferente, linguajar diferente, do que eu ficar atrás de uma mesa, com jaleco: - oi tudo, bem? O que vc tem? As vezes eles não vão falar...”

Diz que realiza o trabalho da APS in loco respeitando a vontade da pessoa e auxiliando na saída das ruas (B2)

“A gente faz todo o papel da APS na rua e procuramos promover saúde no sentido de que ninguém está querendo tirar ele da rua, queremos fazer com que ele esteja bem, tenha saúde e qualidade no lugar que ele tá, para fortalecer a sair daquela condição.”

Relata que o trabalho que desenvolve na rua é de acolhimento, de sensibilizar para a necessidade do tratamento de saúde (B3)

“A minha atuação (psicologia) na rua é mais de acolhimento, de sensibilização, intermediar um pouco a questão do conflito, às vezes até entre eles mesmos... a questão do acesso, os cuidados de saúde, porque eles não têm essa sensibilização de cuidado, então é mais a sensibilização de tratamento, de cuidados em saúde.”

Relata que levam as pessoas que tem dificuldade de acesso até a UBS e as outras faz o direcionamento(B3)

“Nem sempre nós levamos até a unidade, nós direcionamos e tem pessoas que acessam, aquelas que a gente vê que tem uma certa dificuldade, aí sim, a gente vai com ela, e apresenta à equipe, e discute esse caso... mas às vezes é só um direcionamento mesmo essa pessoa vai”

Relata que mediam o acesso com os serviços da APS, acompanham o usuário e discutem o caso com as equipes (B3)

“Geralmente, a gente costuma apresentar o paciente pra equipe, ou para algum profissional. A gente convida (a PSR) para conhecer: - Vamos lá conhecer a UBS, ou tal lugar, o CAPS, por exemplo... para que eles se sintam seguros naquele ambiente, e, que seja uma garantia que ele vai ser acolhido ali, né!? Nós realizamos a discussão de casos com as equipes de saúde. Geralmente quando a gente vai fazer uma veiculação necessária, até com pessoas que estão com superação de rua, a gente já veicula a uma UBS e já vira referência. Nós vamos até a equipe, discutimos o caso do paciente que a gente acompanha. Às vezes eles precisam de um acompanhamento ali, semanal ou alguma coisa assim mais recorrente, que a gente não consiga acompanhar, a gente direciona essas pessoas até a unidade.”

Relata que o usuário em situação de rua, após o direcionamento da equipe do Consultório na Rua, na maioria das vezes, é atendido na UBS (B3)

“Sim, (é atendida após ser encaminhada pelo Consultório na Rua). Eu acredito que sim. Ela é

<p>acolhida às vezes não como ela gostaria né!? elas queixam de espera, mas ela é recebida na maioria das vezes e sim, ela é atendida.”</p> <p>Diz que realiza o serviço da equipe de saúde da família no território da rua. Faz o tratamento no cenário da rua, e as demandas que não conseguem resolver, fazem a interlocução com as UBS (B5)</p> <p>“A gente é uma equipe de saúde da família na rua, né!? Faz a abordagem, escuta as demandas do paciente e tenta resolver ali mesmo. O que a gente não consegue resolver a gente insere esse paciente na UBS.”</p>		
<p>Relata problemas no atendimento no serviços de urgência, quando se precisa da continuidade do cuidado (B1)</p> <p>“Agora, se ele está dentro de um serviço de urgência que demanda um tratamento, uma receita para buscar um medicamento na farmácia, esse paciente muitas vezes não é orientado. Então muitas vezes ele não dá prosseguimento ao tratamento... de uma tuberculose, de um HIV... às vezes uma lombalgia que ele tem que pegar um medicamento na farmácia, ele não vai... quando a gente pensa no imediato, ele consegue, mas no prosseguimento do cuidado, tem barreira.”</p> <p>Relata que não há comunicação entre o serviço de urgência com a equipe do Consultório na Rua , acarretando problemas na assistência as pessoas em situação de rua (B2)</p> <p>“igual, se tem o consultório na rua, que está atendendo ele na rua, então essa equipe tem o histórico</p>	<p>Falta de comunicação entre os serviços de urgência e a equipe do consultório na rua</p>	

<p>(médico) do paciente e eles (profissionais dos serviços de urgência) não procuram saber. Na alta, eles abrem a porta e o paciente vai embora e é registrado como evasão. Então esse paciente é ignorado na rede da ponta até a atenção terciária.”</p>		
<p>Relata que as pessoas em situação de rua não procuram mais o atendimento quando encontram barreiras no acesso no primeiro atendimento (B1)</p> <p>“porque se ele recebe um não no primeiro momento, ele vira as costas e vai embora e o problema de saúde vai junto com ele, não retorna mais...”</p> <p>Diz que se não tiver uma atenção que leva em conta as especificidades do paciente, ele não retornará para novo atendimento (B2)</p> <p>“O paciente tem um linguajar diferente, tem uma postura diferente, uma forma de dizer diferente, e, se isso não é avaliado, não é levado em conta, ele (pessoa em situação de rua) vai ignorar a consulta, ele não vai voltar.”</p>	<p>O usuário em situação de rua não retorna ao serviço frente a tentativas anteriores mal sucedidas</p>	<p>Procura pelos serviços de saúde pela população em situação de rua na ótica da equipe do Consultório na Rua</p>
<p>Relata que a pessoa em situação de rua é atendida em situações de urgência (B1)</p> <p>“Numa situação de urgência ele é atendido. Naquele imediatismo ele é atendido”</p> <p>Diz que a população em situação de rua procura os serviços de urgência por serem de baixa exigência (B2)</p> <p>“Eles acessam muito mais o serviço de urgência do que a UBS, porque a UBS tem a burocracia, a demora, o tempo de espera... e o serviço de urgência é rápido. E geralmente eles</p>	<p>Primeiro local de procura pelos serviços de saúde</p>	

<p>procuram com uma urgência (médica)”</p> <p>Relata que a população em situação de rua acessa pouco a UBS, procuram atendimento quando estão com problemas de saúde grave e vão na UPA (B3)</p> <p>“Eles acessam muito à urgência, quando estão passando muito mal, ou quando estão com algum problema grave, que é a UPA, mas unidade básica de saúde é muito difícil de ir e fazer um acompanhamento. É o que eu vejo, né!? Que eles não vão (às UBS).”</p> <p>Diz que o acesso aos serviços da UBS não é bom e a população em situação de rua não procura muito esse serviço, buscam o atendimento na UPA (B4)</p> <p>“O acesso deles ao posto não são muito bons, não. Porque na verdade, eles não procuram muito... a verdade é essa, eles não procuram muito o serviço do posto de saúde. No caso do serviço de urgência, eles procuram é a UPA, e são atendidos”</p>		
<p>Diz que as pessoas em situação de rua tem dificuldade em acessar e aguardar pelo atendimento nas unidades de saúde, pela burocracia dos serviços e pela dificuldade em verbalizar sua queixa (B2)</p> <p>“Quando ele procura, as vezes ele não sabe verbalizar o que ele quer... tipo igual uma criança, ele tem dificuldade de verbalizar, porque ele não está acostumado... eu falo que são sociedades a parte, a sociedade da população em situação de rua não tá acostumada a ter que chegar, a ter que esperar e aguardar o serviço, tem toda uma burocracia... isso não faz parte da rotina deles e pra gente compreender também que</p>	<p>Dificuldade em aguardar pelo atendimento</p>	

<p>eles não tem isso, que tem prioridade nos serviços... é difícil, pois há outras demandas na rua pra eles resolverem que também são urgentes”</p> <p>Relata que a população em situação de rua gosta de ter seu problema de saúde resolvido no dia (B2)</p> <p>“Então, se a população em situação de rua chega aqui hoje, eles gostam de ser atendidos hoje e terem os problemas resolvidos hoje. É lógico que não tem que liberar tudo, fazer um fluxo só pra eles, mas tem peculiaridades dessa população”</p> <p>Relatam que as pessoas em situação de rua querem resolver logo a demanda de saúde e não tem paciência de esperar (B5)</p> <p>“Até mesmo porque os nossos pacientes não gostam muito de obedecer muito fluxo não... eles tem uma demanda de urgência.. eles querem resolver logo, eles não tem muita paciência de esperar...”</p> <p>“...eles (pessoas em situação de rua) não tem aquela paciência de esperar o profissional que vai atender...”</p>		
<p>Diz que a equipe do Consultório na Rua faz o trabalho ativo de busca das necessidades de saúde da população em situação de rua, mas por vezes encontram resistência das próprias pessoas em situação de rua em serem atendidos (B4)</p> <p>“O atendimento do consultório na rua busca essa população, busca a saúde deles mesmo. E tem muitas vezes, a gente busca eles e eles não querem, não aceitam. Muitas</p>	<p>Dificuldade de adesão ao tratamento nas Unidades Básicas de Saúde</p>	

<p>das vezes são eles mesmo que não aceitam.”</p> <p>Relata que as UBS e o CnR tem boa interlocução no tratamento da população em situação de rua, mas algumas dessas pessoas apresentam resistência para realizar o tratamento de saúde (B4)</p> <p>“Tem uma certa dificuldade, porque as vezes quando a gente vem nos postos, mas tem até a própria população em situação de rua, que tem resistência de vir também. Mas entre nós, consultório na rua e os postos, é uma parceria até boa, eles atendem a gente bem.”</p>		
<p>Relata que o acesso a APS está condicionado a postura do profissional que faz o atendimento (B1)</p> <p>“Se é um profissional que está sensibilizado, que conhece não só a legislação, mas que se preocupa com o atendimento, essa pessoa vai conseguir ser atendida, ser devidamente referenciada na rede; caso contrário, ali se forma uma barreira, onde inclusive essa pessoa vai negligenciar sua própria saúde”</p> <p>“O acesso vai depender muito do profissional que está do outro lado.”</p> <p>Relata que o cnR trabalha com a população em situação de rua, por precisarem de um cuidado específico, nas suas peculiaridades (B2)</p> <p>“É uma população muito específica, muito carente.. carece mais um cuidado de uma atenção diferenciada, até de você entender o motivo, de acolher nas suas necessidades... porque ele não vem à toa... o consultório na rua não atende esse e acompanha paciente a toa.”</p>	<p>Utilização de tecnologias leves no cuidado as pessoas em situação de rua</p>	<p>Estratégias de melhorias do cuidado à saúde da população em situação de rua na percepção da equipe do Consultório na Rua</p>

Diz que o atendimento a população em situação de rua tem que considerar as necessidades da rua, diferentes do paciente que tem domicílio (B2)

“Ter boa vontade de entender que é um paciente específico, ter equidade, você não pode tratar ele como uma pessoa que tem casa, que tem tempo, como uma senhora que já é aposentada... é totalmente diferente, você atender um paciente que está aqui, mas tem hora para ir embora, porque tem que comer, porque tem hora no restaurante popular; tem hora pra dormir, às vezes tem a fissura da droga, então é totalmente diferente.”

Diz que a experiência em atender no cnR seria bom para o profissional da Atenção Básica desenvolver um atendimento diferenciado (B2)

“Minha vontade é que fosse todo mundo para o consultório na rua... ou saísse para atender com a gente... porque é difícil você explicar como que você vai ter um atendimento diferenciado., tem que ser mais humanizado... mas eu acho que se a Atenção Básica quisesse ouvir a gente que está ali o tempo inteiro, poderia ir um dia ver como que é a situação, como que a gente aborda, como que é esse paciente fora da dor, né!? Porque às vezes ele chega aqui com dor e é diferente. – Vamos lá ver como que ele é no cenário dele...”

Diz que a rede de saúde precisa de uma sensibilização, de humanizar o atendimento e de entender as especificidades da população em situação de rua (B3)

“Eu acho que precisa de uma sensibilização mesmo, da equipe um todo. Uma sensibilização do acesso dessas pessoas; de que as vezes vão vir até com o cachorro do

<p>lado. Um olhar diferenciado, de que aquelas pessoas ali, já estão num grau de fragilidade diferente, já se sentem julgadas, rejeitadas. É mais uma sensibilidade mesmo, de atendimento. A gente não tem que ter uma preparação específica, mas uma atenção humanizada mesmo.”</p> <p>Diz que a unidade de saúde não tem um olhar diferenciado para o usuário em situação de rua e não se forma o vínculo (B5)</p> <p>“A unidade de saúde as vezes não tem o olhar sensibilizado para esse paciente e ali ele acaba se perdendo, tem que formar o vínculo com esse paciente.”</p>		
<p>Relata ser necessária capacitação e sensibilização dos profissionais para o atendimento a PSR (B1)</p> <p>“Eu acho que tinha que ter uma política pública implantada no município voltada a essa população, para sensibilizar e capacitar os profissionais, que além de tudo, de ser um direito daquela pessoa ser bem atendida, dentro dos princípios do SUS, que aquele profissional tenha um olhar, não por uma imposição, mas por uma sensibilização dos direitos do outro, da pessoa como um ser humano.”</p> <p>Diz que a rede de saúde está preparada para o atendimento a PSR, mas falta capacitação dos profissionais de saúde (B2)</p> <p>“Então preparado tá (rede de serviços), falta é ter a capacitação e boa vontade dos profissionais.”</p> <p>Relata que falta boa vontade e manejo dos profissionais para o atendimento à população em situação de rua (B2)</p> <p>“Preparado, todo mundo tá... porque população em situação de rua não</p>	<p>Necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades da PSR</p>	

difere em nada dos outros pacientes que tem casa... enfim, eu acho que conta muito a boa vontade (dos profissionais).”

“Eu acho que tem uma dificuldade que não é nem técnica de atender, porque todo mundo que está atuando na atenção primária tem uma capacidade técnica de atender; mas de manejo.”

Diz que nem todas os profissionais estão preparados para o atendimento à população em situação de rua e que falta humanização no atendimento (B3)

“Acho que a gente não pode generalizar, que as pessoas não estão preparadas. Mas eu acho que uma coisa básica, é a humanização do atendimento, que precisa ser realizado por todo o mundo, e, algumas pessoas, não têm essa sensibilização, na ponta ou na rede como um todo. Eu não acredito que sejam todas as pessoas que estão despreparadas, a questão é o atendimento humanizado mesmo, tem as especificidades dessa população, que é diferente sim, mas a base é o atendimento humanizado.”

Diz que nem todos os profissionais estão preparados para o atendimento com a população em situação de rua, pela falta de capacitação ou preconceito, sendo necessário capacitação (B4)

“Eu acho que eles (profissionais) não estão todos preparados, mas o povo da rua encontra uma barreira, que não sei se é o preconceito mesmo ou a falta de saber como lidar com eles. Precisaria de preparar todos os profissionais da rede pra esse atendimento.”

Diz que falta capacitação para a rede de saúde atender a população em situação de rua e é necessário a

<p>apresentação do serviço do consultório na rua (B5)</p> <p>“Eu acho que falta treinamento, capacitação. Está precisando de uma capacitação, de chamar a rede, apresentar o que é o trabalho do consultório na rua, de trabalhar esse tema nos postos, o que é o paciente em situação de rua...”</p>		
--	--	--

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Universalização do acesso: um desafio para população em situação de rua

Pesquisador: FERNANDO BRAZ PIUZANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46575/21.3.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.756.350

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Tema: Atenção Integral à saúde de grupos vulneráveis. **Objeto de pesquisa:** Atenção à saúde da população em situação de rua. **Relevância social:** O presente estudo pretende fornecer informações para melhor compreensão a respeito das características da população em situação de rua no município de Contagem/MG, possibilitando adotar estratégias e fluxos que favoreçam e melhorem o trabalho dos profissionais que atuam na assistência para esse público-alvo. Além disso, poderá contribuir para futuros estudos e para a construção de políticas públicas mais equânimes no município. **Tipo de abordagem metodológica:** Pesquisa qualitativa, de caráter descritiva exploratória. **População:** Participam do estudo a população adulta em situação de rua, profissionais da Atenção Primária à Saúde e do Consultório na Rua do Município de Contagem, Minas Gerais. **Amostra a ser estudada:** O estudo será realizado com todos os profissionais da equipe do Consultório na Rua (6 profissionais) uma amostra do tipo não-probabilística intencional constituída por 12 moradores em situação de rua e 10 profissionais da Atenção Primária à Saúde do Distrito Sanitário Eldorado. **Local do desenvolvimento da pesquisa:** O estudo será realizado no Distrito Sanitário Eldorado, por se tratar do distrito sanitário com maior presença de pessoas em situação de rua em Contagem/MG. **Existência ou não de intervenção direta sobre a exposição:** não se aplica. **Estudo observacional (não há intervenção direta do pesquisador com a relação**

Endereço: JOSE LOURENÇO KILMER S/N
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 3102-3788 Fax: (32) 3102-3788 E-mail: cep.propos@ufjf.edu.br



UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG



Continuação do Processo: 4.758.360

analisada). Existência e tipo de seguimento dos indivíduos: não se aplica. Pesquisa transversal (não há período de acompanhamento dos indivíduos)."

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

"objetivos da pesquisa:

Conhecer como é o acesso ao serviço da APS pela população em situação de rua no município de Contagem, Minas Gerais.

A) identificar as barreiras de acesso ao serviço da APS na percepção das pessoas em situação de rua e dos profissionais da equipe do consultório na rua do município de Contagem, Minas Gerais;

B) identificar as dificuldades dos profissionais da APS em atender a população em situação de rua no município de Contagem/MG;

C) analisar se o serviço da APS de Contagem está organizado de acordo com os princípios da Política Nacional da População em Situação de Rua."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

"Os riscos existentes, de exposição dos participantes e dos dados oriundos da resposta a entrevista são mínimos. Em virtude disso, serão reduzidos da seguinte forma: somente o pesquisador responsável e a equipe de pesquisa terão acesso aos dados coletados; todos os dados coletados serão armazenados em local apropriado, inacessível ao público e por um período de 5 (cinco) anos. Após esse período, todos os dados coletados serão deletados. Desconfortos durante a participação do estudo serão minimizados, garantindo aos participantes liberdade para não responder questões constrangedoras.

Será garantido aos participantes confidencialidade e privacidade; proteção da imagem e a não estigmatização; não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos (as)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.038-000

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3102-3788

Fax: (32)3102-3788

E-mail: cnp.proceso@ufjf.edu.br



Continuação do Projeto: 4.758.350

participantes.

Caso aconteça algum dano ao participante, resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, medidas indenizatórias serão adequadamente providenciadas, de acordo com a legislação vigente.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta os INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 Item 3.3 letra h.

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 2100-3788 Fax: (32) 2100-3788 E-mail: cep.projecao@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.758.300

Recomendações:

Reforçar as medidas de segurança pessoal, higiene e controle sanitário da equipe de pesquisa, durante os deslocamentos para qualquer atividade do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1744941.pdf	04/05/2021 11:27:21		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/05/2021 11:24:40	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito
Outros	APENDICE_E_Avaliacao_psiquica_para_aplicacao_nas_pessoas_em_situacao_de_rua.docx	29/04/2021 11:32:20	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito
Outros	APENDICE_C_Entrevista_para_aplicacao_nas_pessoas_em_situacao_de_rua.docx	29/04/2021 11:28:39	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito
Outros	APENDICE_B_Entrevista_para_aplicacao_nos_profissionais_do_consultorio_nua.docx	29/04/2021 11:27:27	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito
Outros	APENDICE_A_Entrevista_para_aplicacao_nos_profissionais_da_APS.docx	29/04/2021 11:23:03	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia_Fernando_Braz_Piuzana.pdf	29/04/2021 11:19:39	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	APENDICE_D_TCLE.docx	29/04/2021 11:19:14	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito

Endereço: JOSE LOURINCO HELMER SN
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 35.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (021)100-3788 Fax: (021)100-3788 E-mail: cep_processo@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.758.350

Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE.docx	29/04/2021 11:19:14	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Fernando_Braz_Piuzana.docx	29/04/2021 11:18:59	FERNANDO BRAZ PIUZANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 07 de Junho de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3785 Fax: (32)2102-3785 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br