

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ISABELLA CHRISTINA DE OLIVEIRA VALENTIM

**O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O QUE DIZEM AS PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RUA**

Maceió

2017

ISABELLA CHRISTINA DE OLIVEIRA VALENTIM

**O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O QUE DIZEM AS PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE RUA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Enfermagem e Farmácia, da
Universidade Federal de Alagoas, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Laís de Miranda Crispim
Costa.

Maceió

2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

V156a Valentim, Isabella Christina de Oliveira.

 O acesso aos serviços de saúde: o que dizem as pessoas em situação de rua /
Isabella Christina de Oliveira Valentim. – 2017.
 76 f.: il.

 Orientadora: Laís de Miranda Crispim Costa.

 Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade
Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2017.

 Bibliografia: f. 58-64.

 Apêndice: f. 65-70.

 Anexos: f. 71-76.

 1. Enfermagem. 2. População em situação de rua – Maceió (AL). 3. Acesso aos
serviços de saúde. I. Título.

CDU: 616-083:614-058.17

Folha de Aprovação

ISABELLA CHRISTINA DE OLIVEIRA VALENTIM

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O QUE DIZEM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao corpo docente do curso de graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Alagoas.

Profa. Dra. Laís de Miranda Crispim Costa (Orientadora) – ESENFAR/UFAL

Banca examinadora:

Prof. Msc. Danielly Santos dos Anjos Cardoso – ESENFAR/UFAL

Profa. Esp. Jorgina Sales Jorge – ESENFAR/UFAL

Dedico esse trabalho às pessoas em situação de rua que enfrentam diariamente as injustiças e iniquidades sociais, que possuem seus direitos sociais e de saúde violados, e que, em meio a tanta vulnerabilidade, permanecem em luta. Em especial, àquelas que se disponibilizaram a participar do estudo da pesquisa, que se expuseram e me trouxeram tantas afetações e tantos ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

À mainha, Ana, e ao painho, Val, que permanecem se esforçando para me promover suporte a minha formação, que me cuidaram e se dedicaram a mim e a minha irmã sem hesitar de abdicar de tantas coisas para que pudéssemos chegar aonde chegamos. Mesmo com tantas dificuldades, acertos e erros, contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa.

À Amanda, minha irmã, que a sua maneira me ajudou e me apoiou durante toda minha graduação. Gratidão pelo cuidado.

À Maya, meu bem, que com sua paciência e leveza diante do turbilhão de ansiedade que passei nesse processo, esteve presente durante todos os momentos. Teu afeto, cuidado, amor, energia, luz (e puxões de orelha) foram/são muito importantes para mim. Embora esteja há um tempo distante fisicamente, tu sempre se fez muito presente aqui em mim. Gratidão por compartilhar tantas coisas boas comigo e por estar aqui nesse fechamento de um ciclo meu, dando força, incentivo e me fazendo acreditar que posso estar onde eu quiser me colocar.

À Isadora e Thayse, amigas lindas que a graduação me trouxe e que nesse final de graduação estreitaram os laços comigo. Que felicidade que tenho em poder compartilhar tanto crescimento ao lado de vocês. Que bom que estamos conduzindo essa amizade para além da universidade. Vocês foram essenciais nesse processo e eu sou muito grata por todo apoio, força, incentivo e cuidado.

À Carol (vizinha) e Andreza, que se mantiveram presentes e disponíveis, que me cuidaram e se preocuparam o tempo inteiro com meu bem estar durante essa fase. Vocês são lindas! Sou muito feliz por ter ganhado esse presente, que são vocês, nesse ano. Foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui. Gratidão por todo apoio e incentivo.

À Nayara, que em tantos momentos ao longo da graduação me apoiou e me deu bastante incentivo. Você foi muito importante durante todo esse processo. Gratidão!

À Amanda, Andressa, Cássia, Edite, Gina, Glícia, Ilane, Lanna, Laura, Lena, Mari, Natália, Nativa e Samara, amigas lindas que estiveram na torcida para essa finalização. Vocês são luz na minha vida! Sou muito grata por ter a oportunidade de tê-las

aqui. Não tenho palavras para agradecer o cuidado e o carinho que tiveram comigo, além do incentivo e apoio que me deram sempre.

À Laís, minha orientadora, que não só agora como em tantos outros momentos da graduação me deu oportunidade de crescer, que tanto me ajudou, trouxe contribuições e tanto me ensinou. Que me apoiou e acreditou em mim. Sou muito grata por tê-la como orientadora e por tê-la na vida. Gratidão pela compreensão para que eu conseguisse enfim concluir essa etapa. Admiro muito você!

À Jorgina e à Danielly, professoras e banca. Jorgina, que com sua leveza sempre esteve disponível, que tanto me incentivou, acolheu docemente e me inspira diariamente com seu trabalho e dedicação à população em situação de rua. Danielly, que com suas contribuições não só agora, como ao longo de outros projetos de extensão, trouxe muitos ensinamentos para mim. Gratidão pelos direcionamentos, paciência e sugestões.

Às pessoas em situações de rua, que foram tão solícitas e se disponibilizaram a participar da minha pesquisa. Que me acolheram e me receberam tão bem. Que me trouxeram tantos ensinamentos e afetações. Gratidão!

Aos profissionais das seis equipes do Consultório na Rua, que me acolheram tão bem e se dispuseram a me receber em todos os dias possíveis para que eu pudesse realizar minha pesquisa. Sou muito grata pelo cuidado, pelos ensinamentos e pela disponibilidade de vocês.

Muito amor e gratidão por vocês.

Não somos lixo

Não somos lixo.
Não somos lixo nem bicho.
Somos humanos.
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
Não somos bicho e nem lixo.
Não somos anjos, não somos o mal.
Nós somos arcanjos no juízo final.
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.
Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.
Não somos lixo.
Será que temos alegria? Às vezes sim...
Temos com certeza o pranto, a embriaguez,
A lucidez e os sonhos da filosofia.
Não somos profanos, somos humanos.
Somos filósofos que escrevem
Suas memórias nos universos diversos urbanos.
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.
Não somos bicho nem lixo, temos voz.
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasma.
Existem aqueles que se assustam,
Não estamos mortos, estamos vivos.
Andamos em labirintos.
Dependendo de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

Carlos Eduardo Ramos (Morador das Ruas de Salvador)

RESUMO

As pessoas em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade a diversas situações, dentre elas a vulnerabilidade social e de saúde. Viver em situação de rua expõe essas pessoas a riscos que fazem com que essa população requeira uma abordagem singular na atenção à saúde. Dentre esses riscos podemos citar: violência, alimentação incerta, baixas condições de higiene, pouca disponibilidade de água ou água de baixa qualidade, privação de sono, privação de afeto, variações do tempo, vergonha, autocuidado prejudicado e, principalmente, cobertura e acesso limitado aos serviços de saúde. Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar o que dizem as pessoas em situação de rua sobre o seu acesso à rede de atenção psicossocial. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, que teve como cenário os locais de atuação das seis equipes de Consultório na Rua de Maceió. Os participantes da pesquisa foram pessoas em situação de rua na cidade de Maceió. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e estar em situação de rua. A coleta dos dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, e se deu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, sendo realizadas 19 entrevistas, entre os meses de abril e julho de 2017, seguindo a saturação dos dados. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade de análise temática. A análise dos resultados apontaram três categorias: 1) Só é possível pensar na Equidade em saúde para uma pessoa em situação de rua a partir da desconstrução de sua invisibilidade social; 2) Cadê a Universalidade? Se *“quando dá para ser atendido, beleza! Quando não a gente vai se virando”*; 3) Para ter acesso à rede, a saída é o Consultório na Rua. Os resultados desse estudo demonstraram que ainda existem muitas barreiras para que a população em situação de rua consiga acessar os serviços de saúde, embora este deva ser garantido por meio das políticas públicas. Verificou-se que a partir do momento que o princípio da universalidade é fragilizado, isto também tem implicações na efetividade dos outros princípios fundamentais do SUS, como a equidade. Assim, diante de um contexto de desigualdade social, isso se reflete nos limites do acesso aos serviços e, conseqüentemente, na garantia do atendimento integral. Nesse sentido, há de se compreender a necessidade de se refletir sobre as formas de ampliar o acesso e expandir ações de cuidado de modo a implicar serviços, gestores e políticas públicas para essa população.

Palavras-chaves: Enfermagem. Acesso aos serviços de Saúde. Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

The population in street situation is more vulnerable to varied situations, among them social and health vulnerability. To live in a street situation expose these people to risks that make this population require a single health care approach. Among these risks we can mention: violence, uncertain food, low hygiene conditions, poor availability of water or poor quality of water, sleep deprivation, deprivation of affection, variations in time, shame, impaired self-care and, mainly coverage and limited access to health services. Therefore, the objective of this study is to analyze what street people have to say about their access to the psychosocial care network. This is a qualitative, exploratory-descriptive study that had as a scenario the locations of six teams of the Maceió's Street Clinic (Consultório na Rua). The participants of the survey were street people in the city of Maceió. The inclusion criteria were: to be 18 years of age or older and to be in a street situation. Data were collected after approval by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Alagoas, and it was done through a semi-structured interview script, being carried out 19 interviews, between the months of April and July of 2017, following the saturation of the data. To analyze the data, the content analysis was used in the thematic analysis modality. The analysis of the results pointed out three categories: 1) It is only possible to think about Equity in health for a person in a street situation from the deconstruction of their social invisibility; 2) Where is the Universality? If "when we can get access fine, when we don't we try to solve it ourselves"; 3) To get access to the network the solution is the Street Clinic. The results of this study showed that there are still many barriers for the street population to access health services, although this must be guaranteed through public policies. It has been found that once the principle of universality is fragile, this also has implications for the effectiveness of the other fundamental Unified Health System (UHS-SUS) principles, such as equity. Thus, faced with a context of social inequality, this is reflected in the limits of access to services and, consequently, in the guarantee of integral care. Therefore, one must understand the need to reflect on ways to expand access and expand care actions in order to imply services, managers and public policies for this population.

Key words: Nursing. Access to health services. People in street situation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HGE	Hospital Geral do Estado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSR	População em situação de rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização geral dos participantes da pesquisa. Maceió, 2017.....	26
---	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.	METODOLOGIA.....	20
3.1	Tipo de estudo	20
3.2	Cenário do estudo	20
3.3	Participantes do estudo	21
3.3.1	Crerios de inclusão e exclusão	22
3.4	Produção de informações	22
3.4.1	Instrumentos para produção das informações.....	22
3.5	Procedimento e aspectos éticos	23
3.5.1	Organização das informações e suporte teórico	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
4.1	Caracterização dos participantes	26
4.2	Só é possível pensar na Equidade em saúde para uma pessoa em situação de rua a partir da desconstrução de sua invisibilidade social.	27
4.3	Cadê a Universalidade? Se “quando dá para ser atendido, beleza! Quando não, a gente vai se virando”.....	38
4.4	Para ter acesso à rede, a saída é o Consultório na Rua.....	46
5	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS.....	58
	APÊNDICES:	65
	APÊNDICE A (ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA).....	66
	APÊNDICE B (AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS MACEIÓ).....	67
	APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.).....	68
	APÊNDICE D (QUADRO DE ANÁLISE TEMÁTICA).....	70
	ANEXOS.....	70
	ANEXO A (PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA)	71
	ANEXO B (COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO)	75
	ANEXO C (MEMÓRIA FOTOGRÁFICA DO CENÁRIO).....	76

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a percepção das pessoas em situação de rua sobre o seu acesso à rede de atenção psicossocial. O interesse por esse tema se deu a partir da vivência no Consultório na Rua ocorrida no ano de 2014, como bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde – PET Saúde – Redes de Atenção à Saúde – Rede de Atenção Psicossocial, o qual propunha estudos teóricos e a inserção de estudantes na prática de alguns pontos de atenção dessa rede. Essa experiência possibilitou o despertar para compreensão de como se dá o acesso a algum tipo de serviço de saúde pelas pessoas que vivem em situação de rua.

De acordo com o Decreto nº 7.053 de 2009, a população em situação de rua é definida como:

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)

As pessoas em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade a situações adversas, dentre elas a vulnerabilidade social e de saúde (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Essas vulnerabilidades determinam condições de vida que interferem diretamente no processo saúde-doença-cuidado específico destas pessoas (BARATA et al, 2015).

Viver em situação de rua expõe homens, mulheres e crianças a riscos que fazem com que essa população requeira abordagem específica das equipes de saúde sob diversos aspectos. Dentre esses riscos podemos citar: violência, alimentação incerta, baixas condições de higiene, pouca disponibilidade de água ou água de baixa qualidade, privação de sono, privação de afeto, variações do tempo, vergonha, autocuidado prejudicado e, principalmente, cobertura e acesso limitado aos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

O acesso amplo e seguro da população em situação de rua aos serviços e programas das políticas públicas de saúde, educação, assistência social, previdência e segurança foi proposto desde a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009). Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) visa a garantia dos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilidade, humanização, equidade e da participação social, uma vez que, considera o usuário de modo singular, na integralidade e na inserção sociocultural, propiciando a

construção da promoção da saúde no tocante à atenção em saúde à população em situação de rua (BRASIL, 2012b).

Com vistas a organizar os serviços de saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, além de pessoas em vulnerabilidade, a exemplo da população em situação de rua, a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as diretrizes e os objetivos da rede está a promoção da equidade, o combate a estigmas, a garantia de acesso e qualidade de serviços, a oferta de cuidado integral e a integralidade dos pontos de atenção à saúde. A RAPS é constituída por Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centros de convivência (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, II, III, AD, ADIII, CAPSi), Atenção de urgência e emergência (SAMU 192, Sala de estabilização, UPA 24 horas, Pronto Socorro), Unidade de Recolhimento, Atenção hospitalar com leito e enfermaria especializada em Hospital Geral e Residência Terapêutica (BRASIL, 2011).

Para combater as iniquidades em saúde o Ministério da Saúde vem implementando as Políticas de Promoção da Equidade, com o intuito de diminuir as vulnerabilidades resultantes de determinantes sociais da saúde, as quais alguns grupos populacionais estão mais expostos, a exemplo das pessoas em situação de rua. Essas políticas formam um conjunto de ações e serviços de saúde priorizados em função da gravidade da doença e objetivam o alcance, de forma igualitária e universal, à garantia de acesso resolutivo, em tempo hábil e com qualidade às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, esta pesquisa busca responder as seguintes questões norteadoras:

- Será que as pessoas que vivem em situação de rua conseguem ter acesso a algum dispositivo da RAPS?
- Como elas são atendidas na rede de atenção?
- Como se efetiva o cuidado compartilhado preconizado pela rede de atenção à saúde?

Para tanto, o estudo tem como objetivo analisar o que dizem as pessoas em situação de rua sobre o seu acesso à rede de atenção psicossocial. Esse estudo possui relevância para Enfermagem e para Saúde Coletiva, pois embora o acesso à saúde seja descrito desde a instituição das políticas públicas para os cidadãos, especificamente em situação de rua, ainda há lacunas de estudos na literatura que abordem a questão da saúde dessa população, principalmente sobre como a população enfrenta os problemas de saúde e consequentemente como acessam os serviços. Foi realizada uma busca nas bases de dados Scielo, Bireme,

Lilacs, Medline, BDENF e Pubmed. No intuito de não limitar os resultados da busca, foi utilizado apenas o descritor “pessoas em situação de rua”, sendo encontrados diversos artigos pertinentes a essa população. No entanto, no tocante à saúde, especificamente ao acesso aos serviços de saúde, apenas três¹ artigos abordavam esse tema. Esse estudo é importante por contribuir para a assistência do/a enfermeiro/a inserido nas Redes de Atenção à Saúde, especialmente na RAPS, propiciando implicação no exercício prático, promoção da saúde com vistas a assegurar o direito das pessoas em situação de rua ao acesso aos serviços de forma integral, e subsidiar políticas públicas para essa população.

¹ Artigo 1: BORYSOW, I.C.; FURTADO, J.P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Rev Esc Enferm USP**, 45 (6): 1069-76, 2014.

Artigo 2: BORYSOW, I.C.; FURTADO, J.P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis (Rio J)**, 23 (1): 33-50, 2013.

Artigo 3: HALLAIS, J.A.S; BARROS DE, N.F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad Saude Publica**, 31 (7): 1497-1504, 2015.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As políticas públicas voltadas para o atendimento da pessoa em situação de rua e o acesso aos serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988 traz em seu artigo 196 que a saúde é direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado. Nesse sentido, é garantido às pessoas por meio das políticas públicas de cunho social e econômico o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O mesmo se aplica ao artigo 20 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, o qual define que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da instituição dessa lei, a universalização do acesso da população aos serviços públicos de saúde pelo Estado foi estabelecida (BRASIL, 1990a; GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Além do princípio da universalidade, o SUS também estabelece a necessidade da integralidade e da equidade na atenção à saúde, com vistas a garantir que o acesso aos serviços contemple as diferenças e desigualdades econômica, social, cultural e de gênero (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Em 2008, o Governo Federal juntamente com representantes dos movimentos sociais elaboraram a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, sendo instituída pelo Governo com o objetivo de garantir a atenção integral à saúde dessa população, adequar às ações e serviços existentes, assegurar a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, além de fortalecer ações de promoção da saúde no âmbito da atenção básica, articulando distintos setores no cuidado a esse grupo social (BRASIL, 2008a).

Com isso, em 2009 foi instituída a Política Nacional para a pessoa em Situação de Rua por meio do Decreto nº 7.053. Dentre seus objetivos destaca-se assegurar o acesso amplo às políticas públicas de saúde. Como princípios dessa política têm-se a igualdade, a equidade e o respeito à dignidade da pessoa humana, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

Em consonância com essa Política, considerando as desfavoráveis condições de saúde da população em situação de rua e visando a redução de iniquidades em saúde, foi instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 2012, o Comitê Técnico de Saúde da População em

Situação de Rua, baseado na portaria nº 3.305 de 2009, que propõe ações que visam garantir o acesso à atenção à saúde e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do MS voltadas a esta população (BRASIL, 2012a).

Frente a esse contexto, no ano de 2011 o dispositivo Consultório na Rua foi proposto como uma estratégia de atenção, vinculada à Política Nacional de Atenção Básica, para atender às especificidades da população em situação de rua no âmbito do SUS. Esse dispositivo também integra a Rede de Atenção Psicossocial e deve seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na PNAB, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas conforme as necessidades de saúde dessa população (BRASIL, 2012b).

Na tentativa de combater as iniquidades em saúde à população em situação de rua, a Resolução nº 2 do ano de 2013 define as diretrizes e estratégias para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde da População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo a garantia de acesso integral à saúde e melhoria da qualidade de vida. Ainda nesse ano, a Política de Promoção da Equidade em Saúde foi implementada para combater os determinantes sociais da saúde que estão relacionados às vulnerabilidades de grupos sociais que são mais expostos como população em situação de rua, população LGBT, população cigana. Dentre esses determinantes estão os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos como o racismo, as homofobias e o machismo (BRASIL, 2013).

A garantia de acesso a serviços de qualidade é uma das maiores responsabilidades dos sistemas públicos de saúde, na perspectiva de viabilizar não apenas a atenção a problemas de saúde agudos e crônicos, mas também em articular ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (MENDES, 2012).

O termo acesso, descrito como objetivo das políticas públicas tem a sua definição de forma complexa, sendo frequentemente aplicada de maneira imprecisa e pouco explícita quando relacionada ao uso dos serviços de saúde. O conceito de acesso tem um significado variável entre autores e sofre modificações de acordo com a conjuntura (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Penchansky e Thomas (1981) e Starfield (2002) são autores que expressam diferenças entre os conceitos de acesso e acessibilidade, embora eles considerem que esses termos se complementam. Penchansky e Thomas (1981) discutem acesso como o grau de ajuste entre os usuários do serviço e o sistema de saúde, definindo vários atributos para o conceito: ‘disponibilidade’ de serviços em relação às necessidades; ‘acessibilidade’ (dimensão de

acesso) – caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; ‘acolhimento’ – forma como os serviços se organizam para receber os usuários e o grau de adaptação dos usuários; e ‘aceitabilidade’ – reação dos usuários e profissionais de saúde diante das características e práticas de cada um desses sujeitos. Para Starfield (2002) acessibilidade refere-se a características da oferta, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

Por outro lado, Donabedian (2003) compreende acesso e acessibilidade com significado semelhante, qual seja, a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo conveniente e com facilidade. Esses conceitos aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Para o autor, o acesso é um atributo importante da oferta de serviços para poder explicar o padrão de utilização de serviços de saúde.

No que concerne o conceito de acesso, algumas dimensões são empregadas a ele: econômica, abrangendo a oferta de atenção à saúde e a demanda da população; técnica, referente a aspectos organizacionais da rede; política, envolvendo aspectos de mobilização social frente à conscientização dos mecanismos sanitários; e simbólica, trazendo as representações sociais sobre a atenção à saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Diante disso, este estudo adotou o conceito de acesso proposto por Penchansky e Thomas (1981), considerando-o como distinto ao conceito de acessibilidade, sendo essa uma dimensão do acesso. No tocante às dimensões referentes ao acesso, Kringos et al. (2010) consideram duas: a utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, que sugere consumo real desses serviços, e a equidade no acesso, referente à adequação entre o fornecimento de serviços e as necessidades de saúde. As diversas dimensões aplicáveis ao conceito de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde demonstram o quão complexo é o significado desse conceito na literatura.

Tendo o acesso uma influência na definição do uso de serviços e na forma que se utilizam os mesmos, este é mediado por três fatores relacionados ao usuário: fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde. Os fatores predisponentes existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para a utilização dos serviços, a exemplo de variáveis sociodemográficas (idade, gênero, raça, hábitos). Os fatores capacitantes dizem respeito ao meio disponível para as pessoas utilizarem os serviços, sendo eles condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços. As necessidades de saúde são fatores determinantes que podem ser

elucidados por diagnóstico de profissionais ou pela autopercepção (Travassos e Martins, 2004). Por isso, o uso de serviços de saúde é uma expressão positiva do acesso, no entanto, a sua utilização também depende dos fatores individuais (JESUS; ASSIS, 2012).

No Brasil, estudos demonstraram que as pessoas que possuem uma renda mais baixa tendem a procurar menos os serviços de saúde ou apresentam menor probabilidade para utilizá-lo (COSTA, 2008).

A população em situação de rua apresenta maior vulnerabilidade a situações adversas, dentre elas a vulnerabilidade social e de saúde. (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014). O fato de pessoas usarem a rua como local de moradia e permanência já configura como condição de alta vulnerabilidade social (BRASIL, 2012).

Segundo Lopes (2014) o conceito de vulnerabilidade social é definido da seguinte forma:

É um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade que os tornam expostos a riscos e níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo acentuado de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano ou cultural.

A vulnerabilidade é compreendida como fragilidade, suscetibilidade e necessidade de proteção adicional (PROTAS; CIDADE; FERNANDES, 2006). Para a efetividade da redução da vulnerabilidade é necessário identificar as limitações e os fatores envolvidos nesse contexto para que se alcance a eliminação das consequências das limitações sofridas pelas pessoas as quais se encontram em vulnerabilidade (GUIMARÃES; NOVAES, 1999).

Essa população ainda precisa superar a rejeição sofrida pela atitude de alguns profissionais de saúde, pois às vezes são tratados com repulsa devido as suas condições e aspecto físico. Além disso, ainda encontram a dificuldade no acesso, pois não possuem comprovante de residência e muitas vezes também não possuem documentos de identificação, e por isso enfrentam difíceis entraves burocráticos no acesso aos serviços de saúde (CARBONE, 2000).

Nesse sentido, observando que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua possibilitam maiores riscos para a sua saúde, a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade e a quebra de barreiras que impedem o acesso das pessoas aos serviços são um constante desafio (BRASIL, 2012) (STARFIELD, 2002).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo. A pesquisa qualitativa faz uso do universo dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e atitudes, respondendo a questões particulares como parte de uma realidade social, entendendo que o ser humano interpreta suas ações a partir de experiências vividas e assim consegue partilhá-las, por isso há uma necessidade de interação entre o pesquisador e o participante da pesquisa durante um estudo qualitativo (MINAYO, 2010a). Esse tipo de pesquisa permite o entendimento profundo de ligações entre elementos, para que se compreenda a manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2010b).

O estudo exploratório busca se familiarizar com o fenômeno, a percepção e a descoberta de ideias a respeito da temática estudada, buscando a descoberta das relações entre os seus elementos e considerando os aspectos envolvidos (BARBOSA, 2001). Já o estudo descritivo tem o objetivo de descrever as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência (GIL, 2008).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em alguns cenários de atuação das equipes do Consultório na Rua de Maceió, situados nos bairros: Benedito Bentes, Vergel, Jaraguá, Pajuçara e Centro. A escolha pelo cenário de atuação das equipes se deu pela facilidade de acesso da pesquisadora às pessoas em situação de rua ao acompanhar o trabalho dos profissionais das equipes.

As equipes de Consultório na Rua são formadas por profissionais que atuam de forma itinerante, promovendo cuidado em saúde ao assistir as pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais, promovendo ações e cuidados de saúde no âmbito da RAPS (BRASIL, 2011).

No Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), há registro de seis equipes de consultório na rua modalidade II, todas vinculadas à Secretaria Municipal de Maceió, as quais são formadas por no mínimo seis profissionais, devendo ser três destes, obrigatoriamente, enfermeiro/a, psicólogo/a, assistente social e terapeuta ocupacional; e os demais podendo ser 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 localizadas no município de Maceió (BRASIL, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Nas equipes de Consultório na Rua de Maceió há os/as seguintes profissionais: terapeuta ocupacional, assistente social, agente de ação social, técnico/a de enfermagem, enfermeira, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, oficineiro, médica.

Considerando a configuração de território como sendo o humano, a vida e a identidade social, mediado pelas histórias de vida daqueles que nele moram e conduzem suas relações simbólicas com o mundo, e compreendendo as suas dimensões subjetivas (LOPES, 2014), a pesquisadora realizou o movimento de mergulhar no universo da rua/das pessoas em situação de rua, buscando estabelecer laço de respeito e confiança, tendo assim uma vivência diferenciada para o desenvolvimento desse estudo, para que dessa forma sua coleta de dados pudesse ter uma maior aproximação com o cenário e com as pessoas que o compõe.

Diferentemente de um cenário habitual e de um território “padrão”, nesse caso foi necessário vivenciar as características singulares desse território: acompanhar a pessoa em situação de rua em seu território, compreender e observar as histórias e contexto de vida, acompanhar a dinâmica da rua, aproximar-se das pessoas sem fazer uso de juízo de valor, estabelecendo conversas informais para alcançar uma relação de conforto e confiança. Ademais, o cenário da rua dispõe de uma dinâmica própria com algumas especificidades as quais a pesquisadora vivenciou, a saber: barulhos e ruídos cotidianos da rua, movimentação de pessoas e meios de transporte, variações do tempo, a exemplo das chuvas intensas que ocorreram durante a etapa de coleta de dados, sentar no chão das calçadas/praças para realizar a entrevista, estar próximo ao esgoto. Assim, ao adentrar no território, foi possível perceber a transformação que o território nos provoca e a que nele provocamos.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes foram pessoas em situação de rua na cidade de Maceió. Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, a aproximação se deu por meio de um contato inicial com os profissionais das equipes do Consultório na Rua, a fim de explicar sobre o estudo, verificar a disponibilidade e solicitar o suporte à pesquisadora durante as atividades de rotina da equipe. Após esse contato inicial com os profissionais, para facilitar o acesso da pesquisadora ao ambiente da rua e às pessoas em situação de rua, as entrevistas puderam ser realizadas. As pessoas abordadas que atenderam aos critérios de inclusão foram entrevistadas

independentemente de serem ou não usuárias do dispositivo Consultório na Rua. Após a abordagem no campo, a pesquisadora explicou ao participante sobre o que se tratava a pesquisa, sobre a garantia de sua privacidade, sigilo e anonimato, e sobre a divulgação das informações fornecidas e resultados da pesquisa. Após isso, explicou a finalidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) e solicitou a assinatura ou realizou a coleta da impressão digital.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

- Critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser pessoa em situação de rua.
- Critério de exclusão: não estar em condições de conceder a entrevista no momento da abordagem.

3.4 Produção de informações

3.4.1 Instrumentos para produção das informações

A produção das informações se deu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) elaborado pela pesquisadora, o qual contemplou informações correspondentes à caracterização dos participantes, como: idade, sexo, grau de escolaridade, naturalidade, local em que costuma ficar, tempo que se encontra em situação de rua. Além disso, possuía perguntas disparadoras para que os participantes pudessem discorrer sobre seu acesso aos serviços de saúde, possibilitando o alcance do objetivo proposto. A coleta de dados se deu entre os meses de abril a julho de 2017. Durante a entrevista, quando necessário, a pesquisadora entrevistou para coletar informações complementares à pesquisa. Com a autorização dos participantes, foi utilizado um gravador de voz para que a entrevista fosse registrada e posteriormente transcrita. Após cada entrevista concedida foi realizada a transcrição e leitura dos dados coletados, para que dessa forma fosse possível identificar quando o processo de saturação dos dados fosse atingido. Isso ocorreu no momento em que foi identificado que a coleta de novos dados não acrescentaria mais elementos para balizar ou aprofundar a discussão, pois a densidade teórica já havia sido alcançada. Desse modo, a coleta de dados foi interrompida tendo a finalização dessa etapa.

3.5 Procedimento e aspectos éticos

Em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual regulamenta a pesquisa com seres humanos, esse estudo preservou o respeito, a dignidade e a autonomia do participante da pesquisa, reconhecendo sua vulnerabilidade e assegurou sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, os participantes tiveram o sigilo e a confidencialidade garantidos, respeitando os aspectos éticos. O anonimato também foi garantido, de modo que os participantes puderam escolher um pseudônimo (BRASIL, 2012c).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas por meio da Plataforma Brasil a fim de obter a aprovação para a execução da pesquisa, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 63004116.4.0000.5013.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), o qual garante aos participantes a plena liberdade de se recusar a participar da pesquisa sem que isto lhe traga algum prejuízo ou penalidade, garantindo o sigilo e a privacidade, foi apresentado aos participantes, assinado (ou coletado a impressão digital) em duas vias, sendo uma pertencente ao participante e outra ao pesquisador.

Os riscos que os participantes puderam ser expostos foram mínimos e de cunho emocional, como raiva, choro e insatisfação. Em uma entrevista houve um episódio de choro durante o relato da participante. Com isso, a entrevista foi interrompida, foi prestada a assistência devida à participante e posteriormente a pesquisadora a consultou para retorno da entrevista, visto que a mesma afirmou estar confortável para retornar a conceder a entrevista. Os benefícios com a participação na pesquisa são o fornecimento de informações para a análise da situação do acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua e contribuição para produção científica na área da saúde.

3.5.1 Organização das informações e suporte teórico

A organização das informações iniciou-se com as transcrições na íntegra de todas as entrevistas realizadas. Posteriormente, foram feitas leituras exaustivas e detalhadas do conteúdo descrito pelos participantes a fim de organizar um quadro para análise temática (Apêndice D), identificando os pontos que emergem das informações obtidas ao relacionar

com o objetivo do estudo, para então organizar os núcleos de sentido. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade de análise temática.

A análise de conteúdo é descrita por Bardin (1979) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979)

Na operacionalização da análise de conteúdo são ultrapassados os significados manifestos, relacionando os significantes com os significados, ou seja, as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas, respectivamente. Além disso, esse tipo de análise articula o conteúdo analisado com fatores que determinam suas características, como variáveis psicossociais, contexto de cultura e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2010b).

A análise temática visa à descoberta dos núcleos de sentido que tenha algum significado para o objetivo proposto. Nesse sentido, os temas presentes denotam os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. A operacionalização da análise temática se dá por meio de três etapas, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Na primeira etapa ocorrem os recortes, determinam-se as palavras-chave e extraem-se os conceitos para guiar a análise. Na segunda etapa ocorre a exploração dos dados a fim de obter o núcleo de compreensão do texto. Já na terceira etapa ocorre a interpretação dos resultados (MINAYO, 2010b).

Como suporte teórico para discussão dos achados foram utilizados alguns princípios do SUS, quais sejam: universalidade, equidade e integralidade. Tal medida se justifica, pois todas as políticas e programas publicados após a sanção das Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, devem ser balizados pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Esses princípios proporcionaram o alcance aos objetivos desse estudo e nortearam as discussões.

Conforme descrito na Lei nº 8.080, seguem as definições desses princípios: a universalidade de acesso igualitário aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, como um conjunto articulado e contínuo das ações intersetoriais e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a equidade, vista como a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, possibilitando a concretização da justiça (BRASIL, 1990a) (PAIM; SILVA, 2010).

A universalidade incorpora à concepção de saúde enquanto direito de cidadania, pois todas as pessoas passam a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles contratados pelo poder público (BRASIL, 1990b) (RONCALLI, 2003).

O princípio da integralidade refere que o indivíduo é um ser indivisível e pertencente a uma comunidade e que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também formam um todo indivisível que não podem ser fragmentadas. Entende-se também que o indivíduo é concebido como um ser integral, biopsicossocial e que, portanto, deve receber uma assistência à saúde voltada à promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1990b).

A equidade, segundo Roncalli (2003), é um desdobramento do princípio da universalidade e visa assegurar que as ações e serviços de saúde considerem as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Desta maneira, considerando a complexidade que cada caso requeira, independentemente de onde o indivíduo more, sem privilégios e sem barreiras, pois considera que todos são iguais perante o SUS e devem receber a assistência conforme suas necessidades. (BRASIL, 1990b).

O conceito de equidade em saúde está relacionado aos parâmetros de justiça e distribuição igualitária, de maneira que o acesso à saúde seja viabilizado de acordo com as necessidades e singularidades de cada sujeito. No entanto, ainda existe um entendimento limitado sobre a definição do princípio de equidade e uma resistência inicial à incorporação desse conceito, como um critério para a elaboração de diretrizes de políticas públicas (PAIM, 2006).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterização dos participantes

Para caracterizar os participantes do estudo foi criado um quadro apresentando os itens da primeira parte da entrevista, apresentado a seguir:

Quadro 1 – Caracterização geral dos participantes da pesquisa. Maceió, 2017.

PSEUDÔNIMO	IDADE	SEXO	GRAU DE ESCOLARIDADE	NATURALIDADE	LOCAL QUE COSTUMA FICAR NA RUA	TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA
Sérgio	36	M	Fundamental incompleto	Boca da Mata (AL)	Albergue Municipal	2 anos
José Ronaldo	36	M	Fundamental incompleto	Coruripe (AL)	Centro/Albergue Municipal	2 anos
Gerlande	26	F	Fundamental incompleto	Cajazeiras (PB)	Casa de Passagem Familiar	5 anos
Cacau	29	F	Fundamental incompleto	São Paulo (SP)	Praça Centenário/Martírios	19 anos
Maurício	39	M	Médio incompleto	Maceió (AL)	Beira da Lagoa	3 anos
Madalena	64	F	Não alfabetizada	Murici (AL)	Beira da Lagoa	3 anos
Alessandra	28	F	Médio completo	Maceió (AL)	Beira da Lagoa	10 anos
Sorriso	29	F	Fundamental incompleto	Maceió (AL)	Beira da Lagoa	11 anos
Patrícia	30	F	Não alfabetizada	Atalaia (AL)	Praça dos Martírios/Centro	20 anos
Isa	22	F	Fundamental incompleto	Joaquim Gomes (AL)	Praça dos Martírios/Praça da Cadeia	2 anos
Dirceu	57	M	Não alfabetizado	Maceió (AL)	SEMTABES (Benedito Bentes)	5 anos
Maria	20	F	Fundamental incompleto	Maceió (AL)	SEMTABES	5 anos
Nay	38	F	Fundamental incompleto	Branquinha (AL)	SEMTABES	7 anos
Célia	57	F	Não alfabetizada	Garanhuns (PE)	SEMTABES	44 anos
Zé Luiz	59	M	Não alfabetizado	Viçosa (AL)	Feirinha do Tabuleiro	10 anos
Angélica	40	F	Não alfabetizada	Messias (AL)	Feirinha do Tabuleiro	5 anos
Baiano	35	M	Fundamental completo	Jequié (BA)	Feirinha do Tabuleiro	5 anos
Josenildo	45	M	Não alfabetizado	Arapiraca (AL)	Praça Monte Pio	20 anos
Adevan	30	M	Fundamental incompleto	Anadia (AL)	Praça da Cadeia	20 anos

Foram entrevistados 19 participantes, sendo 11 do sexo feminino e oito do sexo masculino. Em relação à faixa etária, verificou-se a predominância de adultos na faixa etária entre 20-40 anos de idade (totalizando 14 pessoas). Tal achado corrobora com o resultado da pesquisa realizada no ano de 2008 - Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua - onde mais de 50% das pessoas adultas em situação de rua entrevistadas apresentava idade entre 25 e 44 anos. (BRASIL, 2008b)

No tocante à escolaridade, houve predomínio de pessoas com ensino fundamental incompleto (9 participantes) seguido de pessoas não alfabetizadas (sete participantes). Em relação à naturalidade, a maioria (15 participantes) é oriunda de Alagoas, no entanto, apenas cinco pessoas são naturais de Maceió. As outras quatro pessoas são naturais dos estados de Pernambuco, Paraíba, Bahia e São Paulo e de acordo com a entrevista afirmaram vir para o estado de Alagoas ainda durante sua infância.

Quanto ao tempo em situação de rua houve bastante diversidade nos períodos, havendo predomínio de um curto período até o presente momento, sendo o intervalo de 2-5 anos com maior número de participantes (10 participantes). Seguido de cinco participantes entre 11-20 anos, três participantes entre 6-10 anos e apenas um participante possuía um longo tempo, superior a 20 anos (44 anos). Em relação ao local que costuma ficar na rua, todos os participantes do estudo se mantinham em um local fixo, migrando em algumas situações em busca de alimento, cuidados de higiene ou trabalho.

Esses dados revelam a vulnerabilidade dessas pessoas que estão em situação de rua no tocante à educação, uma vez que a maioria não possui sequer o ensino fundamental completo. Outra questão revelada no quadro é a migração da cidade natal para outra cidade, seja ela do mesmo estado ou para outro estado, o que reforça a peregrinação das pessoas em situação de rua, geralmente ocorridas por desagregações familiares. Nesse estudo o predomínio do deslocamento ocorreu das cidades do interior de Alagoas para a capital. Os dados das entrevistas serão apresentados em três categorias a seguir, discutidas à luz dos conceitos doutrinários e organizativos do SUS e da literatura pertinente ao estudo.

4.2 Só é possível pensar na Equidade em saúde para uma pessoa em situação de rua a partir da desconstrução de sua invisibilidade social.

Nessa categoria será contextualizada a invisibilidade identificada na pessoa em situação de rua perante a sociedade, retratando o estigma e a vulnerabilidade a qual essa população sofre, tendo impacto direto no que se refere ao direito à saúde, uma vez que sendo

considerados como seres invisíveis possuem seus direitos violados, contrapondo o que o princípio da Equidade na atenção à saúde preconiza no âmbito do SUS.

A invisibilidade social das pessoas em situação de rua já é reproduzida quando se é verificado que não existem dados oficiais sobre estas pessoas no Brasil, pois nem o censo demográfico decenal, nem as contagens populacionais periódicas incluem entre seus objetivos a verificação do número total da população não domiciliada. A justificativa para a ausência dessa informação é dada pela complexidade na operacionalização da pesquisa de campo, devido a não existência de endereço físico dessa população. No entanto, essa falta de informação prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para essa população (NATALINO, 2016).

Em 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua em 23 capitais e 48 municípios, com pessoas com mais de 18 anos vivendo em situação de rua. Foi constatada a existência de 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas, vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições (BRASIL, 2008b).

No entanto, os dados dessa pesquisa não condizem com a realidade atual, pois estima-se que a população tenha sofrido um aumento com uma taxa de 2,56% ao ano entre os anos de 2009 e 2015 (FIPE, 2015). Na busca pela identificação do número de pessoas em situação de rua, o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituído por meio do Decreto nº 7.053/2009, solicitou ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que incluísse a população de rua no próximo censo a ser realizado em 2020.

Apesar dos dados censitários representarem a ausência de dados referentes à PSR, a invisibilidade social não está relacionada apenas aos aspectos quantitativos, mas, sobretudo sobre os aspectos relacionados ao estigma, preconceito, exclusão social, vulnerabilidade, exposição a riscos e negação de direitos, elementos estes expressos nas falas das pessoas participantes do estudo.

Invisibilidade, Estigma, Preconceito e Exclusão Social

As pessoas em situação de rua são reflexos dos problemas estruturais da sociedade, pois sofrem com situações de exclusões e de desvinculações em diversas dimensões, como: sóciofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana. São pessoas que carregam em si estereótipos de uma tipificação socialmente construída, sendo

consideradas supérfluas e desnecessárias à vida social, e que convivem ao lado do lixo humano, sendo assim descartadas de forma semelhante aos resíduos sólidos. Devido a essas circunstâncias, Varanda e Adorno (2004) as consideram como “descartáveis urbanos”.

As especificidades das pessoas em situação de rua desafiam os vários setores e serviços, dentre eles o Sistema Único de Saúde (SUS), a efetivar a garantia do direito à saúde dessa população. As condições vivenciadas pelas pessoas em situação de rua, como por exemplo, as privações de direitos, rompimento de vínculos afetivos, violência, sofrimento, estigmas e extrema vulnerabilidade social; reforçam a necessidade de compreender a importância da efetividade do princípio da Equidade, com vistas a superar injustiças oriundas dessas desigualdades sociais (AGUIAR e IRIART, 2012).

O preconceito associado a essas pessoas corrobora com a marca da invisibilidade social. Sabe-se que elas existem, mas é como se não tivessem um rosto, uma identidade própria, uma história de vida. São geralmente reconhecidas por meio das nomeações: “moradores de rua”; “meninos de rua”, como se a condição de morar na rua concedesse uma identidade construída e reduzida apenas a essa situação (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de Goffman (2008), o indivíduo estigmatizado não é considerado completamente humano, por ter sua identidade social frustrada às expectativas da “normalidade”, sendo assim passível de discriminações e conseqüentemente sujeito a uma invisibilidade perante o “normal” dentro da sociedade. O estigma e a discriminação representam o avesso do reconhecimento da alteridade, é a negação da tolerância, no sentido de respeito pela diferença (GODOI e GARRAFA, 2014). Nesse sentido, foi identificado o estigma e o desprezo às pessoas em situação de rua expressos nas seguintes falas:

“Assim, porque tem discriminação contra a pessoa né? Discrimina, desmoraliza né” (Sorriso).

“Despreza, fala que a pessoa é da rua” (Sorriso).

Ao analisar o sentimento negativo expresso nas falas, enfatizando a discriminação sentida por essa pessoa perante a sociedade, é possível identificar o modo como estas se sentem marginalizada por “ser da rua”. Nesse sentido, é possível identificar a contradição da prática da equidade, pois a condição social da pessoa em situação de rua reforça a necessidade da execução desse princípio no âmbito do SUS, o qual dificilmente é visualizado na prática.

O estigma sofrido por essas pessoas justifica e reforça a exclusão social, que diz respeito não apenas à dificuldade de acesso aos bens da cidadania, como saúde, moradia, educação e trabalho, mas também, como reflexo do modo como a sociedade percebe tais

peessoas, pois é uma percepção marcada intensamente pela marginalidade, criminalidade e miséria (BRASIL, 2011). As falas a seguir mostram alguns aspectos dessa exclusão:

“Atender, atende, mas demora. Eu fui ali, botaram um soro e eu arranquei porque eu me senti sozinho. Agora se fosse com elas [profissionais do consultório na rua] não. Com elas é bem atendido” (Dirceu).

“Aí quando eu estou na rua eu o procuro [consultório na rua] e quando eu estou assim, tipo trabalhando, eu já vou para o hospital” (Sérgio).

O sentido expresso na primeira fala remete ao acolhimento desagradável dado a essa pessoa no momento em que a mesma nota a demora em seu atendimento, que além do fator do tempo de espera também tem o fator de seu isolamento, corroborando com a sua estigmatização e marginalização, pois apenas na presença da equipe do consultório na rua ele se sente bem atendido e acolhido, quando não, prefere ir embora. A segunda fala reforça a exclusão social ao sinalizar que enquanto em situação de rua ele busca o serviço específico do consultório na rua como sendo a única possibilidade de acesso, enquanto que quando está trabalhando, exercendo um direito social, ele busca o hospital, como se o acesso a um hospital, que é acessado por toda a população e não somente por pessoas em situação de rua, o trouxesse um sentimento de pertencimento a sociedade “normal”.

Macerata (2010) traz que a rua é um local de destino para aqueles que perderam seu lugar na sociedade. Desse modo, são evidenciadas as diferenças e os abismos sociais em um grau elevado. A fala a seguir retrata a perda da posição social de uma pessoa em situação de rua, no momento em que a mesma reconhece o sentimento de desprezo no atendimento:

“Eu estou dizendo que não atendem direito, deixa o cara lá jogado. Se o cara não tiver família aí fica sofrendo mais ainda” (Adevan).

No momento em que “o deixam jogado” e que o mesmo reconhece que ao ter rupturas familiares é possível sofrer ainda mais, o abismo social trazido por Macerata (2010) é notável, pois ao ter perdido seu lugar na sociedade e assim também sofrer rupturas sociais e afetivas, o mesmo enfrenta um contexto desumano, presenciando estigma, segregação social, exclusão e invisibilidade.

A invisibilidade, a exclusão e a desigualdade são os grandes desafios da sociedade e a existência de indivíduos em situação de rua torna evidente a enorme desigualdade social. É necessário desconstruir a invisibilidade dessas pessoas e assim enxergá-las como cidadãos que possuem direitos, que devem ser respeitados em sua condição social, sem preconceitos e estigmas. Desse modo, é preciso compreender a desigualdade para além da pobreza, da

vulnerabilidade e da negação de dignidade. É preciso entender, também, os fatores que moldam as atitudes que são responsáveis pela (des)integração social dessas pessoas (BAUMAN, 2013).

Vulnerabilidade social e exposição a riscos

A rua é um território urbano que tem formas de vida diferenciadas dos padrões mais comuns das metrópoles, porque apresenta diferentes formas “normais” de morar, comer, trabalhar, de passar o tempo, a família, as relações interpessoais. No entanto, a rua como espaço de moradia e de vida, ao mesmo tempo, fora dos padrões estabelecidos na cidade, mas totalmente dentro da cidade. Isso reflete suas dinâmicas de exclusão, considerando-a como um “fora-dentro da cidade”. Dessa forma, a rua expressa as diferenças entre as cidades em uma mesma cidade (LOPES, 2014).

Sendo a rua considerada um depósito de pessoas que perderam seu lugar na comunidade e conseqüentemente sua legitimação, seja por fatores financeiros, sociais, afetivos e/ou subjetivos, essa população carrega em si um alto grau de vulnerabilidade a diversos aspectos sociais (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Para Donoso et al. (2013), as formas de enfrentar a realidade das ruas aparecem configuradas na luta pelo instinto natural de sobrevivência, onde a busca do suprimento de necessidades extremamente básicas como alimentação e local para dormir constituem o dia-a-dia dessas pessoas.

A vulnerabilidade da população em situação de rua diante dessas situações em busca de necessidades básicas como a alimentação foi expressa nas falas a seguir:

“Quando a gente passa dormindo na rua a gente não se sente bem porque não toma banho, não se alimenta no dia, não escova os dentes. Nada! É uma carência na rua” (José Ronaldo).

“As necessidades [fisiológicas] a gente dá um jeito de descartar junto com o lixo. A máquina passa ali na frente e leva. Comida a gente procura. No caso, como eu trabalho na rua, pego a quentinha nos restaurantes” (Maurício).

As falas revelam que necessidades básicas como alimentação, banho, higiene oral e necessidades fisiológicas são fatores que nessa circunstância de vida requerem um movimento de peregrinação das pessoas em situação de rua para o alcance do suprimento de suas demandas diárias, pois estas não possuem garantia dessas necessidades. A privação das necessidades reforça quão carente de cuidados mínimos essa população é, fazendo com que as mesmas não se sintam bem em seu dia-a-dia.

É constante a vulnerabilidade a qual a população em situação de rua está exposta. Além das necessidades supracitadas, são pessoas susceptíveis pela falta de documentação civil, indispensáveis à cidadania. São vulneráveis por não possuírem moradia, renda ou trabalho fixo. Além disso, possuem limitação no acesso a direitos básicos como saúde e educação. Esses fatores ampliam a ocorrência cotidiana de situações de violência, fome e medo que esse grupo vivencia (SOTERO, 2011).

Novamente em relação a situações de fome, podemos identificar nas seguintes falas essa vulnerabilidade por privação de necessidades básicas como a alimentação:

“Para comer, o café vem direto, mas quando não vem tem que dormir com fome. Mas é difícil dormir com fome” (Isa).

“Passo mais fome do que barriga cheia. Um dia eu como, outro dia não como e assim vou levando a vida até quando Deus quiser” (Zé Luiz).

Morais, Moraes e Koller (2010) trazem como estão associados a essa realidade de falta de alimentação e higiene adequada, uma série de fatores de risco e exposições que incluem o uso de drogas, perda de apoio, de abrigo seguro, entre outros. Nessa perspectiva encontram-se os agravos à saúde, resultantes de aspectos/contextos individuais quanto coletivos, os quais produzem maior suscetibilidade e determinam os diferentes riscos de adoecimento. Dessa forma, considera-se que a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social (AYRES, 1997; BERTOLOZZI et al., 2009).

As pessoas em situação de rua remodelam o território em que vivem com estratégias de sobrevivência que suprem minimamente as suas necessidades. Trocas simbólicas, favores e negociações implícitas corroboram para uma rede de significados. Dentre os riscos e exposições os quais estes sofrem, também acabam suscetíveis a serem cooptados para o bem ou para o mal (COSTA, 2014). Esse sentido da cooptação para o bem ou para o mal é expresso na seguinte fala:

“Ah já fui logo dizendo para o doutor: doutor pode me prender aí dentro [Hospital Portugal Ramalho] que na rua eu não quero morrer e também não quero matar ninguém por causa de droga” (José Ronaldo).

É notável o reconhecimento de *José Ronaldo* de sua situação de risco e suscetibilidade tanto para o uso de drogas quanto para a violência. Fica evidente a súplica da pessoa por conseguir uma internação ao solicitar ao médico *“pode me prender aí dentro [Hospital Portugal Ramalho] que na rua eu não quero morrer e também não quero matar ninguém por causa de droga”*, entendendo que dessa forma ela poderia estar afastada do risco de morte ou do risco de matar alguém.

É importante considerar que a pessoa em situação de rua é um ser humano, possui potencialidades e vulnerabilidades, alegrias e tristezas, aventuras e superações, coerências e contradições, sentimentos e emoções, apesar de estar exposta a uma condição extremamente desfavorável e fortemente influenciada por suas relações e contexto de vida (KALINOWSKI; CROZETA; COSTA, 2017).

Negação de direitos frente às ações e políticas públicas

Embora a Constituição Federal (BRASIL, 1988) assegure a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas econômicas e sociais, a realidade não mostra a extensão desses direitos às pessoas em situação de rua. Ainda que seja afirmado tanto na Constituição Federal quanto na Lei Orgânica da Saúde 8.080 (BRASIL, 1990a) o princípio da Equidade, existe ainda mais agravantes que dificultam o acesso da PSR aos bens e serviços sociais e de saúde por estas sofrerem marginalização e vulnerabilidade (PAIVA et al, 2016).

Dessa maneira, essa negação de direitos sofrida pela PSR compromete significativamente o seu acesso ao SUS. Como agravante, tem-se a necessidade e complexidade ainda maior, requerendo assim de uma rede integrada e articulada. Por isso, por estes direitos não estarem concretamente garantidos, fica evidente que estas pessoas são estigmatizadas, sofrem preconceitos, e assim se encontram na condição da vulnerabilidade social. O comprometimento do atendimento da pessoa em situação de rua foi retratado na fala a seguir:

“Porque morador de rua é difícil de ser atendido” (Sérgio).

A fala anterior enfatiza justamente a dificuldade de assistência devido à condição de ser morador de rua, mais uma vez contrapondo o que o princípio da Equidade retrata no âmbito do SUS. Nesse sentido, é possível identificar a violação de seus direitos, quando essa população considera a sensação de existência de uma “parede invisível”, a qual separa duas cidades, onde em uma todos os âmbitos são considerados e possíveis enquanto na outra tudo se é negado: proteção, privacidade, água, alimentação, aconchego, banho. Com isso, é notável que essa população enfrente essa violação, em uma luta pela sobrevivência, dentro de um espaço onde são invisíveis em meio à multidão (BRASIL, 2010).

A fala a seguir retrata esse cenário de “parede invisível” colocado por Brasil (2010):

“Se eu arrumasse um lugar melhor para mim, uma casa, um negócio para eu sobreviver eu achava melhor. Porque aqui é o inferno. Sabe o que é o inferno? Você

nunca foi, mas não queira nunca chegar num lugar desse. Eu estou no inferno, de cabeça para baixo ainda mais.” (Zé Luiz)

A violação do direito à moradia fica escancarada nessa fala, quando o mesmo coloca *“se eu arrumasse um lugar para mim, uma casa, um negócio para eu sobreviver eu achava melhor”*. A separação das duas cidades pela parede invisível se torna evidente ao expressar *“sabe o que é o inferno? Você nunca foi, mas não queira nunca chegar num lugar desse”*. A partir do momento em que o entrevistado expressa esse sentido, direcionado à entrevistadora, ele afirma a sensação de estar em um mundo diferente do dela, pois ainda que ela tivesse a empatia de compreender a situação em que ele vive, ela jamais saberá como é esse inferno, somente ele, que vive diariamente essa condição diante de sua situação de rua e de sua invisibilidade, saberá de fato o que é viver e estar como se sente nessa circunstância.

Estudos com População em Situação de Rua (PSR) relatam inúmeras barreiras de acesso a serviços de saúde, que só aumentam as dificuldades na procura por cuidados. Entre essas barreiras estão a falta de medicamentos, de transporte, tempo de espera prolongado e falha de comunicação frequente entre o paciente e o sistema de saúde, além do sentimento de estigmatização por outros pacientes e/ou profissionais de saúde (HALL et al, 2012).

“Atendia só os outros e passava mais de 3 horas de relógio, a pessoa já estava morta” (Cacau).

“Eu não digo que sou morador de rua. Eu já não digo e é assim. Se eu dissesse, Ave Maria! Ia ser dez vezes pior” (Sérgio).

O tempo de espera prolongado e o sentimento de estigma sofrido por profissionais de saúde foram expressos nas falas anteriores. Quando Cacau coloca *“passava mais de 3 horas de relógio, a pessoa já estava morta”* é possível identificar o sofrimento vivenciado tanto pela espera quanto pela exclusão, no momento em que ela percebe que o atendimento só era efetivo para os outros. A fala de Sérgio revela a negação da sua própria identidade de ser uma pessoa em situação de rua, reforçando a invisibilidade social desta, que prefere não afirmar que vive nessa situação para poder receber um atendimento digno, que é seu por direito. O preconceito por parte dos profissionais para com essas pessoas faz com que as mesmas anulem sua identidade em prol de uma assistência igualitária.

Diante da indignação devido às situações de violência institucional e de negação de direitos a que essa população era submetida, nos anos 2000 iniciou-se o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). As ações do mesmo foram se intensificando ao longo dos seguintes anos em resposta a diversos episódios de violência ocorridos durante esse período, em destaque o Massacre da Sé (na cidade de São Paulo, em 2004) que teve sete pessoas em

situação de rua assassinadas e 16 agredidas. Isso gerou várias manifestações sociais em busca por justiça (BRASIL, 2014a).

Com isso, o MNPR obteve avanços como a Pesquisa Nacional da População de Rua em 2008, a conquista de um assento no Conselho Nacional de Saúde em 2013 e no Conselho Nacional da Assistência Social em 2014 e a implantação de seis Comitês Estaduais e Municipais da População em Situação de Rua (BRASIL, 2014a).

Certamente a invisibilidade é um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos. Essa invisibilidade se torna evidente quando pensamos que apenas em 2009 instituiu-se a Política Nacional para População em Situação de Rua e que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua só surgiu no início do século 21. Desse modo, nota-se a fundamental importância do exercício do controle social pela população em situação em defesa de seus direitos e em busca por melhoria na assistência à saúde (BRASIL, 2014a).

Considerando que essa população vive em situação de risco por terem seus direitos violados e estarem em situação de vulnerabilidade social, a Polícia Nacional de Assistência Social (PNAS) foi estabelecida no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), e dessa forma as pessoas em situação de rua passaram a receber assistência por meio da Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Dessa forma, por meio do reconhecimento do direito da PSR ao acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, moradia, entre outros, há necessidade de criação de mecanismos de articulação intersetorial nessa relação SUAS e SUS, para qualificar a oferta de serviços adequados a essa população (BRASIL, 2011; KALINOWSKI; CROZETA; COSTA, 2017; SANTOS et al, 2015).

Reconhecendo as iniquidades em saúde sofridas pelas pessoas em situação de rua e visando reduzi-las, foi instituído no ano de 2012 pelo Ministério da Saúde o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, por meio da Portaria nº 3.305/09. Dentre as suas competências, são propostas ações que visem à garantia do acesso à atenção à saúde a essa população. Esse comitê foi um marco no reconhecimento dessa população, pois representa uma conquista importante para essas pessoas, já que constitui um espaço de diálogo entre os seus representantes e os representantes do Estado (BRASIL, 2012a).

Reforçando o direito dessa população ao acesso, ainda nesse ano o Ministério da Saúde também instituiu o Plano Operativo para Implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015, o qual tem como finalidade apresentar ações e estratégias que irão orientar a intervenção do SUS diante do enfrentamento às iniquidades e desigualdades em saúde dessa população. O plano objetiva garantir o acesso aos serviços de

saúde, bem como a melhoria do nível de saúde, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades dessa população, a redução de riscos à saúde, as condições de vida (higiene e alimentação inadequadas, privação de sono e exposições a riscos) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2012a).

Posturas preconceituosas e desrespeitosas de profissionais de saúde interferem de maneira negativa nas ações e relações para o cuidado, produzindo, na maioria das vezes, recusas e a descontinuidade do atendimento/tratamento (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

“Agora tem médico que não gosta não. Você sabe disso né? Quando fala que é da rua eles falam “rapaz, vou fazer tratamento de gente de rua”?” (Zé Luiz).

“Agora no pronto-socorro faz de conta que não conhece a pessoa. Se o cara for com um negócio grave morre e eles não tão nem aí” (Sérgio).

“Porque quando eu cheguei lá não me colocaram numa sala de parto. Colocaram-me numa cama no chão” (Patrícia).

Diante de experiências como as explícitas nas falas acima, de situações em que profissionais trataram essas pessoas com preconceito, estigma, desprezo e invisibilidade, o direito à saúde e a uma assistência de qualidade também se torna violado para essa população. O profissional de saúde deve exercer a empatia para com as pessoas que ele irá atender, sem fazer qualquer juízo de valor, prestando um cuidado equânime e integral.

A sociedade, em geral, coloca a pessoa em situação de rua como algo externo a ela, como se só estivesse nessa situação por sua própria escolha, não tendo nenhuma relação com a dinâmica social. Daí decorrem dois modos de relação: um que busca exterminar diretamente a pessoa em situação de rua, e o outro que busca eliminar a diferença que essa pessoa traz, reduzindo intervenções de retirada da rua, salvação, readaptação da pessoa aos padrões considerados “normais” (MACERATA, 2010).

“As pessoas parecem que esnobam que você é um viciado. Como eles dizem: um ‘noieiro’. Mas ninguém pediu para ser assim não. Acontece nas melhores famílias” (Alessandra).

“Eu tenho que dá explicação para ele, para o vigia e para a pessoa que fica na portaria antes de chegar na doutora. Isso não é correto” (José Ronaldo).

Essa culpabilização da pessoa em situação de rua é refletida em *“as pessoas parecem que esnobam que você é um viciado. Como eles dizem: um noieiro”*. Considerar essa pessoa como viciada a reduz a essa situação. Na segunda fala nota-se a insatisfação da pessoa em precisar dar explicações a todas as pessoas que ela cruza no serviço até que ela consiga receber uma assistência. Ela reconhece que *“isso não é correto”*, pois o seu direito ao acesso

e a uma assistência à saúde equânime está sendo negado no momento em que ela precisa atravessar essas barreiras em busca de cuidado, tendo que se humilhar diante de tantas explicações ao longo desse processo.

Para lidar com as demandas complexas que a população em situação de rua apresenta, é necessário que o cuidado seja realizado de forma integral, envolvendo não só a saúde, mas outros setores, por exemplo, a assistência social (LOPES, 2014). A perspectiva dos direitos humanos apoiados nos princípios da intersectorialidade e da participação social permite fortalecer a análise da complexa relação entre a saúde integral e as condições de vida nas ruas. (SANTANA, 2014)

A intersectorialidade é um dos grandes desafios no campo das políticas públicas, sendo a sua efetivação valiosa para a rede de serviços. Para isso, é necessário que os gestores e profissionais tenham clareza do seu valor prático e conceitual, pois representa a melhor forma de articulação dos vários conhecimentos e práticas que intervêm na coletividade (LOPES, 2014).

Apesar dos desafios para tornar a intersectorialidade uma prática cotidiana, esta articulação tem sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos das políticas públicas. A opção pelo processo de intersectorialidade remete à noção de que as políticas públicas não podem se desenvolver de forma desarticulada, sobretudo quando se trata de políticas voltadas para o cuidado a populações em situação de extremas vulnerabilidades sociais (LOPES, 2014).

É nela que temos a possibilidade de abordar amplamente as questões e dificuldades sociais mais complexas, nas suas múltiplas dimensões. E, nessa perspectiva, se apresentam as vulnerabilidades sociais, que requerem intervenções em rede contemplando, assim, os diversos representantes das políticas públicas – saúde, assistência social, educação, habitação, entre outros (LOPES, 2014).

Observando as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais que geram sofrimentos emocionais e de condições clínicas decorrentes das questões do ambiente (devido ao fato de dormir no chão, ter privação de água e alimentos, déficit de higiene, dentre outros), possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo. Dessa forma, a efetivação de políticas públicas de saúde representa um desafio que visa minimizar as situações de desigualdade social (SILVA; HÜNING, 2013).

4.3 Cadê a Universalidade? Se “quando dá para ser atendido, beleza! Quando não, a gente vai se virando”.

Essa categoria retrata as dificuldades do acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua e os motivos relacionados, corroborando com a dificuldade na efetivação do princípio da Universalidade do SUS, a qual resulta em uma busca por estratégias de acesso ao cuidado em saúde.

As pessoas em situação de rua enfrentaram várias barreiras para a utilização dos serviços de saúde, como dificuldade para acesso, dificuldade no acolhimento, entraves burocráticos, dentre outros. Com a limitação, acabam tendo dificuldade de identificar o local apropriado para procurar assistência. Essas experiências muitas vezes vão desencorajar futuras procuras e inserções nos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

A forma como essas pessoas chegam aos serviços influencia a possibilidade de atendimento, pois geralmente chegam sujos, sem tomar banho e com odores fortes. Com isso, podem ser mal recebidos tanto por funcionários como por outros usuários dos serviços, e assim ter seu acesso dificultado e/ou impedido (ARISTIDES; LIMA, 2009).

Embora tenham ocorrido avanços das políticas públicas para essa população, ainda existem muitos obstáculos que dificultam o acesso e fragilizam o cuidado, dentre os quais podemos destacar: falta de documentação civil, rotatividade dos locais de permanência, dificuldade de resolutividade nos serviços de saúde, carência de serviços e equipamentos essenciais para atenção integral à saúde, posturas preconceituosas e estigmatizantes por parte de diferentes atores sociais, desqualificação profissional, banalização da vida e violação dos direitos de pessoas em situação de rua, falta de articulação intersetorial e falta de insumos e materiais (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Algumas dessas dificuldades no acesso e na consequente efetivação da universalidade já citadas anteriormente são expressas nas falas a seguir:

“Rapaz, eu fico na minha mesmo. Fico no lugar que eu durmo. Se der vontade para levantar para tomar café eu me levanto. Se não der eu fico lá mesmo e morro lá mesmo. Porque se a pessoa for atrás de coisa de saúde é difícil a pessoa ver” (Isa).

“Disseram que tinha que dormir para ir ao clínico [médico]. Eu dormi uma vez com a minha mãe e depois disseram que acabou a ficha. Vou mais nada! Eu desisti” (Angélica).

Diante do exposto nesses relatos nota-se que frente a tanta dificuldade em conseguir um acesso que é seu por direito, essas pessoas acabam por desistir de buscar o serviço. A fala de *Angélica* expressa uma exaustão após tentativas frustrantes de conseguir acessar um

serviço que impõe diversas barreiras até o seu alcance, como a necessidade de dormir na fila devido à pequena quantidade de fichas disponibilizadas, o que implica na sua desistência de procurar o mesmo.

Essa desistência e recusa em ir para unidades de saúde, resultante das dificuldades no acesso dessa população, são relatos recorrentes devido, também, a episódios de negação de atendimento, de mau atendimento, e impedimento de entrada nas unidades de saúde. Um dado que confirma essas alegações foi trazido pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, que revelou que 18,4% das pessoas em situação de rua já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde (BRASIL, 2014a).

Além das dificuldades sofridas por essas pessoas no acesso aos serviços de atenção básica e especializada, muitos serviços não identificam suas necessidades e frequentemente as discriminam, o que provoca impacto negativo na busca por ajuda e acesso a cuidado (SKOSIVERA et al, 2004; CHRYSTAL et al, 2015).

As restrições dos serviços de saúde em considerar tais necessidades e assim respondê-las restringem o acesso, precarizam o acolhimento e frequentemente resultam no abandono do acompanhamento (BORYSOW; FURTADO, 2013; HALLAIS; BARROS, 2015; SILVA et al, 2015; AGUIAR IRRAT, 2012; BARATA et al, 2015).

Apesar das dificuldades do acesso e dos obstáculos para o alcance do mesmo, por diversos motivos, ao analisar as falas dos participantes desse estudo foi possível reafirmar a Atenção Primária (ou Atenção Básica) à Saúde como porta de entrada preferencial para esse acesso no âmbito do SUS, conforme o que a PNAB preconiza quando traz que a Atenção Básica, ao respeitar o princípio da descentralização, deve ser o contato preferencial dos usuários sistematicamente. Além de também ser orientada por princípios como a universalidade, equidade, integralidade, humanização e participação social (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, os relatos abaixo expressam esse alcance do acesso por meio da atenção primária:

“Antes, onde eu morava pagando aluguel porque eu não estava em abrigo, eu marcava consulta no posto [UBS] para eu ir com as crianças” (Gerlande).

“Era, era sempre o posto [UBS]. Sempre recorri ao posto de saúde [UBS]. Quando dá para ser atendido, beleza, quando não dá a gente vai se virando” (Maurício).

“Eles [profissionais da UBS] atendem normal. Você marca o dia, tem o atendimento e depois você pega os exames” (Alessandra).

Quando Maurício coloca que “Era sempre o posto [UBS]. Sempre recorri ao posto de saúde [UBS]” fica evidenciado que a Atenção Básica é, de fato, um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e que possibilita a inserção efetiva no SUS. Em contrapartida, ele

traz um ponto importante que fere o que o princípio da Universalidade preconiza, quando ele traz que “*quando dá para ser atendido, beleza, quando não a gente vai se virando*”. Ou seja, embora a atenção básica seja a porta de entrada para o acesso e que o mesmo sempre tenha recorrido a ela, nem sempre esse acesso lhe é garantido.

Desse modo, nessa categoria foi possível identificar dois contextos: o primeiro, que retrata o que as pessoas em situação de rua encontram ao conseguir o acesso/ao entrar na rede (dificuldade no acolhimento, dificuldade referente à ausência de documentação civil, tempo de espera, consegue percorrer a rede mesmo com dificuldade, falta de medicação e insumos e boas experiências); e o segundo, que retrata as estratégias utilizadas para ir “*se virando*” quando essa pessoa não consegue entrar na rede (automedicação, autocuidado, rede subjetiva/solidária, solidão e isolamento).

Quando consegue entrar na rede: o que encontra?

Dificuldade no acolhimento

Quando se trata de PSR 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, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde (BRASIL, 2012).

Essa dificuldade em ser atendido de forma adequada e de ser bem acolhido pelos profissionais é visualizada nas falas abaixo:

“Porque às vezes a gente tem que ir duas ou três vezes para conseguir” (Maria).

“Falam com ignorância ou dá muita maçada para atender” (Maria).

Percebe-se nas falas o quão dificultado é esse atendimento a essas pessoas quando se é colocado “*é preciso ir duas ou três vezes para conseguir*”. Quando conseguem enfim serem atendidas, não são bem acolhidas. Conforme descrito anteriormente, o acolhimento é fundamental para a continuidade do cuidado da PSR, pois quando estas são mal atendidas resistem e não costumam voltar ao serviço. Isso reforça a necessidade de um acolhimento incondicional para estabelecimento de vínculo e continuidade do cuidado.

O modo como são tratadas pelos profissionais, conforme colocado em “*falam com ignorância ou dá muita maçada para atender*” reforça o incômodo que Brasil (2012) afirma que essas pessoas representam. Isso revela a falta de respeito e empatia dos profissionais para

com a PSR além de sua desqualificação no tocante ao acolhimento e à humanização na assistência.

A Carta dos direitos dos usuários da Saúde (Brasil, 2007) diz que:

“É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência”.

É importante reconhecer que o acolhimento é muito mais do que receber o usuário de forma acolhedora, pois visa compreender a demanda, para além da queixa principal apresentada, e perceber esse cidadão no seu contexto social para inseri-lo em uma rede de atenção à saúde básica que é a coordenadora do cuidado (BRASIL, 2012; SOUSA et al, 2015). O acolhimento propõe ampliar o acesso, além de promover uma melhoria na qualidade das relações dos profissionais com os usuários (MITRE et al, 2012), diferentemente do que pudemos visualizar na realidade dessas pessoas.

Dificuldade referente à ausência de documentação civil

A ausência de documentação é um problema muito comum entre os indivíduos que estão em situação de rua, o que pode vir a dificultar o acesso aos serviços de saúde. No entanto, essa dificuldade não deveria existir, pois a Portaria nº 940/2011 que regulamenta o Sistema Nacional de Saúde, em seu Artigo 19 traz que a exigência da comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua deve ser dispensada (BRASIL, 2011a; HALLAIS; BARROS, 2015).

Com isso, a população em situação de rua não deve ter seu direito ao acesso à saúde negado. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde assegura em seus princípios que todo cidadão deve ter o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz. É direito de todo cidadão ter acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo SUS. Também é de direito um atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário. Além disso, deve ser assegurado ao cidadão o atendimento que respeite os seus valores e direitos, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento (BRASIL, 2007).

Embora saiba desses direitos que devem ser garantidos aos cidadãos, a PSR permanece enfrentando essas dificuldades. Seja essas por falta de reconhecimento desse direito e da garantia do acesso por parte do serviço e de seus profissionais, ou então devido à

falta de informação da PSR perante aos seus direitos à saúde. Isso faz com que muitas vezes a PSR não busque o serviço por acreditar que não vai conseguir, uma vez que não possui documentação civil. Essa realidade é expressa nas seguintes falas:

“Rapaz, para falar a verdade sem documento a gente não tem acesso a nada. Porque eu poderia ter o que eu tinha antes, com toda uma documentação que poderia estar vendo isso. Mas sem documento tudo é burocrático” (Maurício).

“Eu não fui porque não tinha documento” (Isa).

Podemos observar a partir dessas falas o não reconhecimento dos seus direitos ao acesso e a necessidade de registro civil dessas pessoas enquanto cidadãos. Esses processos complicados de registro que exigem identificação são fatores que desencorajam a busca por cuidados. Tais obstáculos colocados pelos serviços representam uma forma de exclusão, que burocratiza a prática e reforça o preconceito ao qual essa população se encontra exposta. As unidades de saúde e os profissionais que a compõe precisam reconhecer esse direito da PSR e a garantia do acesso à saúde. A PSR não deve ser impedida de usufruir de forma plena dos princípios da universalidade e integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (FARIAS et al, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; LISBOA, 2013).

Tempo de espera

Outra questão identificada na fala dos participantes foi o tempo longo de espera para alcance de atendimento, retratando mais uma vez a dificuldade do acesso da PSR já expresso nos tópicos anteriores. Ademais, é expresso na fala a seguir que embora haja demora e barreiras para se conseguir, no final é possível conseguir.

“Às vezes demora um pouquinho, mas eu consigo” (Nay).

Consegue percorrer a rede mesmo com dificuldade

Ainda que encontrem dificuldade para o acesso, a PSR entrevistada relata que consegue adentrar na rede, conforme expresso na fala abaixo, onde por meio de encaminhamentos, isto é, fazendo uso do sistema de referência e contra referência, o indivíduo consegue realizar o percurso pela rede e assim consegue ter acesso aos demais níveis de atenção a exemplo da atenção secundária e terciária como citado a seguir:

“Isso, no posto de saúde. Fui lá, fiz a ficha, elas me atenderam e me encaminharam para o Hospital Geral do Estado (HGE)” (Maria).

Falta de medicação e insumos

A falta de medicação e insumos enfrentada na busca por cuidados também é um problema enfrentado pela PSR. Isso pode vir a causar um afastamento da procura pelos serviços de saúde, a partir do momento em que ao se deslocar para as unidades de saúde não encontram a medicação conforme o fora prescrito. Na fala abaixo podemos notar que essa falta ocorre com certa frequência para *José Ronaldo* que ao tentar buscar medicamentos é avisado que não tem. Esse é um dos obstáculos que dificultam o acesso e fragilizam o cuidado (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

“Ah eu procuro os postos aí, mas não me dão nada. Nem remédio tem. Às vezes quando o doutor passa remédio para mim que eu vou buscar diz que não tem” (José Ronaldo).

Boas experiências

Ainda que diante de tantas barreiras enfrentadas para o acesso e dificuldades no sentido do acolhimento, preconceito, estigma e exclusão social, há algumas experiências vivenciadas pela PSR que são satisfatórias, pois consideram ter tido um bom atendimento e ter acesso a tudo que julgam precisar. Percebe-se nas falas seguintes que foi possível obter boas experiências.

“Fui bem atendida [Na UBS]. Fui assistida por médicos, por todo mundo” (Maria).

“Tudo que eu preciso [na UBS] eu consigo” (Madalena).

Quando não consegue entrar na rede: como vai se virando?

As condições de precariedade, privação e invisibilidade de direitos em que vivem essas pessoas exigem que se busquem alternativas para os problemas, pois a oferta de cuidados tem sido limitada. A proeminente dificuldade no acesso aos serviços é um reflexo do processo de exclusão e invisibilidade que marca a população em situação de rua (HALLAIS; BARROS, 2015).

Automedicação

A automedicação é uma prática comum na população em geral, incluindo a população em situação de rua. Essa prática pode ser definida como o uso de medicamentos sem prescrição médica, quando o próprio paciente decide qual fármaco vai usar. Também se inclui a prescrição ou indicação de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares ou mesmo balconistas de farmácia (BEZERRA et al, 2015; ARRAIS, 2005).

Quando a PSR não consegue o acesso ou quando não buscam o serviço de saúde acaba por encontrar estratégias como a automedicação para suprir, momentaneamente, sua determinada necessidade de saúde. Podemos identificar a autonomia em se automedicar no momento em que se encontra com dor, por exemplo, na fala de *Angélica*.

“Eu compro por conta própria. Quando eu estou com qualquer tipo de dor eu compro remédio” (Angélica).

É importante salientar que a escolha dessa estratégia envolve riscos como mascaramento da evolução de doenças graves e/ou surgimento de efeitos adversos. O erro na escolha do medicamento, forma farmacêutica, dosagem, ou tempo de tratamento, pode agravar problemas de saúde já existentes ou fazerem surgir novos problemas prejudicando a qualidade de vida de quem se automedica (BEZERRA et al, 2015; CORRER, 2002).

Autocuidado

Autocuidado é definido como um conjunto de atos para consigo ou com o contexto, conforme interesse do próprio sujeito, cujo objetivo é a busca pela garantia da qualidade de vida. As práticas de autocuidado incluem ações e comportamentos visando à manutenção ou melhoria da vida, saúde e o bem-estar (SILVEIRA; RODRIGUES, 2013).

A luta diária pela sobrevivência e a dificuldade recorrente de acesso ao sistema de saúde faz com que muitas pessoas em situação de rua, mesmo visivelmente adoecidas, neguem estar com qualquer problema de saúde. Esse acontecimento costuma se dar pelo silenciamento de sinais e sintomas que, pouco a pouco, foram se incorporando àquilo que o indivíduo passou a considerar como condição de normalidade para si (BRASIL, 2012).

Deste modo, sendo o aparato de assistência à saúde precariamente acessível ou até mesmo inacessível às pessoas que estão em situação de rua, buscar estratégias de autocuidado torna-se como uma relevante contribuição para esta população (SILVEIRA; RODRIGUES, 2013).

Diante dessas estratégias de autocuidado, pudemos observar a expressão da mesma na fala a seguir:

“Eu como bastante para não ficar doente e me cuido o máximo que eu posso. Eu penso primeiro na minha barriga para não ficar doente. Penso primeiro na minha saúde” (Isa).

Com a colocação de Isa podemos identificar um conceito de saúde reduzido à ausência da doença, quando ela expressa que comer bastante é uma tentativa para o não adoecimento. Ainda assim, Isa compreende que a alimentação é uma necessidade básica que

reflete diretamente na sua saúde e dessa forma ela busca o autocuidado, quando diz que “me cuido o máximo que posso”, visando um não adoecimento. Assim, conclui-se que a compreensão acerca do cuidado com a saúde pela PSR é deficiente, percebido através do conhecimento ingênuo dessas pessoas em relação ao autocuidado (BEZERRA et al, 2015).

Rede subjetiva/solidária

A rede social subjetiva caracteriza-se pelo conjunto de aspectos das relações pessoais, tais como companhia social, apoio emocional, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos e pode ser delimitada a determinada área de convivência, como ambiente de trabalho, família, amizades, comunidade (MILANESE, 2012).

O estabelecimento das redes de solidariedade nas ruas pode ser um fator de promoção de saúde e de criação de ambientes saudáveis. Nos grupos sociais que compõem o espaço da rua, há também relações que dificultam o acesso às redes de serviços e instituições, ou seja, podem aproximar ou distanciar as pessoas desses serviços (LOPES, 2014).

Essa rede subjetiva/solidária pode ser identificada nas falas a seguir:

“Eu fiquei doente e o consultório na rua passou um bom tempo sem vim aqui e eu fiquei aí doente. Se não fosse a Karina [pessoa em situação de rua] que me deu dois comprimidos eu ainda estava doente. Passei quatro dias, emagreci bastante. Não apareceu nada de saúde e ninguém do consultório na rua aqui” (Isa).

“Quando eu adoço alguém cuida de mim. Senão eu não vou ao médico. Fico aqui mesmo” (Alessandra).

Como podemos perceber nas falas, a presença da rede subjetiva/solidária foi um fator positivo na vida dessas pessoas, que ao encontrar dificuldade no acesso aos serviços, ou por outros fatores resistirem na busca pelos serviços, receberam a ajuda e o cuidado de outras pessoas que se mostraram disponíveis nessa rede.

O vínculo afetivo decorrente dessa rede existe na rua e este envolve cuidados, atenção e respeito com as pessoas do meio. A solidariedade entre eles é algo que remete um o ato de bondade com todas as pessoas em sua volta, com prioridade das pessoas com mais dificuldades (BEZERRA et al, 2015).

Solidão e isolamento

Devido a tantas barreiras para o acesso aos serviços de saúde, no geral, a PSR raramente procura os serviços. Muitas vezes essa população resiste aos sintomas, e, quando

procuram a rede de saúde, estão com vários problemas acumulados e não conseguem mais lidar sozinhas com as dores ou resistir a elas (VARANDA; ADORNO, 2004).

Podemos identificar a recusa e desistência pela busca dos serviços de saúde foram expressas nas falas a seguir:

“Eu não vou procurar mais não [serviços de saúde]. Quando a pessoa diz que vai procurar o povo diz que não tem, então eu não vou procurar mais” (Angélica).

“Rapaz, para falar a verdade nem para posto eu vou quando eu estou doente. Fico aqui mesmo” (Patrícia).

“Aí eu fui e quando cheguei lá não foi um bom atendimento logo na chegada” (Baiano).

As falas só reforçam a desistência da busca por saúde devido a uma dificuldade anterior que é encontrada nas tentativas de acesso. Hallais e Barros (2015) compreendem que a oferta de cuidados do SUS é limitada, diante das condições de precariedade, privação e invisibilidade vivenciadas pela PSR, e ressaltam que as políticas públicas atuais não garantem o cuidado integral.

O direito à atenção integral à saúde deve ser estendido a todo e qualquer cidadão conforme preconizado pelo princípio da Universalidade no âmbito do SUS. É necessário pensar em estratégias que reforcem a garantia desse princípio à PSR, sem que para isso essas pessoas precisem enfrentar obstáculos, como foi visualizado nessa categoria. A PSR deve ter seus direitos garantidos para não precisar “ir se virando” quando esse acesso fica comprometido.

4.4 Para ter acesso à rede, a saída é o Consultório na Rua.

O surgimento dessa categoria se deu a partir da constatação, por meio dos apontamentos dos relatos dos entrevistados, de que o consultório na rua é o meio para o seu acesso às ações e serviços de saúde. Pois, como visualizado, o acesso a essa população não acontece de forma efetiva, sendo o dispositivo do consultório na rua uma estratégia que consegue suprir as lacunas assistenciais das redes de saúde e efetivar a entrada ao sistema, dando possibilidade para o cuidado em saúde, uma vez que foi criado para atender especificamente essa população, visando à garantia de acesso aos serviços de saúde. Esse dispositivo é responsável por um serviço descentralizado, singular e itinerante o qual garante acesso multiprofissional *in loco* e atenção integral à saúde.

Em 2011, como desdobramento do Decreto Presidencial nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o Ministério da Saúde adotou o Consultório na Rua como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família ao invés de extinguir um em detrimento do outro (LONDERO; CECCIM, BILIBIO, 2014).

As equipes de Consultório na Rua, instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012b), integraram-se como um dos componentes da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial. E, assim, passaram a seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na PNAB, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2012; LOPES, 2014).

A proposta do Consultório na Rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de diferentes condições clínicas tais como doenças pulmonares (a tuberculose é frequente), infecções sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica (SANTANA, 2014).

Nesse sentido, para compreender a singularidade do trabalho do consultório na rua para com a PSR iniciaremos discutindo a atuação em território por esse dispositivo. Ademais, serão abordados os seguintes pontos que emergiram a partir do que foi analisado nos depoimentos dos participantes: Essencialidade e importância do Consultório na Rua para o acesso da PSR ao SUS; Articulação intersetorial realizada pelo Consultório na Rua, Facilitação do acesso, do fluxo/trânsito na rede; Construção de vínculo, empatia e escuta (tecnologia leve) e Efetivação da Universalidade.

Atuação no território pelo Consultório na Rua

As equipes de Consultório na Rua trabalham na perspectiva de que as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades e necessidades do território, que pode ser compreendido em suas várias dimensões, tais como: território físico, sendo o espaço geográfico, visível e delimitado; território como espaço-processo, dinâmico e construído socialmente; território existencial, relacionado às diversas relações presentes na rua e conexões produzidas pelos indivíduos e grupos (BRASIL, 2012b).

Para Gondim et al (2008) o território é definido como:

“Um espaço, com suas singularidades, o qual possui limites que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente, é relativamente homogêneo, identificado pela história de sua construção, e, sobretudo é um local de poder, uma vez que nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação do Estado, das organizações sociais e institucionais, e de sua população. Desse modo, percebe-se a importância estratégica do território para as políticas públicas sociais no que diz respeito à consolidação de ações direcionadas ao enfrentamento dos problemas e das necessidades apresentadas pelos cidadãos que nele habitam e o produzem socialmente”.

Ao intervir por meio de um território existencial, leva-se em conta a legitimidade e a realidade de sua formação, bem como sabemos da possibilidade de transformação desses territórios, pois eles se constituem por modos de relação. E ainda, a intervenção altera não só o território existencial e a maneira como dele vão advir sujeitos e territórios, assim como transforma o agente da intervenção, já que este passa a compor tal território. Entrar em um território existencial já é modificá-lo fazendo parte dele, pois ele é esta expressividade sempre provisória que a tudo capta, sensível e determinante na constituição de seus personagens. (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Assim, os territórios existenciais são movimentos, expressividades que não pertencem a seus agentes, a quem protagoniza o ato de expressar. Pelo contrário, a expressividade que marca e forma esses territórios se constitui em relações, em dinâmicas de movimento sem sujeito. Não é o sujeito morador de rua que define seu ambiente de vida, por exemplo, mas é exatamente dessa expressividade que emergem os personagens e a cena, a partir dos seus movimentos, suas relações (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

A lógica de vida na rua atravessa todo o modo de organizar a atenção aos usuários e a oferta de cuidados está também ligada às necessidades básicas como o sono, alimentação, higiene, mecanismos de proteção, e que apresentam peculiaridades nesta população. Considerar estas especificidades relacionando-as as singularidades de como cada sujeito se numa atuação em território é essencial para a prática do cuidado (LOUZADA, 2015).

Por considerar essas especificidades e por trabalhar na lógica de território *in loco*, a equipe do consultório na rua vai ao encontro dessa população em prol da oferta de uma assistência adequada à saúde. As falas abaixo expressam como essa realidade está presente na conduta desses profissionais, que buscam pela PSR diante de suas singularidades.

“Por conta própria também procuro, mas a maioria das vezes elas que vêm a minha procura” (Nay).

“Aí eu fui embora e o pessoal do consultório na rua foi atrás de mim para eu ir, mas eu não quis ir. Aí eu assinei um papel para não ir. Se eu tivesse ido já tinham resolvido” (Cacau).

Com isso, compreendemos que a equipe do Consultório na Rua deve ampliar sua percepção no sentido de reconhecer nesse contexto as variáveis sociais, culturais, demográficas, sanitárias, administrativas, políticas, econômicas, entre outras, de valiosa importância na construção do planejamento da equipe bem como não deve deixar de considerar todos os aspectos subjetivos que contribuem para seu contexto de vida (BRASIL, 2012).

Essencialidade e importância do Consultório na Rua para o acesso da PSR ao SUS

O Consultório na Rua constitui uma modalidade de atendimento dos diferentes problemas e necessidades de saúde dirigida a PSR que vive em condições de extrema vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde. Sua efetivação se dá por meio da atuação de equipes de Consultório na Rua, as quais se espera que se responsabilizem pelo cuidado à PSR atuando numa abordagem ampla e integral à saúde (BRASIL, 2012).

Nas falas abaixo iremos perceber como esse serviço se faz necessário à vida dessas pessoas:

“Se não fosse eles [consultório na rua] o cara estava lascado. Se não fosse eles a gente estava lascado. É uma ajuda muito grande que eles dão a nós que vive na rua. “Se não fosse eles eu estava pior do que o que eu estou” (Sérgio).

“Tinha [acesso] com pessoal do consultório na rua” (Cacau).

“A única opção é isso aí [o consultório na rua]” (Maurício).

“Eles para mim são ótimos, mil maravilha [profissionais do consultório na rua]. Quando eu preciso eu falo com as meninas [consultório na rua]. São as únicas que me ajudam a arrumar alguma coisa para o meu menino. Só elas” (Angélica).

“Assim, se eu não for ao posto essas pessoas aqui [consultório na rua] ajudam” (Alessandra).

Como podemos observar, o serviço do Consultório na Rua é essencial para a PSR. A fala de Sérgio *“Se não fosse eles eu estava pior do que o que eu estou”* e a fala de Maurício *“A única opção é isso aí [o consultório na rua]”* evidenciam a importância desse serviço, pois expressam em seu sentido as barreiras que eles têm para acessar os serviços de saúde, mas que, por outro lado, com a existência do Consultório na Rua o alcance aos serviços se torna efetivo.

Percebe-se que a PSR, na condição de extrema vulnerabilidade, é grata por qualquer ação que seja feita a seu favor, desconhecendo que seus direitos, incluindo o direito a saúde, são usurpados. É grata porque encontra no Consultório na Rua seu único ponto de apoio,

talvez o único espaço que os conectam a sociedade, que os fazem lembrar de que existe outro mundo além do seu ou do mundo em que viviam antes ou, ainda e principalmente, que os fazem lembrar de que são gente e, como tal, querem uma vida melhor (FERREIRA, 2015). Essa gratidão é expressa nessas falas:

“Foi a melhor coisa que teve aqui foi ter colocado essas meninas [consultório na rua] aqui. Foi a melhor coisa. Porque a gente nunca teve isso e agora tem essas meninas” (Dirceu).

“As meninas [profissionais do consultório na rua] estão sempre ajudando a gente. É ótimo” (Maria).

“Eles [consultório na rua] me socorrem, não vou mentir. Para mim é um pessoal excelente” (Zé Luiz).

Articulação intersetorial realizada pelo Consultório na Rua

A responsabilização compartilhada entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços busca contribuir para a integralidade do cuidado à saúde, principalmente por ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde. Para isso, os trabalhadores de saúde precisam socializar, trocar experiências, compartilhar informações, orientações, de tal forma que os usuários e familiares sintam-se empoderados e com capacidade para desenvolver o autocuidado, a autonomia e a corresponsabilidade pela sua própria vida (BRASIL, 2013).

A movimentação do Consultório na Rua com o intuito de desenvolver uma articulação intersetorial e conseguir promover acesso à PSR é expressa nas seguintes falas:

“Porque sem eles [consultório na rua] como vai resolver esse negócio de gente doente? Eles que correm atrás para tudo. Tem dias que eles têm até van para levar o pessoal para o hospital e tudo. Não é qualquer um que faz isso” (Josenildo).

“Quando eu conheci as meninas [profissionais do consultório na rua] também. Tudo que eu quero com essas meninas eu consigo” (Dirceu).

Essa articulação com outros serviços e setores é uma potencialidade da equipe do Consultório na Rua, que busca suprir as necessidades demandadas pelas pessoas atendidas com vistas à integralidade. Essa articulação se expressa especialmente pela busca do acesso aos serviços de saúde e de outros serviços de assistência social como registro, título de eleitor entre outros (FERREIRA, 2015).

“Se não for por eles não vai ter atendimento logo” (Cacau).

“Eu não gosto de ir sozinha para esses lugares; só se for com eles [consultório na rua] porque quando eu vou sozinha aí demora muito para atender a pessoa” (Cacau).

“Fui acompanhada pelas meninas do consultório na rua” (Maria).

“Elas [profissionais do consultório] levam a gente para o Hamilton [UBS Hamilton Falcão], levam para UPA, descem com a gente lá para baixo para fazer exame” (Dirceu).

“O consultório leva. As meninas levam” (Célia).

Devido à singularidade da PSR, é possível identificar nas falas que as equipes de Consultório na Rua não apenas fazem a articulação como também acompanha a PSR durante esse acesso ou o próprio atendimento.

A intersectorialidade é um dos grandes desafios no campo das políticas públicas, sendo a sua efetivação valiosa para a rede de serviços. Para isso, é necessário que os gestores e profissionais tenham clareza do seu valor prático e conceitual, pois representa a melhor forma de articulação dos vários conhecimentos e práticas que intervêm na coletividade. A opção pelo processo de intersectorialidade remete à noção de que as políticas públicas não podem se desenvolver de forma desarticulada, sobretudo quando se trata de políticas voltadas para o cuidado a populações em situação de grandes vulnerabilidades sociais (LOPES, 2014).

Outra potencialidade se refere ao fato de as equipes do consultório na rua realizarem ações que vão além das questões de saúde-doença, buscando suprir as necessidades demandadas pelas pessoas atendidas. Essas ações se expressam especialmente pelo acesso aos serviços de saúde e de assistência social, como, por exemplo, encaminhamento de consultas na atenção básica, internamentos hospitalares e obtenção de documentos (FERREIRA, 2015).

A PSR nota a articulação com os demais serviços e sente uma maior facilidade do acesso ao receber o encaminhamento da equipe, conforme verificado nas falas:

“Porque eles aqui ajudam a ir para hospital, se a pessoa tiver precisando de alguma coisa eles ajudam e dão encaminhamento” (Josenildo).

“Quando eles [consultório na rua] mandam ir com o papel [encaminhamento] o pessoal lá atende bem” (Josenildo).

“Porque se for sem o consultório aí demora mais. Eles [consultório na rua] agindo a pessoa chega lá e é atendida logo, porque eles dão o papel [encaminhamento]” (Josenildo).

Facilitação do acesso, do fluxo/trânsito na rede

Como já discutido, existem desafios para o cuidado para com as pessoas em situação de rua. Esses desafios constituem barreiras que dificultam, inibem ou até mesmo inviabilizam o acesso da pessoa em situação de rua à rede de saúde e à rede intersectorial. A barreira social é citada como uma das principais causas, a qual envolve estigma e reforça a invisibilidade dessas pessoas (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

No entanto, embora existam essas barreiras para o acesso/fluxo na rede, o consultório na rua surge como uma solução para facilitar o acesso da população, conforme expresso nas seguintes falas:

“Serviço de saúde é com essas meninas [profissionais do consultório na rua]” (Dirceu).

“Com elas [profissionais do consultório na rua]? Com elas eles atendem. Sem elas [profissionais do consultório na rua] não. Sem elas o bicho pega” (Dirceu).

Ao analisar a fala de Dirceu percebemos essa barreira do acesso no momento em que ele diz *“Sem elas o bicho pega”*. Porém, ele reforça a ideia de que o consultório na rua facilita esse processo do acesso, quando fala *“Com elas eles atendem”*.

A PSR percebe que o trabalho do Consultório na Rua possibilita melhora do acesso aos serviços de saúde, apontando que sem a atuação da equipe é quase impossível ser atendido ou conseguir um exame, principalmente porque os profissionais de saúde de alguns serviços da rede de atenção à saúde não conseguem enxergá-la como pessoas que têm direitos, incluindo o direito a saúde (FERREIRA, 2015), conforme verificamos nos depoimentos a seguir:

“Eu falo com elas [profissionais do consultório na rua] e elas ajudam” (Maria).

“Eu falo com as meninas [profissionais] e elas marcam” (Maria).

“Eu consigo com as meninas do consultório na rua” (Nay).

“Rapaz, quando eu estou muito doente eles ajudam. Dá remédio, quando se está doente eles levam ao hospital e tudo mais” (Adevan).

Com essas falas fica claro que a PSR basicamente só consegue ser atendida e/ou referenciada ou só consegue ter acesso a exames e medicamentos porque o consultório na rua facilita isso.

Construção do vínculo, empatia e escuta (Tecnologias leves)

No cotidiano do trabalho do Consultório na Rua é possível notar o uso de tecnologias leves de cuidado. Essas tecnologias fazem toda diferença no trato para com a PSR. Tais tecnologias se caracterizam pela utilização de ferramentas relacionais no cuidado em saúde que permitem o estabelecimento de relações de confiança e diálogo entre usuários e profissionais, além de favorecer a construção de vínculo, compromisso e responsabilização (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

A escuta pode ser definida como um dispositivo, uma tecnologia, uma ferramenta do campo das relações, e representa a possibilidade de se construir uma nova prática em saúde,

buscando dar respostas adequadas às demandas e necessidades das pessoas. O processo de escuta no cuidado em saúde possibilita identificar inúmeras formas de abordagens de cuidado. A “escuta sensível” é um tipo de escuta que se apoia na empatia (JORGE et al., 2011; BRASIL, 2013a).

Vínculo significa algo que ata ou liga as pessoas, indicam relações com duplo sentido, compromissos de profissionais com os usuários e destes com os profissionais, portanto a criação de vínculos depende do movimento e desejo, tanto dos usuários, quanto da equipe. O vínculo é um dispositivo de intervenção que possibilita a troca de saberes entre o técnico e o popular, o objetivo e o subjetivo, contribuindo para a construção de projetos terapêuticos elaborados na perspectiva da integralidade da atenção em saúde (JORGE et al., 2011; BRASIL, 2013a).

Nos relatos dos entrevistados é possível identificar o vínculo e a relação de confiança entre usuários e profissionais:

“Eu vou direto ao posto, mas se eles estiverem por aqui melhor ainda” (Maurício).

“Através desse consultório de rua. Eu espero eles chegar ao albergue e falo com eles” (Sérgio).

A fala de *Maurício* enfatiza essa questão, ao dizer que *“Eu vou direto ao posto, mas se eles estiverem por aqui melhor ainda.”*. Ou seja, o vínculo estabelecido para com a equipe faz com que ele se sinta mais confortável diante da presença dos profissionais do consultório na rua.

A relação de vínculo fica tão estreita e essa população se sente tão acolhida pela equipe que podemos identificar nas falas abaixo o entendimento de que estes só podem ser atendidos pelo CnaR ou encaminhados a outros serviços por essa equipe, o que não é a realidade, uma vez que o consultório na rua é apenas um dispositivo específico para essa população, não sendo exclusivo, pois a efetivação do cuidado compartilhado é necessária e o acesso aos demais dispositivos da rede é direito da PSR.

“Às vezes eu falo com esse pessoal [consultório na rua], pego o papel e vou para lá porque tem que ser atendido pelo dele, já que é morador de rua. Aí eles que dão o encaminhamento” (Cacau).

“Todas do consultório na rua. Para outras pessoas eu não posso ir, só com ela [enfermeira do consultório na rua]” (Madalena).

Também é possível notar nas falas um sentimento de gratidão dessa população com a equipe e com a assistência prestada por ela. Essas falas podem levar a uma reflexão de que

esse sentimento de gratidão para com o trabalho dessa equipe reforça a falta/dificuldade do acesso da PSR aos demais serviços de saúde.

“Eles vêm e me ajudam. Tem também o pessoal da abordagem social. Eles sempre me atendem bem” (Patrícia).

“Todas essas pessoas do consultório na rua me atendem muito bem” (Madalena).

Para as pessoas atendidas por essa estratégia, o Consultório na Rua representa suporte social, apoio emocional, afeto e perspectiva de mudança de vida. No entanto, geralmente eles não citam o nome “Consultório na Rua”. Isso é muito comum, pois a maneira de identificar os profissionais de saúde e de realizar a procura é diferente do habitual. Na maioria das vezes a PSR não reconhece os profissionais por categoria profissional, pois consideram todos como sendo simplesmente “profissionais de saúde” e o chamam pelo nome. Com isso, a interdisciplinaridade acontece de maneira clara e muito espontânea.

Efetivação da Universalidade

A Universalidade, princípio o qual garante o acesso, deveria ser efetivada para todos. Ao longo dos depoimentos dos entrevistados conseguimos perceber que para o alcance da efetivação desse direito para a PSR é requerido a atuação do Consultório na Rua. Isso nos faz voltar a pensar sobre a tal invisibilidade e exclusão social abordadas na primeira categoria, pois se o SUS visa à garantia de acesso para todos porque a PSR precisa de um serviço específico só para ela? Desse modo, embora haja uma negação de direitos a essa população, a existência desse serviço do Consultório na Rua reforça o princípio da Equidade, considerando que diante de obstáculos da PSR para o acesso, existe um serviço singular e equânime para essa população.

É importante salientar que deve existir um espaço dentro dos equipamentos de saúde, para reverter a lógica de exclusão das pessoas em situação de rua. A garantia de um espaço em um serviço público permite ampliar a resolubilidade de algumas ações em saúde e, ainda, trabalhar com elas e a população em geral a ideia de que a pessoa que vive na rua é um cidadão de direitos, que pode e deve acessar qualquer serviço de saúde, quando necessário (LOPES, 2014).

As falas abaixo retratam a resolutividade e a tentativa de executar a Universalidade por parte do Consultório na Rua:

“É, quando eles vêm sempre me ajudam. E não ajudam só a mim, ajudam a qualquer um que precisar” (Josenildo).

“Quem me ajuda são eles aí [profissionais do consultório na rua]. Eles não ajudam só a mim, ajudam a todo mundo. Eu só tenho a agradecer a Jesus que ainda têm eles aqui para resolver. Porque não é qualquer um que vem para cá, mas eles resolvem tudo aqui” (Josenildo).

Com isso, conseguimos perceber que a Universalidade só consegue ser efetivada porque o Consultório na Rua atua promovendo assistência à saúde específica para essa população. Desse modo, compreendemos que esse dispositivo é uma excelente estratégia à tentativa do alcance dessa população à integralidade à saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde.

5 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo demonstraram a existência de muitas lacunas para a população em situação de rua acessar os serviços de saúde, embora este deva ser garantido por meio das políticas públicas. Foi possível perceber que a grande causa da dificuldade desse acesso se dá ao fato da PSR ser invisibilizada pela sociedade, que ao fazê-lo acaba por entrar em contradição com o princípio da Equidade. Reafirmo, com esses resultados, que as pessoas em situação de rua são vulneráveis, marginalizadas, estigmatizadas e excluídas da sociedade dita “normal”, tendo assim seus direitos violados, e que por isso precisam de ações mais efetivas no que se refere aos seus direitos sociais e de saúde.

Contudo, embora existam muitos obstáculos, foi possível observar que a Atenção Primária a Saúde é realmente uma porta de entrada prioritária para o acesso aos serviços de Saúde, o qual consegue promover de algum modo esse acesso à população de rua. No entanto, a garantia à universalidade à atenção a saúde nem sempre é efetivada na realidade, pois existem muitos elementos dificultadores, conforme expressados na segunda categoria temática, na busca da PSR aos cuidados em saúde e dificuldades impostas pelos serviços.

Como uma luz diante de tantos empecilhos existentes no acesso à saúde dessas pessoas, tem-se um dispositivo destinado especificamente a elas. O Consultório na Rua é realmente uma excelente estratégia em meio às situações de dificuldade em acessar o SUS, sendo esse serviço um facilitador do acesso à rede, e, portanto, um serviço essencial à vida dessas pessoas que basicamente dependem do trabalho dessas equipes para serem notados e assistidos.

Verificou-se que o princípio da universalidade é fragilizado, tendo isto implicações na efetividade dos outros princípios fundamentais do SUS, como a equidade, onde as necessidades das pessoas e suas singularidades devem ser consideradas. Assim, diante de um contexto de desigualdade social dessa população, isso reflete nos limites do acesso aos serviços e, conseqüentemente, na garantia do atendimento integral.

Apesar de terem sido abordados todos os pontos de atenção à saúde da RAPS durante a entrevista, não foi expresso nas falas das pessoas participantes do estudo o acesso a serviços específicos da rede, como o CAPS. Também não foi percebido nas falas a integração e articulação dos serviços da rede. Diante disso, levanta-se o questionamento a respeito da efetividade das articulações entre esses serviços, visando à garantia da integralidade em saúde.

Nesse sentido, há de se compreender a necessidade de refletir sobre as formas de ampliar o acesso e expandir ações de cuidado de modo a implicar serviços, gestores e

políticas públicas para essa população. O exercício do cuidado compartilhado é fundamental para o alcance da integralidade à saúde. Embora o Consultório na Rua exerça um papel essencial e específico à PSR, este não deve ser tratado como sendo exclusivo para esta população, porque dessa forma poderá corroborar com a exclusão social. Desse modo, é essencial investir na intersetorialidade com todos os demais serviços da rede e demais políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M.M.; IRIART, J.A.B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2012.
- ARISTIDES, J.L.; LIMA, J.V.C. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Rev Espaço para a Saúde**, 2009.
- ARRAIS, P.S.D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2005; 21:6.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. **Bol Epidemiol**, 1997.
- BARATA, R.B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, supl.1, 2015.
- BARBOSA, A.P.L. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE. 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. 70 ed. Lisboa, 1979.
- BAUMAN, Z. **Danos Colaterais: desigualdades sociais numa era global**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- BERTOLOZZI, M. R., et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2009.
- BEZERRA, I.H.P. et al. População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. **Rev. Enfermagem Revista**, 2015.
- BORYSOW, I.C.; FURTADO, J.P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 13 dez. de 2012. 2012c.
- _____. Governo Federal. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília; 2008a.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, 2008b.

_____. Lei n. 8.080, 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 16 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 24 dez de 2009.

_____. 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). 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de assistência à saúde. **Abc do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Portaria n. 1.029, de 20 de maio de 2014. **Diário Oficial da União – Seção 1**, p. 55, maio, 2 Trim., 21 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União – Seção 1**, p. 37/38, 21 de maio de 2013.

_____. 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, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano Operativo para implementação de ações em saúde da População em Situação de Rua 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento

de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério Público de Minas Gerais. **Direitos do morador de rua: um guia na luta pela dignidade e cidadania**. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2010. p. 29.

_____. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial da União**; 2 mai., 2011a.

CARBONE, M. **Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

CHRYSTAL, J. et al. Experience of primary care among homeless individuals with mental health conditions. **PLOS ONE**, 2015.

CORRER, C.J. Os problemas relacionados aos medicamentos no contexto da atenção farmacêutica: uma avaliação de conceitos. **Pharm Bras**. 2002.

COSTA, N.M. A rua como um lar: a invisibilidade de cidadãos em situação de rua no centro de Manaus. **RELEM**, 2014.

COSTA, J.S. D. et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. **Cad Saude Publica**, 2008.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DONOSO, M.T.V.; BASTOS, M.A.R.; FARIA, C.R.; COSTA, A.A. Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, 2013.

FARIAS DCS et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, 2014.

FERREIRA, C.P.S. **Consultório na Rua em Maceió/AL: o olhar de pessoas em situação de rua**. [Dissertação Mestrado], 2015.

FERREIRA, C.P. S; ROZENDO, C.A; MELO, G.B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2016

FIPE - FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo Da População Em Situação De Rua Da Cidade De São Paulo**, 2015 - Resultados. Disponível em < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf> Acesso em 03 de outubro de 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz, C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p.177-198.

GODOI, A. A. M.; GARRAFA, V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUIMARÃES, M.C.S; NOVAES, S.C. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Bioética**, 1999.

HALL, Y et al. Homelessness and CKD: a cohort study. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, Washington, 2012.

HALLAIS, J.A.S.; BARROS, N. F.B. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2015.

JESUS, W.L.A; ASSIS, M.M.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Feira de Santana, 2012.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**. Londres, 2010.

LISBOA, M.S. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização**. Tese. [Doutorado em Psicologia Social]. Pontífica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

LONDERO, M.F.P; CECCIM, R.B; BILIBIO, L.F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**. 2014.

LOPES, L.E. **Caderno de atividades: tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua**. / organizado por Lucília Elias Lopes. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

LOUZADA, L.O. **Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais.** [Dissertação Mestrado]. 2015.

MACERATA, I. M. “... como Bruxos maneando ferozes”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha: experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e a adolescentes em situação de rua. [Dissertação Mestrado em Psicologia] – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, 2010.

MACERATA, I.M ; SOARES, J.G.N.; RAMOS, J.F.C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface (Botucatu)**. Botucatu 2014.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família** [Internet]. Brasília: OPAS. 2012. Disponível em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf> Acesso em 18 de junho de 2016.

MILANESE, E. **Tratamento comunitário: manual de trabalho**. 2a ed. São Paulo: Instituto Empodera, 2012.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010a.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em 10 de março de 2016.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012.

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília, 2016. Disponível em <<http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/2016%20IPEA%20Estimativa%20da%20populacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf>> Acesso em 03 de outubro de 2017

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2006.

PAIM, J.S.P.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade e equidade no SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde**. São Paulo, 2010.

PAIVA, I.K.S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2016.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, Hagerstown, 1981.

KALINOWSKI, C.E; CROZETA, K; COSTA, M.F.B.N.A. **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 5/** [organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem]. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017.

PROTAS, J; CIDADE, C; FERNANDES, M.S. **Vulnerabilidade e consentimento informado em pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/68466>> Acesso em 18 de junho de 2016.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2003.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014.

SANTOS, C.S. et al. **Uma análise sobre o atendimento à população em situação de rua no município de Belém/PA: problematizações acerca do serviço de acolhimento institucional**. 2015. Acesso em 15 de outubro de 2017. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/uma-analise-sobre-o-atendimento-a-populacao-em-situacao-de-rua-no-municipio-de-belem.pdf>>

SILVA, F.P.; FRAZÃO, I.S.; LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, W; HÜNING, S. Biopolítica nas Ruas: a Produção de Modos de Vida Seguros. *Rev. Polis e Psique*, 2013.

SILVEIRA, G.L; RODRIGUES, L.B. O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro-BA. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, 2013.

SKOSIVERA, A. et al Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. **BMC Health Care Research**, 2014.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Rev Bioét.**, 2011.

SOUSA, J. et al. **Abordagem sobre as ações de saúde em Fortaleza voltadas para a população em situação de rua.**/Jalusa Magalhães de Sousa et al. Redenção, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, M; FONSECA, M. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas** / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. ed. - São Paulo: Hucitec, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

VARANDA, W; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A
(ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA)

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO:

Participante nº: _____ Pseudônimo: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Grau de escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Local em que costuma ficar: _____

Tempo em que se encontra em situação de rua: _____

PERGUNTAS DISPARADORAS:

1. Como você veio a estar em situação de rua?
2. Quando você precisa de um serviço de saúde, como você faz para conseguir o acesso?
3. Quais os serviços de saúde que você tem acesso? (UBS, Consultório na Rua, NASF, CAPS, SAMU, UPA, Pronto-Socorro, Unidade de Recolhimento, Hospital geral, Residência Terapêutica).
4. Como você é atendido nos serviços de saúde?

APÊNDICE B
(AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA –
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS MACEIÓ)


ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	05800.57613/2016 MINUTA 39
INTERESSADO	Universidade Federal de Alagoas
ASSUNTO	AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA ACADEMICA EM NOME DE ISABELLA CHRISTINA DE OLIVEIRA VALENTIM

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 17/08/2016

- Autoriza-se Isabella Christina de Oliveira Valentim para a realização da pesquisa intitulada: "O acesso aos serviços de saúde: o que dizem as pessoas que vivem em situação de rua", tendo como unidade proponente a Universidade Federal de Alagoas
- Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo. A pesquisa será realizada nos espaços de rua onde atuam as equipes do Consultório de Rua de Maceió, nos bairros de: Benedito Bentes, Vergel, Jaraguá, Pajuçara e Centro.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvidas. Tendo a pesquisadora que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho a esta Secretaria.

JOSÉ THOMAZ NONÔ
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável, onde cada um ficará com uma via)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”
(Resolução. nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,....., tendo sido convidada pela graduanda de Enfermagem Isabella Christina de Oliveira Valentim, sob orientação da Profª Dra. Laís de Miranda Crispim Costa, para participar como voluntária do estudo intitulado: **“O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O QUE DIZEM AS PESSOAS QUE VIVEM EM SITUAÇÃO DE RUA.”**, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldade e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo tem por objetivo analisar a percepção das pessoas em situação de rua sobre o seu acesso à rede de atenção psicossocial;
- Que a importância desse estudo é refletir sobre a assistência do enfermeiro/a inserido nas Redes de Atenção à Saúde, propiciando implicação no exercício prático, promoção da saúde com vistas a assegurar o direito das pessoas em situação de rua ao acesso aos serviços de saúde de forma integral, e subsidiar políticas públicas para essa população.
- Que o resultado que se deseja alcançar é a análise da percepção das pessoas em situação de rua sobre o acesso à rede de atenção psicossocial;
- Que esse estudo começará em abril de 2017 e terminará em Outubro de 2017;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: o pesquisador responsável fará uma entrevista às pessoas em situação de rua por meio de um roteiro semiestruturado;
- Que o estudo proposto oferece riscos mínimos de cunho emocional, quais sejam, raiva, choro, insatisfação;
- Que caso ocorra os riscos previstos, será disponibilizada uma assistência do orientador da pesquisa. Se necessário, providenciado encaminhamento para atendimento com profissional psicólogo/a de algum serviço da Rede de Atenção Psicossocial.
- Que eu serei entrevistado(a) no local que eu escolher e que, sempre que eu desejar será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que se eu me sentir desconfortável, me emocionar ou me cansar, a entrevista poderá ser interrompida, se assim eu desejar;
- Que se eu disser que determinada fala não pode ser gravada serei atendido(a).
- Que se eu quiser ou achar melhor, poderei remarcar a entrevista para outro dia, horário e local que for da minha conveniência;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- Que não serei beneficiado(a) financeiramente, mas contribuirei para a produção do conhecimento científico sobre o acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua;

- Que eu serei informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que eu desejar será fornecido esclarecimentos sobre qualquer etapa da mesma;
- Que se eu vier a sofrer algum dano durante a realização da entrevista, deverei ser indenizado e para isso os pesquisadores assumirão os custos;
- Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores, portanto não precisarei desembolsar nenhuma quantia.
- Que receberei uma via assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal	Assinatura da orientadora do estudo (Rubricar as demais páginas) LAÍS DE MIRANDA CRISPIM COSTA Assinatura do responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas) ISABELA C. DE OLIVEIRA VALENTIM
---	---

Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Isabella Christina de Oliveira Valentim

Domicílio: Rua Prefeito Abdon Arroxelas, 657, Apto 407, Ponta Verde, Maceió-AL, CEP: 57035-380. Fone: (82) 9 9800-6310.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danos durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

Maceió, ____ de _____ de 201__.

APÊNDICE D
(QUADRO DE ANÁLISE TEMÁTICA)

Núcleos de sentido	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	...
Núcleo de sentido 1				
Núcleo de sentido 2				
Núcleo de sentido 3				
⋮				

ANEXOS

ANEXO A

(PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O QUE DIZEM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.

Pesquisador: Laís de Miranda Crispim Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63004116.4.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.992.274

Apresentação do Projeto:

"[...]Assim, este estudo tem como objetivo analisar a percepção das pessoas em situação de rua sobre o seu acesso à rede de atenção psicossocial. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, exploratório descritivo. Terá como cenário os espaços da rua onde as pessoas que estão em situação de rua se encontram a partir de uma abordagem nos cenários de atuação das equipes do Consultório na Rua de Macelô, nos bairros: Benedito Bentes, Vergel,

Jaraguá, Pajuçara e Centro. Os participantes serão pessoas em situação de rua que atendam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos e ser pessoa em situação de rua. O único critério de exclusão será não estar em condições de conceder a entrevista no momento da abordagem. Os dados serão coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e após transcritos na íntegra serão tratados através da análise de conteúdo na modalidade de análise temática".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção das pessoas em situação de rua sobre o seu acesso à rede de atenção psicossocial.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. J. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.992.274

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos que os participantes podem ser expostos serão de cunho emocional, como raiva, choro e Insatisfação.

Benefícios:

Os benefícios com a participação na pesquisa serão o fornecimento de informações para a análise da situação do acesso aos serviços de saúde pelas pessoas em situação de rua".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da saúde e da ciências sociais, por trabalhar com questões sociais relativas aos moradores de rua associados ao atendimento na área de saúde em Maceió.

As pendências anteriores foram devidamente sanadas. Atualização das datas de início da pesquisa no TCLE e o Cronograma, também, foi adicionado a minimização dos riscos no TCLE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos: folha de rosto; protocolo de pesquisa; projeto completo; autorização da secretaria da saúde; TCLE; cronograma e declaração de destinação dos dados da pesquisa e publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Protocolo de Pesquisa encontra-se de acordo com as exigências da Resolução 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_794025.pdf	18/03/2017 23:09:11		Acelto
Cronograma	cronograma.docx	18/03/2017 23:08:56	Lais de Miranda Crispim Costa	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	18/03/2017 23:08:46	Lais de Miranda Crispim Costa	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_detalhado.docx	18/03/2017 23:08:33	Lais de Miranda Crispim Costa	Acelto

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 1.952.274

Investigador	Projeto_detalhado.docx	18/03/2017 23:08:33	Lais de Miranda Crispim Costa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracao_normas_resolucao.pdf	01/12/2016 13:18:20	Lais de Miranda Crispim Costa	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_sms.pdf	25/09/2016 08:59:33	Lais de Miranda Crispim Costa	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/09/2016 08:53:14	Lais de Miranda Crispim Costa	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 30 de Março de 2017

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A., C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO B

(COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO)

26/11/2017

SAGAS

Login: isavalentim[Português](#)[English](#)[Español](#)

SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#)[Autor](#)[Consultor](#)[Editor](#)[Mensagens](#)[Sair](#)

CSP_2071/17

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	O acesso aos serviços de saúde: o que dizem as pessoas em situação de rua
Título corrido	O acesso aos serviços de saúde às pessoas em situação de rua
Área de Concentração	Políticas Públicas de Saúde
Palavras-chave	Enfermagem, Acesso aos serviços de Saúde, Pessoas em situação de rua
Sugestão de consultores	
Autores	Isabella Christina de Oliveira Valentim (Universidade Federal de Alagoas) Laís de Miranda Crispim Costa (Universidade Federal de Alagoas) Danielly Santos dos Anjos Cardoso (Universidade Federal de Alagoas) Jorgina Sales Jorge (Universidade Federal de Alagoas) Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves (Universidade Federal de Alagoas)

DECISÕES EDITORIAIS: [\[Exibir histórico\]](#)

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	Em avaliação. Artigo enviado em 26 de Novembro de 2017.			

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2017

ANEXO C
(MEMÓRIA FOTOGRÁFICA DO CENÁRIO)

