

A abordagem da população em situação de rua no sistema único de saúde: uma realidade que precisa ser mudada

The approach to homeless people in the unified health system: a reality that needs to be changed

DOI:10.34119/bjhrv4n2-350

Recebimento dos originais: 13/03/2021

Aceitação para publicação: 13/04/2021

Isabella Queiroz

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: isabellaqueiroz@unipam.edu.br

Danty Ribeiro Nunes

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Praça ubalda soares santos, nº 333, jardim Califórnia. 38703-106
E-mail: dantynunes@yahoo.com

Isabella Farias Abreu

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: isabellaabreuf@gmail.com

Laura Fernandes Ferreira

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: laurafernandes130@yahoo.com.br

Lorrana Andrade Silva

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: lorrانandrade_s@hotmail.com

Murilo Henrique Godinho Roque

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: murilogodinho@unipam.edu.br

Mychell Flávio Aparecido Rodrigues de Sousa

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: mychel.flavio@hotmail.com

Vitória Borges Cavalieri

Acadêmico do 7º período do curso de medicina no centro universitário de Patos de Minas –
UNIPAM
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: vitoriacavalieri@gmail.com

Marilene Rivany Nunes

Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP- USP
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Praça ubalda soares santos, nº 333, jardim Califórnia. 38703-106
E-mail: maryrivany@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: Os Consultórios na Rua (CR) buscam efetivar a equidade e o acesso a ações e serviços de saúde para uma população em situação de rua (PSR). Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura guiada pela questão: quais são as barreiras enfrentadas pela PSR no acesso aos serviços de saúde? A busca de dados foi realizada nas bases LILACS, EBSCO Information Services, PubMed, MEDLINE, Biblioteca Eletrônica Científica Eletrônica Library Online (SciELO), BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores de saúde moradores de rua, população em situação de rua, SUS, ESF e saúde, em artigos publicados entre os anos de 2009 a 2019. Resultados: Percebe-se que a maioria dos artigos apontam para as dificuldades que a PSR enfrenta como situações de relativas à estigmatização, relacionada a ausência de higienização destes, preconceito por parte dos profissionais do SUS que afastam esse público dos serviços públicos de saúde. Em contrapartida, alguns artigos afirmam que o SUS apresentou grandes avanços no cuidado a PSR e que os profissionais dos CR estão aproximando cuidando de forma humanizada desta população. Conclusão: Portanto, o preconceito social devido ao modo de vida das pessoas em condição de rua, culmina na atual situação de invisibilidade dessa população. Dessa forma, foi constatado que os profissionais do SUS, encarregados pelo cuidado integral de todos os cidadãos, são os principais responsáveis pela discriminação e pelo afastamento da PSR do SUS. Além disso, mostra-

se necessária uma ação interdisciplinar entre os profissionais de saúde, principalmente da Atenção Básica, para garantir um atendimento integral e igualitário à PSR.

Palavras chaves: População em situação de rua, Promoção de saúde, Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Introduction: Street Clinics (CR) seek to achieve equity and access to health actions and services for a homeless population (PSR). **Methodology:** This is an integrative literature review guided by the questions: what are the barriers faced by the PSR to access to health services. The data search was performed in the databases LILACS, EBSCO Information Services, PubMed, MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), VHL - Virtual Health Library, with the descriptors of homeless health, homeless population, SUS, FHS and health, in articles published between 2009 and 2019. **Results:** It is noticed that most articles point to the difficulties that the PRS face as situations related to stigmatization, related to their lack of hygiene, prejudice. SUS professionals who remove this public from public health services. On the other hand, some articles state that the SUS has made great advances in the care of the PRS and that CR professionals are approaching taking care of this population in a humane way. **Conclusion:** Therefore, social prejudice due to the way of life of homeless people culminates in the current invisibility situation of this population. Thus, it was found that SUS professionals, in charge of the integral care of all citizens, are the main responsible for the discrimination and removal of the PSR from SUS. In addition, an interdisciplinary action between health professionals, especially primary care, is necessary to ensure comprehensive and equal care for the PRS.

Keywords: Homeless Population, Health Promotion, Vulnerability.

1 INTRODUÇÃO

A saúde historicamente sempre se envolveu pouco com a população em situação de rua, não considerando a rua como um território de vida existente e delegando o trato com o morador de rua unicamente à assistência social e à polícia (1). A população em situação de rua (PSR) tem presença marcante em regiões centrais das metrópoles. Essas áreas oferecem mais possibilidades de viabilizar grande concentração de serviços, baixa concentração de residências e alta circulação de pessoas que contribuem para a sua localização territorial (2).

O primeiro Consultório de Rua surgiu em 1999, em Salvador, na Bahia. O projeto foi criado para as crianças e adolescentes que se encontravam em situação de rua e em decorrência do uso de drogas. A experiência foi do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Em 2004, um Consultório de Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (Caps-ad) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade (3).

Os Consultórios na Rua buscam efetivar a equidade e o acesso a ações e serviços de saúde para uma população sem domicílio fixo, dentro de um sistema baseado na adscrição territorial da população. A criação do Consultório na Rua inaugura novos modos de cuidar em saúde. A intervenção se dá na própria rua, na sede/unidade de referência e nas redes institucionais, com constante relação com os demais serviços na atenção primária à saúde (APS), para reconciliá-la com os seus atributos fundamentais, além da adscrição do território geográfico. No Brasil, as equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instituídas a partir da segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011 (4).

O cuidado da população em situação de rua deve envolver a interculturalidade como ação política, associada à estratégia de acolhimento e cuidado. Esse processo pode superar o distanciamento imposto pela discriminação social, que impede, entre outros, a acessibilidade da PSR aos serviços do SUS. Dessa forma, a construção de vínculos de confiança é fundamental, assim como a observação das características particulares de cada campo de atuação, para suprir as situações demandadas dessa população e garantir autonomia por intermédio do potencial descolonizador do cuidado (5).

A PSR vivencia situações de privação, violência, miséria, inutilidade social e constitui, portanto, um desafio para as Políticas Públicas sociais e de saúde. A população em situação de rua não necessita de um novo sistema de saúde, pois os princípios do SUS já estão garantidas na Constituição Brasileira. Contudo é necessária a reconstrução do sistema de saúde, focando nas reais necessidades sociais dessa população (6).

Diante da produção escassa sobre o tema e visando aprofundar nas questões relativas à saúde na PSR, o presente artigo objetivou analisar a produção científica nacional dos últimos dez anos que se relacionasse com o tema PSR no Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foram propostas as seguintes questões: Quais são as dificuldades para que essa população tenha cumprimento do seu direito de atendimento? Quais as iniciativas no âmbito do SUS para incentivar essa população a buscar atendimento no SUS?

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método de pesquisa com o objetivo de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema definido, de modo a contribuir para o conhecimento do tema em questão. Para realizar a revisão integrativa foram adotados passos, como definição do tema, elaboração da questão de pesquisa,

estabelecimento de critérios de busca na literatura, definição das informações extraídas dos artigos, análise e interpretação dos resultados, identificação dos temas e núcleos de sentidos e síntese da discussão do tema confrontando-o com a literatura estudada.

O estudo foi guiado pelas seguintes questões norteadoras: quais são as barreiras enfrentadas pela população em situação de rua para o acesso ao SUS?; quais são as dificuldades para que essa população tenha cumprimento do seu direito de atendimento?; quais as iniciativas no âmbito do SUS para incentivar essa população à buscar atendimento no SUS?

O levantamento dos dados foi realizado no mês de agosto de 2019, nas bases de dados de pesquisadas LILACS, EBSCO Information Services, PubMed, MEDLINE, Biblioteca Eletrônica Científica Eletronic Library Online (SciELO) disponíveis na BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores de saúde para realizar as buscas: moradores de rua, população em situação de rua, SUS, ESF e saúde.

Os critérios de inclusão foram os artigos científicos completos publicados entre os anos de 2009 a 2019, disponíveis em idioma português e inglês, publicados no Brasil, com texto completo, que abordassem a temática das dificuldades de acesso ao SUS para pessoas em condição de rua. Os critérios de exclusão foram os artigos publicados em períodos diferentes e que não contemplavam o tema proposto.

Os artigos foram avaliados pelos títulos e resumos e nos casos em que estes não foram suficientes para determinar a elegibilidade, verificou-se a publicação na íntegra. Essa seleção foi realizada, independentemente, por três pesquisadores, que posteriormente se encontraram para comparar a amostragem selecionada, discutir as discrepâncias e chegar a um consenso acerca dos artigos incluídos no estudo.

Encontraram-se 62 artigos publicados nos anos de 2009 a 2019 e excluídos 47 por estarem repetidos ou não se adequarem perfeitamente ao tema do estudo proposto. Assim resultando na amostra de 15 artigos científicos que coadunam com a proposta do estudo.

3 RESULTADOS

A partir da investigação da produção bibliográfica sobre a abordagem dos moradores de rua no SUS, encontram-se listados abaixo as características mais relevantes dos artigos, como seus autores, seu método, objetivos e seus principais achados. As evidências expressas nos artigos incluídos na revisão encontram-se no Quadro 1 e seus tipos de abordagem no Quadro 2.

Quadro 1- Distribuição dos artigos de acordo com autor (es) método e objetivos.

Nº	Autores	Método	Objetivos
1	Hino P, Santos JO, Rosa AS. 2018.	Revisão de literatura.	Analisar a atual situação de saúde das pessoas em situação de rua.
2	Hamada RKF, Alves MJM, Hamada HH, Hamada JSF, Valvassori PMD. 2018.	Pesquisa descritivo-exploratória.	Analisar a efetivação de ações governamentais prestadas à população de rua por meio de entrevistas e dados estatísticos dos Censos.
3	Santos CF, Ceccim RB. 2018.	Pesquisa exploratório-intervencionista.	Criar consultórios móveis que fossem acessíveis à população em situação de rua e avaliar os resultados dessa inovação.
4	Vargas ER, Macerata I. 2018.	Revisão de Literatura.	Traçar um panorama de como as eCR contribuem para reconciliar os demais serviços de APS com suas diretrizes e sua missão.
5	Winkelmann MCC, Lopes PR, Buss Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Dalmolin IS. 2018.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa.	Conhecer a percepção das pessoas em situação de rua sobre os determinantes sociais da saúde.
6	Silva LMA, Monteiro IS, Araújo ABV. 2018.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.	Analisar as principais necessidades e dificuldades relativas ao cuidado de saúde bucal dessa população no Distrito Sanitário I do município do Recife.
7	Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. 2016.	Estudo qualitativo utilizou o método da história oral.	Compreender as relações existentes no processo de ressignificação da vida na rua a partir do diagnóstico de uma doença socialmente estigmatizante.
8	Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zatnatta ST. 2016.	Pesquisa qualitativa.	Analisar os discursos dos profissionais de saúde do Consultório na Rua em relação ao cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose.
9	Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. 2016.	Revisão de Literatura.	Levantar dados da literatura no que diz respeito à caracterização da população de rua, suas necessidades, bem como às políticas desenvolvidas para o atendimento destas.
10	Hallais JAS, Barros NF. 2015.	Estudo de campo.	Refletir acerca do cuidado destinado a PSR numa perspectiva socioantropológica, a partir de observação participante realizada junto a uma equipe de CnaR.
11	Borysow IC, Furtado JP. 2014.	Estudo de caso.	Compreender e avaliar o trabalho de assistência intersetorial sobre a inserção e o fluxo de pessoas em situação de rua, com transtorno mental grave, nos serviços públicos de Saúde Mental.
12	Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. 2014.	Análise de diários de campo escritos pelos trabalhadores de um consultório.	Problematizar as estratégias de acolhimento e cuidado em saúde, bem como as diretrizes ou valores desse trabalho, muitas vezes destoantes entre si.
13	Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. 2014.	Revisão de Literatura.	Evidenciar uma linha de conexão entre as práticas do apoio, das equipes de Atenção Básica e do cuidado com a população em situação de rua no âmbito do SUS.
14	Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. 2014.	Estudo exploratório-descritivo.	Conhecer as práticas de saúde realizadas no cotidiano das equipes dos Consultórios de Rua e o entendimento delas sobre educação em saúde.
15	Junior NC, Jesus CH, Crevelim MA. 2010.	Revisão de Literatura.	Descrever a experiência na implantação da ESF para atenção à saúde da população em situação de rua na cidade de São Paulo, apresentando a exposição de determinada política pública e dando uma contribuição para o debate sobre a organização da equidade no acesso às ações de saúde no SUS.

Fonte: Artigos selecionados no estudo, 2019.

Após a análise dos 15 artigos, percebe-se que a maioria deles aborda sobre as dificuldades que as pessoas em situação de rua enfrentam para a completa consolidação de seu acesso ao SUS. Dessa forma, são abordadas questões relativas à estigmatização

desse grupo social, principalmente no que diz respeito às questões de higiene como uma barreira para o acesso.

Ainda, outros artigos revelam que o preconceito por parte dos profissionais do SUS afastam esse público dos serviços públicos de saúde. Em contrapartida, alguns artigos afirmam que o SUS apresentou grandes avanços no cuidado com esse grupo e que há grupos de profissionais à serviço dos Consultórios de Rua que estão aproximando mais esse grupo do acesso à saúde, de forma humanizada. De forma sucinta, o Quadro 2 resume alguns dos principais achados.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos de acordo os tipos de abordagem a população em situação de rua no SUS.

Nº	Principais achados sobre a abordagem da população em situação de rua no SUS
1	Dentre barreiras para que os moradores de rua tenham acesso à saúde, destaca-se o preconceito social e racial e a discriminação relacionados às condições de higiene, aumentando a vulnerabilidade desse grupo.
2	Grande parte das pessoas em situação de rua afirmam não constatar a presença do Estado na melhoria de sua qualidade de vida, porém, é observado que estão ocorrendo melhorias no campo da saúde, principalmente devido às novas Políticas Públicas.
3	Foi constatado que a escuta ativa de suas queixas, o fato de o consultório se consolidar com mais proximidade da rua e a falta de importância dada às suas origens, fizeram com que a população em situação de rua se sentisse mais à vontade para realização de procedimentos.
4	Percebe-se que as pessoas em condição de rua estão inseridas em um contexto favorável ao uso de drogas lícitas e ilícitas, seja por fatores pessoais ou coletivos, o que interfere, diretamente, nas condições de vida e saúde.
5	Constatou-se a falta de estratégias no setor Saúde para busca ativa, destacando a ausência da ESF e do SAMU. Na Saúde Mental, os CAPS III e o CAPS AD não desenvolveram estratégias voltadas à população nas ruas, com exceção da presença da terapeuta ocupacional.
6	Cuidar da pessoa com tuberculose e em situação de rua constitui uma experiência nova e desafiadora, implica dificuldades em lidar com a realidade de um contexto social miserável, falta e inadequação de serviços, bem como limitações do cuidado para a cura e abandono do tratamento, podendo reforçar a multirresistência. Contudo, as equipes de Consultório na Rua investigadas buscam ampliar o acesso aos serviços de saúde e assistência social a essa população.
7	Ser portador de doenças carregadas de estigma, preconceito e medo contribui com a fragilização dos vínculos sociais, amplia as vulnerabilidades individuais e as chances de ingresso e/ou perpetuação da vida em situação de rua. O autoconhecimento em relação à doença e a reflexão sobre a própria finitude contribuem para a ressignificação da vida. Os simbolismos que envolvem cada uma das doenças discutidas são pouco sensíveis às intervenções das políticas públicas para este fim.
8	Dentre as principais necessidades de saúde bucal, foi relevante o apontamento do acesso ao atendimento clínico odontológico por todos os atores, sendo ele também referenciado como dificuldade e solução para o atendimento da PSR. A adesão ao tratamento foi citada como dificuldade pelos cirurgiões-dentistas. Entretanto, essa citação demonstrou possivelmente ser reflexo tanto de preconceito como de acolhimento precário na consulta odontológica, conforme denunciado pelos trabalhadores do CnaR e moradores de rua.
9	A constituição das equipes dos Consultórios de Rua é insuficiente, assim como seus recursos. Destaca a importância da multidisciplinaridade e do vínculo. Não é notada resistência para serem cuidados. É necessário ampliar essa medida.
10	As políticas sociais voltadas para a PSR, são, em sua maioria, compensatórias e assistencialistas, de modo que não possibilitam a materialização do direito à saúde, o que torna necessária a construção de políticas sociais coerentes com as necessidades sociais da PSR.
11	O que a rua aponta nos serviços de saúde e políticas públicas em geral que visam ao cuidado, é que não basta saber dos protocolos, não basta ter a técnica e os insumos necessários: o que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários.
12	A maior parte da população em situação de rua resiste ao acolhimento oferecido e, de certa forma, dentro da lógica em que vivem, têm um ato de saúde ao resistir ao que lhes “invade”, mesmo que seja na melhor das

	intenções. Essa resistência e reação ativa dos usuários aparece como agressão a ser combatida sem a carga de compreensão para com o contexto de vida ali instalado.
13	A criação do Consultório na Rua inaugura novos modos de cuidar em saúde e novos modos de fazer a gestão do processo de trabalho. São discutidos planos de intervenção onde se dá a prática das equipes de Consultório na Rua – a própria rua, a sede/unidade de referência e as redes institucionais –, sua relação com os demais serviços de APS e a sua contribuição para reconciliar a APS com os seus atributos fundamentais, para além da adscrição do território geográfico.
14	São necessários novos processos de trabalho pró-ativos na atenção à saúde que incorporem particularidades da população em situação de rua, garantindo, assim, o acesso. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família, por suas características, responde a tais necessidades. O projeto “A Gente na Rua” foi implementado inicialmente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e hoje com equipes de Saúde da Família promovem o acesso à essa população.
15	A população em situação de rua, historicamente visibilizada como marginal, dificilmente consegue acessar os serviços de saúde, tornando-se invisível ao próprio SUS. Embora a Política Nacional para a População em Situação de Rua pretenda assegurar acesso à saúde, o cuidado nem sempre é garantido porque serviços e profissionais de saúde têm pouca experiência para acolher pessoas em situação de rua e atender as suas necessidades.

Fonte: Artigos selecionados no estudo, 2019.

4 DISCUSSÃO

A rua é o território nas grandes cidades onde a necessidade de mudança de modelo de saúde e atenção deve ser mais considerada. O problema colocado ao agente de uma clínica de rua é conciliar a construção da Atenção Básica e o apoio, ao intervir em uma realidade diversa, sem cair no risco de produzir normalizações, adaptações a modelos preestabelecidos (1).

A população em situação de rua requer do Estado intervenções que levem em conta como ela se constitui e as formas de sobrevivência que ali foram desenvolvidas. Conhecer os que vivem nas ruas, identificar suas necessidades sociais e a complexidade de seu processo saúde-doença, assim como os motivos que os levaram às ruas é essencial para a construção de um modelo de atenção universal, equânime e integral, como o proposto teoricamente pelo SUS (6).

De acordo com o princípio doutrinário do SUS, ‘equidade’, infere-se que populações mais vulneráveis devem ser tratadas com maior atenção. Ademais, as pessoas em situação de rua fazem parte do escopo das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, o que as consolidam como população que deve ter uma maior atenção (16). Porém, na prática, apesar de estarem sujeitas a mais riscos do que a média da população em geral, elas não recebem maiores cuidados. Dentre os fatores que sustentam essa afirmação encontra-se a grande prevalência do uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, que, por seus efeitos lesivos à saúde, colocam essa população em uma condição de grande vulnerabilidade (7).

Observa-se prevalência maior de algumas condições de saúde na PSR, quando comparada à população geral, como gestações; alcoolismo e tuberculose (2). A falta de segurança, de higienização, de meios para se proteger contra baixas temperaturas e de acesso à uma boa alimentação também confirmam essa vulnerabilidade. Tudo isso provoca uma redução da imunidade e explica parte dos principais problemas de saúde desse grupo, como a infecção pelo HIV/AIDS, os transtornos mentais e os problemas odontológicos, dermatológicos, gastrintestinais e respiratórios (8).

Estudos mostram que foco atual está voltado para o fornecimento de exames de HIV e tuberculose, tendo em vista a alta prevalência e vulnerabilidade dessas patologias na PSR. Dentre outras ações de cuidado, está se trabalhando para prevenir o risco de agravos dessas condições e para recuperar uma parte dos direitos civis da PSR, por meio da confecção da certidão de nascimento e do contato com a família dessa população (3).

Além de todo esse contexto, as PSR enfrentam inúmeras barreiras quanto ao atendimento pelo SUS, o que explica a baixa procura desse grupo pelos serviços de saúde. Isso ocorre pela recusa dos profissionais no atendimento, devido principalmente ao preconceito, às condições de higiene e à falta de documentação. Recebe destaque em relação à higiene o odor fétido, resultado da falta de banhos e vestimentas sujas. Ademais, ainda são citados a incapacidade física e mental de algumas PSR e o preconceito racial (8).

No campo da saúde mental, uma profissão de relevância é a terapeuta ocupacional, que se configura como o principal elo entre as PSR e as modalidades do CAPS. Assim, isso revela em primeiro plano que a comunicação é um fator primordial para o acolhimento dessa população e, em segundo plano, que são poucos os profissionais que possuem a habilidade de extrair as verdadeiras necessidades dessa população (9).

Apesar de a saúde mental ser uma das principais patologias que afetas as PSR, esse segmento de profissionais se mostra alheio e distante de prestar um atendimento universal, até mesmo pela presunção de que a bebida alcoólica é totalmente culpada por suas queixas. Muitas vezes, os moradores de rua são devolvidos aos albergues sem atendimento com a justificativa de que o cadastramento e o banho são condições essenciais para as consultas. Também foi percebido por essa população que os albergues se encontram longe dos serviços de saúde e sociais prestados, configurando-se como um fator de exclusão espacial (9).

Cerca de 90% das PSR afirmam não ter acesso à programas estatais, devido à falta de concretização dos mesmos. Porém, essa é uma realidade que está sendo

modificada, com a criação de Políticas Públicas voltadas para melhora na qualidade de vida desse grupo de pessoas. Dentre eles, encontram-se os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), que, por meio do Serviço Especializado para pessoas em situação de rua, facilita o atendimento e o delineamento das demandas desses indivíduos (10).

Dentre os avanços na área da saúde para esse grupo, os chamados “Consultórios de Rua” recebem destaque e mostram êxito na abordagem da PSR. Um dos motivos para isso é a não realização de uma consulta propriamente dita, mas sim um local de diálogo, olhares e escutas. Assim, foi percebido que as PSR se sentem mais acolhidas em seu aspecto biopsicossocial e permitem com mais frequência a realização de procedimentos de coleta de exames, aplicação de testes sorológicos rápidos, administração de medicamentos e o oferecimento de curativos (11).

Além disso, esses “Consultórios de Rua” concretizam o conceito de medicina humanizada e fazem com que os profissionais estejam mais engajados com a realidade dessa população, criando um sentimento de empatia e entendimento de suas necessidades. Apesar de poucos recursos humanos e financeiros, é uma medida recente e de extrema importância. Ademais, por meio desses “Consultórios de Rua”, constatou-se que não há resistência por parte das PSR para serem atendidas, mostrando que essa população almeja por cuidados, porém não sabe que possui o direito de buscar por eles (12).

O que a rua aponta nos serviços de saúde e Políticas Públicas em geral é que não basta saber dos protocolos, não basta ter a técnica, nem os insumos necessários. O que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a rua é o modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários (1).

São necessários novos processos de trabalho pró-ativos na atenção à saúde que incorporem particularidades desses indivíduos. A partir de 2004, o projeto “A Gente na Rua” foi implementado; inicialmente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e hoje com equipes de Saúde da Família. Em São Paulo, a política adotada promoveu o acesso à atenção básica e processos de trabalho específicos à PSR. Questões como novas estratégias de cuidado aos que apresentam transtornos mentais, integralidade, longitudinalidade e intersetorialidade nas ações, entre outras também devem ser consideradas na constituição (2).

Algumas possibilidades de transformação da realidade em que se encontrava a PSR foram o I e o II Encontros Nacionais da População em Situação de Rua, que representaram espaços de vocalização desse grupo; a Política Nacional de Assistência

Social - PNAS (2005), que incluiu a PSR no âmbito da proteção social especial; a Política Nacional para a População em Situação de Rua - PNPSR (2009), que representou a primeira iniciativa nacional de reconhecimento dos direitos desse grupo, historicamente excluído, e as perspectivas anunciadas pelo Consultório na Rua (6).

Nos últimos anos, implantou-se, na cidade de São Paulo, uma política pública específica para a atenção à população de rua através da Estratégia de Saúde da Família que tem sido bem-sucedida. Para isso, foi necessário superar ações isoladas e buscar um trabalho intersecretarial, já que a parceria é fundamental no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Em relação à PSR, essa parceria torna-se condição intrínseca no sentido de assistir integralmente um grupo tão específico e diversificado (2).

Lidar com pessoas em situação de rua é um desafio a ser enfrentado para os serviços de saúde, tendo em vista que os profissionais devem lidar com o contexto social precário com falta e inexistência de recursos. A necessidade de agir frente ao não programado, ao preconceito tanto pelos sujeitos quanto pelos profissionais de saúde, a não aderência dos cuidados pelos moradores de rua pelo próprio estigma da população em situação de rua, por se julgarem “invisíveis” aos olhos da justiça, torna a facilidade do acesso dessa população imprescindível para cumprir as diretrizes principais do SUS (13).

Nota-se que a progressão e o diagnóstico avançado das doenças têm influência direta na adesão do tratamento e compreender esse fato é fundamental para adotar estratégias de cura e trabalho em equipe. A incapacidade de alterar o contexto de carência financeira e a falta de recursos e suporte para essa população gera um sentimento de incapacidade e desmotivação para os profissionais (13).

A grande demanda da população em situação de rua, em parte, é resultado de furos na legislação da rede de acolhimento do SUS, assim como deficiências no planejamento para o sistema de referenciamento clínico voltados para essa população. Ademais, os preconceitos dos próprios profissionais acabam por promover um acolhimento incompleto ou insatisfatório desse grupo de pessoas (14).

Existe uma necessidade desses profissionais reconhecerem a sua importância como agentes promotores de autocuidado e diminuição de danos aos moradores de rua. A forma como o acolhimento é realizado pode ser de ideal importância para o estabelecimento de metas para o autocuidado, contribuindo para resgate da autoestima dessa população e por conseguinte uma melhora no tratamento e evolução da doença (14).

Os profissionais da área da saúde devem atuar diretamente no processo de educação, não exclusivamente no âmbito de prevenção de doenças e promoção de saúde, mas também nas visões sobre o processo de adoecimento e suas repercussões nos diversos contextos sociais. Os profissionais, além de estar aptos a perceber sentimentos de medo, angústias e sofrimentos dessa população, devem também servir como apoiadores do processo de entendimento da vida, adoecimento e morte, favorecendo assim a quebra de preconceito e medos. Vale ressaltar que pessoas com redes sociais frágeis, muitas vezes, buscam profissionais de saúde como membros importantes para se apoiar em momentos de crise, não apenas para questões físicas, mas também sociais e emocionais (15).

5 CONCLUSÃO

Portanto, o preconceito social devido ao modo de vida das pessoas em condição de rua, culmina na atual situação de invisibilidade dessa população. Assim, apesar dos esforços empreendidos pelo setor administrativo do SUS na formulação de Políticas Públicas, para a inclusão dessa camada no conceito da universalização do atendimento, é notável que as PSR ainda são um grupo de alta vulnerabilidade.

Dessa forma, foi constatado que os profissionais do SUS, encarregados pelo cuidado integral de todos os cidadãos, são os principais responsáveis pela discriminação e pelo afastamento da PSR do SUS. Assim, ao invés de realizar a busca ativa, como proposto pela atual legislação, os profissionais impõem inúmeras condições para que essa população seja atendida. Isso culmina em uma maior fragilização dessa camada social e na disseminação de doenças para a população em geral que poderiam ser contidas. Além disso, mostra-se necessária uma ação interdisciplinar entre os profissionais de saúde, principalmente da Atenção Básica, para garantir um atendimento integral e igualitário à PSR.

REFERÊNCIAS

- 1- Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:919-30.
- 2- Junior NC, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saúde Soc. São Paulo*. 2010; 19 (3)709-716.
- 3- Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):251-60.
- 4- Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e170.
- 5- Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2015 jul; 31(7):1497-1504.
- 6- Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(8):2595-2606.
- 7- Winkelmann MCC, Lopes PR, Buss Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Dalmolin IS. Percepção das pessoas em situação de rua sobre os determinantes sociais da saúde. *Rev. Enferm. UFSM*. 2018 jan/mar; 8(1): 88-101.
- 8- Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):684-92.
- 9- Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6):1069-76.
- 10- Hamada RKF, Alves MJM, Hamada HH, Hamada JSF, Valvassori PMD .População em situação de rua: a questão da marginalização social e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil .*Rev. APS*. 2018 jul/set; 21(3): 461 - 469.
- 11- Santos CF, Ceccim RB .Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Rev. Interface*. 2018; 22(67):1043-52.
- 12- Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*. 2014 abr; 30(4):805-814.
- 13- Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zatnatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50(5):808-815.
- 14- Silva LMA, Monteiro IS, Araújo ABV. Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Rev. Saúde Colet*. 2018; 26 (3): 285-291.

15- Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 [acesso em: 15/08/2019];18:e1150. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33141>>.

16- Castro DO, Silveira LA. As políticas de promoção da equidade em saúde na atenção primária à saúde. *Rev. Brazilian Journals.* 2021. p 185-200.