

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE UMA EQUIPE NO CUIDADO À
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

BELO HORIZONTE

2025

LUCINEIA PERIARD LOPES FERREIRA

LUCINEIA PERIARD LOPES FERREIRA

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE UMA EQUIPE NO CUIDADO À
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientador: Prof. Helian Nunes de Oliveira

Co-orientadora: Prof. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

BELO HORIZONTE

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

F383p Ferreira, Lucineia Periard Lopes.
Potencialidade e desafios de uma equipe no cuidado à população em situação de rua [recurso eletrônico]. / Lucineia Periard Lopes Ferreira. - - Belo Horizonte: 2025.
122f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Helian Nunes de Oliveira.
Coorientador (a): Amanda Márcia dos Santos Reinaldo.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Pessoas Mal Alojadas. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Dissertação Acadêmica. I. Oliveira, Helian Nunes de. II. Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 300

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às **nove** horas do dia vinte e dois de abril de dois mil e vinte cinco, modo presencial, sala 526- da Faculdade de Medicina UFMG, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **LUCINEIA PERIARD LOPES FERREIRA**, número de registro **2022689172**, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube ao Prof. Helian Nunes de Oliveira - Orientador (UFMG). Inicialmente o Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelos Professores: Prof. Luiz Sérgio Silva (UFMG), Prof.^a Adriana de Souza Medeiros Batista (UFMG) e Prof.^a Amanda Márcia dos Santos Reinaldo (UFMG). Em seguida o Presidente autorizou a aluna a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: **"POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE UMA EQUIPE NO CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA"**. Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação APROVADA. O resultado final foi comunicado publicamente a aluna pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 22 de ABRIL de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Sergio Silva, Professor do Magistério Superior**, em 29/04/2025, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana de Souza Medeiros Batista, Professora do Magistério Superior**, em 29/04/2025, às 11:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Marcia dos Santos Reinaldo, Professora do Magistério Superior**, em 29/04/2025, às 13:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 29/04/2025, às 18:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador
4148993 e o código CRC **0E86C0AE**.

Dedico este trabalho à pessoa mais importante da minha vida. Sem ela, nada disso seria possível. Obrigada, Geny, por se empenhar tanto.

Amo você, mãe!

Aos meus orientadores, Dr^o. Helian e Dr^a. Amanda, pelo privilégio de ter sido orientada por vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me concedeu um sonho aparentemente impossível, mas que hoje se torna realidade!

Ao Miguel, meu esposo, por decidir trilhar comigo este caminho.

À minha querida mãe e às minhas irmãs, Cleusineia e Gilcineia, mulheres fortes que batalharam para que eu chegasse até aqui, esta conquista é nossa! À minha família, agradeço o apoio.

Às gestoras do SUS, Ana Carolina, Daniela e Verônica, meu exemplo de dedicação ao Sistema Único de Saúde, aos servidores e usuários, expresso minha eterna admiração pela competência no desenvolvimento do trabalho de vocês.

Aos amigos e funcionários do Centro de Saúde Carlos Chagas, agradeço pelo apoio, pela participação no grupo focal e, principalmente, parabênzo pela atuação no SUS e pela assistência prestada à população em situação de rua. É difícil descrever a magnitude do trabalho de cada um: cada fala, cada desejo, todos os anseios e angústias por fazer o melhor. Obrigada por fazerem parte deste momento.

À minha equipe “azul”, por assumirmos, juntos, uma área de alta vulnerabilidade e fragilidade. Nosso cotidiano, nossas inquietações e vivências se transformaram neste trabalho. Muitos profissionais passaram e desistiram, mas nós nos mantivemos firmes no propósito de oferecer o melhor ao usuário.

Ao Distrito Centro Sul pela riqueza dos ensinamentos compartilhados.

Às minhas amigas que compreenderam minha ausência e me apoiaram. A Noeme, Patrícia, Daiana, Neuza, Margarete e Cleide, por não permitirem que eu desistisse e, ao contrário, me incentivarem a avançar a cada dia, muito obrigado!

Aos meus orientadores, Dr.Helian e Dra.Amanda, não tenho palavras para expressar minha imensa gratidão pelas orientações, contribuições e pelo auxílio na construção deste belo trabalho.

Às assistentes de pesquisa, Emanuelle e Paula, que se dispuseram a somar comigo nesta experiência enriquecedora, meu muito obrigada.

Ao corpo docente do Mestrado, pela excelência dos ensinamentos prestados. Aos colegas da turma do Mestrado 02/2022, agradeço pela amizade, pelo companheirismo ao longo dessa caminhada e pelos conhecimentos compartilhados.

Minha admiração a cada pessoa que contribuiu para a concretização deste momento.

NÃO SOMOS LIXO

Não somos lixo.
Não somos lixo e nem bicho.
Somos humanos.
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
Não somos bicho e nem lixo.
Nós 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 dos 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 fantasmas.
Existem aqueles que se assustam.
Não somos mortos, estamos vivos.
Andamos em labirintos.
Depende de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

Carlos Eduardo (Cadu), morador de rua em Salvador.

RESUMO

O cuidado em saúde das Pessoas em Situação de Rua (PSR) representa um desafio para a saúde pública. Trata-se de indivíduos que vivenciam a ausência de direitos básicos, como alimentação, saúde, habitação, lazer e trabalho, estando inseridos em contextos complexos e marcados por múltiplas vulnerabilidades. Após a pandemia, o número de pessoas em situação de rua aumentou na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. É fato que a Atenção Primária à Saúde, caracterizada como porta de entrada para os demais serviços do sistema, é essencial na assistência a esses usuários. O atendimento prestado pela equipe de Saúde da Família deve ser responsável pelas pessoas adscritas ao seu território, incluindo aquelas em situação de rua. O objetivo deste estudo foi analisar a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas em Situação de Rua de uma Unidade Básica de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, desenvolvido na perspectiva da Pesquisa-Ação. A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal. Os participantes do estudo foram os trabalhadores do Centro de Saúde Carlos Chagas, localizado na Regional Centro-Sul da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Após a aplicação da técnica de análise de conteúdo, foram estabelecidas sete categorias de resultados que são: a história do Centro de Saúde Carlos Chagas como referência e a descentralização do atendimento à pessoa em situação de rua; a percepção dos profissionais em relação à pessoa em situação de rua; a percepção dos profissionais sobre a demanda em saúde da pessoa em situação de rua; os desafios da equipe no atendimento à pessoa em situação de rua; o atendimento em rede à pessoa em situação de rua e a necessidade de capacitação da equipe; o uso abusivo de drogas e o comércio de medicamentos pelas pessoas em situação de rua e a violência no cotidiano do trabalhador. Apesar das múltiplas vulnerabilidades e dos inúmeros desafios enfrentados, a atenção primária à saúde mantém-se como um espaço essencial para a promoção do cuidado integral, consolidando-se como uma estratégia fundamental na atenção à população em situação de rua.

Descritores: Pessoa em situação de rua; Atenção primária à saúde; Equipe de saúde da família.

ABSTRACT

Health care for homeless people (PSR - Pessoas em Situação de Rua) represents a challenge for public health. These are individuals who experience the absence of basic rights such as food, health, housing, leisure, and work, and who are inserted into complex contexts marked by multiple vulnerabilities. After the pandemic, the number of homeless people increased in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. It is a fact that Primary Health Care, which serves as the gateway to other services in the system, is essential in providing care to these users. The care provided by the Family Health team must be responsible for the people assigned to their territory, including those living on the streets. The objective of this study was to analyze the role of the Primary Health Care team in caring for homeless individuals at a Basic Health Unit in Belo Horizonte, Minas Gerais. This is a qualitative and exploratory study, developed from the perspective of Action Research. Data collection was carried out through a focus group. The study participants were workers from the Carlos Chagas Health Center, located in the South-Central Region of the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. After applying content analysis techniques, seven categories of results were established: the history of the Carlos Chagas Health Center as a reference and the decentralization of care for homeless individuals; professionals' perceptions regarding homeless individuals; professionals' perceptions of health demands among the homeless population; the challenges faced by the team in providing care to homeless individuals; networked care and the need for staff training; substance abuse and the sale of medication by homeless individuals; and violence in the daily lives of health workers. Despite the multiple vulnerabilities and numerous challenges faced, primary health care remains an essential space for promoting comprehensive care, establishing itself as a fundamental strategy in addressing the needs of the homeless population.

Keywords: Homeless people; Primary health care; Family health team.

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira há 12 anos e no ano de 2019, iniciei o trabalho no Centro de Saúde Carlos Chagas, área de alta vulnerabilidade social com ocupações urbanas, mulheres profissionais do sexo, pessoas em situação de rua, abrigo com mulheres vítimas de violência doméstica e crianças, abrigo para pessoas em situação de rua. Mesmo tendo atuado em áreas de grande vulnerabilidade social (risco D), a unidade se destaca por estar na região do hipercentro e por atuar em vários contextos sociais.

O desejo de fazer mestrado iniciou com as vivências da unidade. No ano de 2022, sendo aprovada no mestrado de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência que se articula com toda a área em que estava vinculada. O novo contexto de desafio se iniciava principalmente das questões que surgiam diariamente com variado público que era atendido e com a mudança para uma equipe com grande concentração de população em situação de rua, vulnerabilidade social e rotatividade de profissionais, iniciei a pesquisa com o tema de pessoas em situação de rua, aliando teoria e prática. Na graduação o tema é pouco abordado e existem poucos cursos sobre pessoas em situação de rua.

É importante destacar que cada paciente é único. Ao acessar os serviços de saúde, ele busca mais do que apenas cuidados clínicos — ele procura escuta, vínculo e acolhimento. Muitas vezes, as demandas que apresenta vão além da assistência em saúde, como orientação para acesso a abrigos, alimentação, apoio psicológico, entre outros fatores. Essas questões exigem não apenas a atuação do enfermeiro, mas o envolvimento de toda uma equipe multiprofissional, comprometida com o cuidado integral do indivíduo.

Nesse caminho tive a oportunidade de participar de cursos e seminário sobre o tema no decorrer do mestrado. Em 2023 estive em Recife, na Universidade Federal de Pernambuco, no 9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), apresentando o trabalho “O usuário em situação de rua”, escrito como carta de memória. Em 2024 tive a Menção Honrosa - pelo trabalho intitulado "O Acesso à saúde da população em situação de rua na atenção primária em saúde", no II Congresso Nacional Sobre o SUS: Desafios e Perspectivas, e também apresentei o

trabalho 'Entre praças, ruas e malocas: equipe de saúde da família e as visitas domiciliares em saúde para a população em situação de rua', todos foram extremamente importantes para crescimento pessoal e reflexão sobre a assistência à população em situação de rua.

Ressalto a importância do trabalho em equipe, multidisciplinar e das experiências compartilhadas com demais profissionais da unidade. Que sejamos profissionais aptos a acolher o usuário em situação de rua, pois cada um é 'único'.

Conforme ressaltado nesta pesquisa: A atuação é desafiadora!

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Siglas utilizadas para identificação na codificação dos dados	50
Quadro 2 - Experiência e tempo de abordagem a população em situação de rua – Grupo 1	51
Quadro 3 - Experiência e tempo de abordagem a população em situação de rua – Grupo 2	52
Quadro 4 - Experiência e tempo de abordagem a população em situação de rua – Grupo 3	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à saúde
CadÚnico	Cadastro Único
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM AD	Centro De Referência Em Saúde Mental Álcool e Drogas
CERSAMI	Centro De Referência Em Saúde Mental Infantojuvenil
CnaR	Consultórios na Rua
CSCC	Centro de Saúde Carlos Chagas
ESF	Equipe Saúde da Família
GF	Grupo Focal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR	Pessoas em Situação de Rua
RAPS-BH	Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Quem são as pessoas em situação de rua?	20
3.2 Pessoas em situação de rua no mundo	24
3.3 Políticas públicas de saúde no Brasil para a população em situação de rua ..	29
3.4 Assistência à saúde da população em situação de rua de Belo Horizonte	32
3.5. As principais situações de saúde e doença enfrentadas pela população em situação de rua.....	35
4 MATERIAIS E MÉTODOS	43
4.1 A Pesquisa-ação	43
4.2 A técnica de grupo focal e a coleta dos dados	44
4.3 O cenário da pesquisa: Centro de Saúde Carlos Chagas.....	47
4.4 Os participantes da pesquisa	47
4.5 Questões éticas	48
5 RESULTADOS	50
5.1 Categorias de análise	55
5.1.1 A história do Centro de Saúde Carlos Chagas como referência e a descentralização do atendimento à pessoa em situação de rua	55
5.1.2 A percepção dos profissionais em relação à pessoa em situação de rua	58
5.1.3 A percepção dos profissionais em relação à demanda em saúde da pessoa em situação de rua.....	59
5.1.4 Os desafios da equipe no atendimento à pessoa em situação de rua...	63
5.1.5 O atendimento em rede à pessoa em situação de rua e a necessidade de capacitação da equipe	66
5.1.6 O uso abusivo de drogas e o comércio de medicamentos por pessoas em situação de rua	67
5.1.7 A violência no cotidiano do trabalhador.....	69
6 DISCUSSÃO	71
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87

8 REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES	101
APÊNDICE A - ROTEIRO GRUPO FOCAL	101
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	102
ANEXO	105
ANEXO A – PARECER SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	105
ANEXO B – PARECER COEP UFMG E PBH.....	106
ANEXO C – CRONOGRAMA DO MESTRADO	119
ANEXO D - HISTORICO ESCOLAR.....	120
ANEXO E - MAPA DO CENTRO DE SAÚDE CARLOS CHAGAS.....	121
ANEXO F – NÚMERO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA ÁREA DO CENTRO DE SAÚDE CARLOS CHAGAS	122

1 INTRODUÇÃO

A todas as pessoas é garantido o acesso universal à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a integralidade, a equidade, a universalidade, a descentralização e a participação social (Ribeiro *et al.*, 2018). Em seu estudo, Lira *et al.* (2019) evidencia que a saúde é um direito e um dever do Estado para com seus cidadãos. Entretanto, o estudo de Engstrom e Teixeira (2016) relata que muitas pessoas ainda vivem em situação de exclusão e necessitam que esses direitos lhes sejam efetivamente assegurados, como é o caso da População em Situação de Rua (PSR).

A PSR é composta por pessoas em extrema pobreza, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Essas pessoas utilizam espaços públicos e degradados — em razão da ausência de moradia regular — para obtenção de sustento próprio, sendo esses locais permanentes ou temporários, assim como os espaços de acolhimento, como albergues e abrigos (Brasil, 2019). O estudo de Engstrom e Teixeira (2016) acrescenta que se trata de um grupo populacional heterogêneo, formado por indivíduos que buscam, por meio de atividades produtivas informais, sobreviver nas ruas.

Brêtas, Cavicchioli e Rosa (2005), em seu estudo, afirmam que a inclusão dessa população constitui um dos maiores desafios das políticas sociais e de saúde pública. São indivíduos historicamente excluídos, muitas vezes sem documentos, que vivenciam a negação de direitos básicos, como alimentação, saúde, habitação, lazer e trabalho, entre outros. De maneira semelhante, Engstrom e Teixeira (2016) destacam que essa é uma população em trânsito, em situação de vulnerabilidade extrema, com sérias dificuldades de acesso e cuidado em saúde.

É garantido a todos os brasileiros e estrangeiros no Brasil, pela Constituição da República, o princípio da igualdade perante a lei, sem qualquer distinção, bem como a inviolabilidade dos direitos à igualdade, à vida, à liberdade, à segurança, à saúde, à propriedade, à educação, à infância, à assistência aos necessitados, ao transporte, ao lazer, à alimentação, ao trabalho, à moradia, à previdência social e à maternidade. As pessoas em situação de rua encontram-se em extrema vulnerabilidade social, com múltiplas demandas, sendo as principais: o acesso à moradia, à alimentação e à água potável, à documentação, à saúde, à educação, a benefícios e serviços socioassistenciais, à justiça, ao trabalho, à renda, à

previdência social, ao vestuário, à maternidade, ao esporte, à cultura e ao lazer (Associação Nacional dos Defensores Públicos, 2025).

A criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, assegura os princípios de igualdade e equidade, além de garantir o respeito à dignidade, à convivência comunitária e familiar, à valorização da vida e da cidadania, ao atendimento humanizado e universalizado, bem como o respeito às condições sociais sem discriminação (Brasil, 2009). Do mesmo modo, Costa *et al.* (2021) ressaltam que esse documento propõe a construção e efetivação de políticas públicas voltadas à PSR.

Dessa forma, Campos e Sousa (2013, p. 346) destacam que, sendo a atenção básica à saúde a porta de entrada do SUS, “torna-se fundamental que as equipes de saúde possibilitem uma perspectiva inclusiva do usuário em situação de rua na rede de serviços de saúde”. Nessa linha, o estudo de Kebian e Acioli (2014) afirma que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como diretrizes a reorganização da atenção básica, por meio do vínculo entre a equipe e a população, o cadastramento de indivíduos e famílias, a análise do território e a realização de ações de saúde destinadas a essa população, de acordo com suas realidades e necessidades específicas.

O presente estudo, de relevância acadêmica e social, pretende contribuir para a discussão acerca do atendimento à PSR e dos desafios enfrentados pelos trabalhadores de um serviço de saúde no que se refere à atenção a essa população, partindo do pressuposto de que se trata de um dos grandes desafios dos centros urbanos. Na formação acadêmica, o tema é pouco abordado, e há um estigma, além de preconceito, por parte da sociedade e de profissionais de saúde em relação a esse público. São diversas as situações de complexidade e vulnerabilidade enfrentadas, principalmente com o crescimento dessa população e a consequente necessidade de acesso à saúde. A Atenção Primária é essencial na assistência a esses usuários, e o atendimento da equipe de Saúde da Família deve ser responsável pelas pessoas adscritas ao seu território, sendo essa a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

Diante desse contexto, o estudo partiu da seguinte pergunta de pesquisa: como tem sido realizado o cuidado ofertado à População em Situação de Rua pelos profissionais de saúde da Atenção Primária do Centro de Saúde Carlos Chagas ?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2 Específicos

Descrever como ocorre o atendimento da pessoa em situação de rua (PSR) por uma equipe de Atenção Básica em Belo Horizonte, Minas Gerais;

Identificar os desafios encontrados na assistência a PSR;

Descrever as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe na abordagem a PSR;

Descrever a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Quem são as pessoas em situação de rua?

Segundo a Organização das Nações Unidas – ONU (2015, p. 2), em sua Assembleia Geral realizada em 30 de dezembro de 2015, “a situação de rua é uma crise global de direitos humanos que requer uma resposta global urgente”. A organização acrescenta que esse fenômeno afeta todos os contextos socioeconômicos, incluindo economias emergentes e em desenvolvimento, impactando as pessoas de diferentes maneiras, embora apresentem características comuns.

O Ministério da Saúde (2014) afirma que a urbanização acelerada no século XX, a migração das populações do campo para os centros urbanos, as desigualdades sociais, a concentração populacional nas cidades, o aumento do desemprego e da pobreza, a ausência de políticas públicas eficazes e o preconceito são fatores que contribuíram para o expressivo número de pessoas em situação de rua no Brasil.

Segundo o estudo de Lira *et al.* (2019), a PSR vivencia, cotidianamente, o fenômeno da pobreza. São indivíduos que dispõem de menos do que o necessário para suprir suas necessidades básicas, tendo sua sobrevivência física comprometida, especialmente no que se refere às necessidades nutricionais. Essas pessoas enfrentam situações de miséria, violência, privação e inutilidade social, sendo, muitas vezes, associadas pelo senso comum à vadiagem, criminalidade e alcoolismo.

A ONU (2015) destaca que essa é uma experiência individual vivida pelo grupo mais vulnerável da sociedade, caracterizada pela negação da dignidade, abandono, desespero e baixa autoestima, o que acarreta graves consequências para a vida e a saúde dessas pessoas.

Costa *et al.* (2021) propõem a seguinte reflexão em seu estudo: qual de nós não se depara com uma pessoa em situação de rua no cotidiano — nas ruas, calçadas e praças? Diante dessa realidade, qual tem sido nossa ação, enquanto profissionais de saúde, para garantir o acompanhamento adequado dessas pessoas?

De forma semelhante, o estudo de Carneiro *et al.* (1998) afirma que a PSR está concentrada, sobretudo, em espaços urbanos centrais, onde há grande número

de serviços, comércio e circulação de pessoas, o que possibilita maior acesso a dinheiro, alimentação e locais que servem como abrigo durante a noite.

Há, na sociedade, uma tendência a naturalizar a situação em que essas pessoas vivem, responsabilizando-as por seus próprios problemas e desconsiderando o contexto real em que estão inseridas, bem como a necessidade de políticas públicas para o enfrentamento dessa realidade (Campos; Sousa, 2013).

Nesse cenário, Winkelmann *et al.* (2018) destacam que a PSR constitui uma população diferenciada, por estar exposta a riscos agravados à saúde e à violência. No mesmo sentido, Barata *et al.* (2015) ressaltam que essa população está entre os grupos mais marginalizados da sociedade, apresentando, entretanto, diferenças individuais relacionadas às trajetórias de vida nas ruas.

Diante disso, pergunta-se: por que tantas pessoas vivem nas ruas? Em estudo realizado com a PSR, Lima e Oliveira (2012) revelam que vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a busca por liberdade, o desemprego, a falta de condições financeiras, a tristeza, a decepção e o desejo de romper com regras impostas pela sociedade são fatores que contribuem para essa situação. Acrescentam, ainda, que a permanência nas ruas pode estar relacionada à vontade própria, ao uso e abuso de drogas, ao consumo de álcool e à prática de jogos de azar.

Esses dados são corroborados pelo estudo de Fiorati *et al.* (2016, p. 5), ao afirmarem que:

O cotidiano da vida nas ruas foi apontado como experiência marcada pela miséria, por relações de violência, vínculos com a criminalidade, preconceito, impotência, solidão e desespero. Os sujeitos narraram situações nas quais são roubados, estuprados, violentados, se envolvem em brigas e disputas por objetos ou território, sofrem preconceito generalizado e ações de violência por parte da sociedade, e estando em sua grande maioria envolvidos continuamente com o uso problemático de substâncias psicoativas.

Semelhantemente, Campos e Sousa (2013) afirmam que, no início desse processo, as pessoas em situação de rua ainda são confundidas com a população em geral, mantendo pequenos vínculos com familiares e amigos. Com o passar do tempo, à medida que permanecem mais tempo nas ruas, têm mais dificuldade de sair desse contexto. As péssimas condições de vida, o descuido com a aparência, a baixa autoestima, o estigma e o preconceito, associados ao uso de álcool e drogas,

contribuem para que a população em situação de rua (PSR) se isole e se distancie da sociedade.

De acordo com Natalino (2023), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Brasil não realiza a contabilização oficial da PSR. Embora essa contagem esteja prevista na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), tanto o Censo Demográfico de 2010 quanto o de 2022 seguiram o mesmo método de contagem de pessoas domiciliadas. Em seu estudo, Engstrom e Teixeira (2016, p. 1840) acrescentam que: “apesar de o Brasil dispor de inúmeros censos e sistemas de informação, a população em situação de rua não é contabilizada nas estatísticas, e nem aparece no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica – o SIAB, cuja unidade de análise é domiciliar”.

Para contornar esse problema, foi realizada uma estimativa da PSR no Brasil para o ano de 2015, com base nos dados informados por 1.924 prefeituras. A partir desses dados, foram feitas projeções para os anos de 2020 e, posteriormente, 2022 (Natalino, 2023). O mesmo autor afirma, em seu estudo, que, em 2022, o Brasil superou a marca de 281 mil pessoas em situação de rua. O crescimento foi intensificado principalmente após a pandemia de Covid-19, com aumento de 38,0% a partir de 2019. A PSR apresentou um crescimento de 211,0% em 10 anos (de 2012 a 2022). Em contrapartida, no mesmo período (2011 a 2021), o crescimento da população brasileira foi de apenas 11,0%, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Ministério da Saúde (2023) revela que a crise da população em situação de rua é evidente para a sociedade brasileira, sendo possível vê-la e testemunhá-la cotidianamente. A superação desse problema é dificultada pela escassez de dados estatísticos atualizados e oficiais sobre a PSR. Diante disso, o Ministério ressalta a importância de dados fidedignos sobre essa população, com o objetivo de conhecer suas reais necessidades, sua distribuição no território nacional e seu perfil demográfico, permitindo, assim, a implementação de políticas públicas oportunas e direcionadas.

Afirma, ainda, que, por meio do Cadastro Único para Programas Sociais (Cadastro Único), em 2022, havia 236.400 pessoas em situação de rua inscritas no programa. Esses dados indicam que, a cada 1.000 habitantes, há um brasileiro vivendo em situação de rua (Ministério da Saúde, 2023).

Conforme dados da Prefeitura de Belo Horizonte (2023) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com o Movimento Nacional de População de Rua, a Associação de Luta por Moradia Para Todos, a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE por meio da realização do Censo Pop Rua 2022, o município contabiliza 5.344 pessoas em situação de rua. Dessas, 58,5% não são naturais da capital: 34,5% vieram do interior de Minas Gerais, 23,2% são oriundas de outros estados e 0,8% de outros países. O sexo masculino corresponde a 84% do total, com idade média de 42,5 anos. As mulheres representam 16% da população e têm, em média, 38,9 anos. Além disso, 82,6% das pessoas em situação de rua se autodeclaram pardas ou pretas.

Os principais motivos apontados para estarem nas ruas foram: problemas familiares (36,7%), uso de álcool e drogas (21,9%) e desemprego (18,0%). Parte dos entrevistados não respondeu devido à recusa (19,4%) ou por apresentarem sinais de intoxicação (20,9%).

Outro dado relevante é que 91,4% dos entrevistados expressaram o desejo de sair da rua. Como principais empecilhos, destacam-se a falta de moradia (55,3%) e a ausência de emprego formal com carteira assinada (55,0%). Além disso, 27,0% relataram que ser beneficiário de programas de transferência de renda seria um mecanismo para deixarem as ruas; 17,0% afirmaram que a educação ou formação profissional proporcionaria uma nova oportunidade de vida; e 14,8% acreditam que cuidados com a saúde seriam essenciais nesse processo.

Quase 80% das PSR se alimentam por meio de recursos oferecidos pelo poder público: 67,2% se alimentam nos quatro restaurantes populares (localizados no Centro, na região hospitalar, em Venda Nova e no Barreiro) e 11,2% buscam alimentação nos Centros Pop, abrigos e albergues. Bem como, 13,8% se alimentam por meio de doações, e 10,9% coletam alimentos nas ruas ou pedem auxílio em residências e a pedestres.

Em contraste com esses dados, o Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua/PÓLOS, da UFMG, divulgou, em janeiro de 2025, novos números sobre a PSR, obtidos por meio do Cadastro Único no Sistema Único de Assistência Social (PROCAD – SUAS). Segundo os dados: no Brasil, há 329.370 pessoas em situação de rua; em Minas Gerais, 30.325; e, em Belo Horizonte, 14.361. Entre as capitais brasileiras, Belo Horizonte ocupa a terceira

posição em concentração de PSR, atrás apenas de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente.

No contexto do estado de Minas Gerais, observa-se que a capital concentra 47,36% da população em situação de rua, o que evidencia uma situação crítica, especialmente em relação às áreas da saúde, assistência social e segurança pública.

3.2 Pessoas em situação de rua no mundo

O termo “Pessoas em Situação de Rua no Mundo”, utilizado no Brasil, nem sempre possui correspondência direta em outros idiomas. Em inglês, utiliza-se a palavra *homelessness*, que pode significar tanto a ausência de moradia quanto a falta de pertencimento ao meio social. Em outras línguas, aparecem termos como “sem teto”, “sem abrigo” ou “transitoriedade”. Expressões como *domicile fixe* ou *sans-abrisme*, em francês, e “sin hogar”, “sin techo”, “en situación de calle” ou “poblaciones callejeras”, em espanhol, correspondem ao conceito de pessoas em situação de rua (ONU, 2015).

A Comunidade Simon da Irlanda (2023), uma rede de comunidades independentes que oferecem alojamento e tratamento a pessoas em situação de rua no país, aponta diversos fatores que levam indivíduos a essa condição. Entre eles, destacam-se: pessoas e famílias de baixa renda, rompimento de relacionamentos marcados por violência ou abuso doméstico, desemprego, estresse financeiro, morte de um familiar, saída da prisão, de lares adotivos, de abrigos para menores, ou de instituições de saúde mental, bem como o uso e a dependência de álcool e drogas, entre outros fatores.

De forma semelhante, o Office for National Statistics, de Londres (2022), afirma que as pessoas mais vulneráveis e isoladas da sociedade são aquelas em situação de rua. Diante disso, os sistemas tradicionais de saúde e assistência buscam atender às suas necessidades, enfrentando uma luta constante para garantir o acesso a esses serviços. A população em situação de rua apresenta alta mortalidade precoce, com idade média de óbito estimada em 45,4 anos para homens e 43,2 anos para mulheres.

Kertész *et al.* (2021) relatam que, nos Estados Unidos, todas as noites, mais de 560.000 pessoas encontram-se em situação de rua. Deste total, 65,0% estão

abrigadas em programas habitacionais e abrigos temporários, enquanto 35,0% permanecem em locais desprotegidos e inadequados para a habitação humana, como ruas e edifícios abandonados. Os autores afirmam ainda que cerca de um milhão de norte-americanos recebem assistência por meio de programas de saúde voltados a pessoas em situação de rua. Entre as vulnerabilidades que tornam o cuidado a essa população um desafio estão a falta de moradia, a dor crônica, a dependência química e o sofrimento psicológico.

Ramirez *et al.* (2022) relatam que, desde a década de 1980, existem programas de saúde destinados ao atendimento de pessoas em situação de rua. Esse modelo de atenção oferece cuidados integrados por meio de avaliação de casos, colaborações comunitárias e clínicas, além de serviços de saúde mental com abordagem integrada e multidisciplinar. Os serviços de saúde nos Estados Unidos para moradores de rua são ofertados em diferentes formatos, como clínicas autônomas, clínicas instaladas em abrigos, unidades móveis (vans e clínicas móveis), centros de acolhimento e equipes de atenção em saúde nas ruas. Esses serviços incluem atendimento a traumas, saúde clínica e saúde mental.

MacKinnon *et al.* (2022), em seu estudo, analisou o modelo de atenção primária domiciliar implementado em uma residência de apoio permanente no centro da cidade de Vancouver, Canadá, que oferece assistência a pessoas em situação de rua e a pessoas alojadas em condições de vulnerabilidade. Esse modelo permitiu a ampliação dos cuidados primários a essa população, promovendo maior acesso à assistência para um grupo extremamente vulnerável.

Bring *et al.* (2020) analisaram a assistência médica pós-hospitalar para pessoas em situação de rua na Dinamarca, após duas semanas de cuidados médicos temporários. Foi possível identificar melhorias significativas na relação custo-eficácia, com redução de gastos com internações e cuidados em saúde. O estudo também discute o aumento do número de pessoas em situação de rua nos países de renda alta, o crescimento da morbidade e da mortalidade, bem como o prolongamento da estadia hospitalar em virtude de o paciente não poder retornar ao seu ambiente de origem, embora sua condição clínica não justifique a permanência hospitalar. Essa situação também é vivenciada pelos profissionais de saúde brasileiros.

Vallesi *et al.* (2021), por meio de pesquisa realizada na Austrália, afirmam que há escassez de estudos que demonstrem a prevalência de doenças crônicas e da

morbidade entre a PSR, especialmente naquele país. Diante disso, os autores realizaram um estudo em um serviço de saúde especializado no atendimento a pessoas em situação de rua, na cidade de Perth, Austrália Ocidental, analisando uma amostra de 2.068 pessoas. Identificou-se que 67,8% dos pacientes apresentavam pelo menos uma condição crônica de saúde física; 67,5% tinham pelo menos uma condição de saúde mental; e 61,6% apresentavam transtornos relacionados ao uso de álcool ou outras drogas. Entre esses, 47,8% possuíam diagnóstico duplo (problemas de saúde mental e uso de substâncias); e 38,1% se enquadravam como triplamente mórbidos (comorbidades envolvendo saúde mental, uso de substâncias e condição física). Três quartos (74,9%) apresentavam duas ou mais condições crônicas de longa duração, caracterizando-se como pessoas com multimorbidades. A prevalência de doenças crônicas nessa população é alarmante, principalmente porque tais condições se manifestam em idade mais precoce do que na população com moradia fixa.

Do mesmo modo, o estudo aponta múltiplas barreiras enfrentadas no cuidado primário à PSR, como a falta de acesso, o custo do transporte e experiências negativas anteriores com profissionais de saúde, entre outros fatores. Diante disso, ressalta-se a necessidade de serviços de saúde dedicados especificamente a essa população. Como exemplo, em Perth, na Austrália Ocidental, destaca-se o Homeless Healthcare, um serviço público de saúde gratuito que oferece consultas clínicas e atendimentos com profissionais multidisciplinares à PSR. Esse serviço conta com uma unidade clínica fixa, um serviço hospitalar de proximidade, equipes de extensão nas ruas, atendimento fora do horário comercial para pessoas recentemente alojadas, e clínicas de acolhimento vinculadas a serviços de alojamento transitório, instalações de reabilitação e refúgios para mulheres.

Assim como no Brasil, o Reino Unido não possui uma estimativa precisa do número de pessoas em situação de rua. Segundo Riley *et al.* (2014), estima-se que existam cerca de 139.000 pessoas nessa condição, considerando moradores de albergues, casais em alojamentos conjuntos e posseiros. A saúde dessas pessoas é inferior à da população com moradia, em razão da dificuldade de acesso ao cuidado primário e aos serviços de saúde de forma geral. A Homeless Health London Partnership (Programa de Saúde para Pessoas em Situação de Rua, liderado pelos Transformation Partners in Health and Care) tem como missão principal melhorar o acesso, a experiência e os resultados em saúde para pessoas que vivem ou estão

em risco de viver nas ruas. Essa parceria atua em conjunto com os cinco Conselhos de Cuidados Integrados de Londres, que envolvem órgãos regionais de saúde, governos locais, organizações do terceiro setor e pessoas com experiência vivida nessa realidade (Transformation Partners in Health and Care, 2023).

A Federação das Organizações Nacionais que Trabalham com os Sem-Abrigo (Feantsa) afirma que aproximadamente 895.000 pessoas vivem em situação de rua na Europa. Contudo, os dados são limitados, e o número real pode ser ainda maior. O aumento dessa população está relacionado, em grande parte, à guerra na Ucrânia, que agravou a atual emergência habitacional no continente europeu. A Feantsa destaca, ainda, os impactos negativos dessa condição sobre a saúde física e mental, a empregabilidade, a inclusão social e a participação na sociedade dessas pessoas. A expectativa de vida é consideravelmente reduzida, sendo comum a morte antes dos 40 anos.

De acordo com Barbu (2023), diversas organizações europeias voltadas à população em situação de rua implementaram serviços de saúde baseados nas necessidades identificadas entre os assistidos. Entre eles, destacam-se: atenção primária, serviços de saúde móveis e de extensão, telessaúde, atendimento em saúde mental, cuidado voltado a traumas, programas de redução de danos, cuidados paliativos, atendimento odontológico, cuidados com a visão, saúde reprodutiva, vacinação e imunização, testagens para HIV/AIDS e ISTs, prevenção e tratamento do câncer, resposta à Covid-19 (inclusive com vacinação) e apoio de pares em ambientes de saúde.

Segundo Ingram *et al.* (2023), a Irlanda apresenta uma das situações mais críticas da Europa no que se refere à população em situação de rua. Três quartos dessas pessoas estão concentradas na capital, Dublin, onde a taxa de mortalidade é dez vezes maior que a da população com moradia. O estudo qualitativo conduzido por esses autores envolveu dezenove profissionais de saúde, com o objetivo de identificar as necessidades prioritárias de cuidados entre a população em situação de rua em Dublin, Irlanda.

A avaliação das necessidades em saúde de cada localidade possibilita identificar as demandas a serem atendidas, planejar estratégias de cuidado, determinar os locais de concentração de recursos e abordar as desigualdades em saúde existentes nessa população (Transformation Partners in Health and Care, 2023).

Do mesmo modo, Ingram *et al.* (2023) afirmam que as pessoas em situação de rua apresentam necessidades imediatas de saúde, como dependência química, infecções e lesões, em comparação às necessidades de longo prazo, uma vez que costumam buscar assistência médica apenas como último recurso e apresentam baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Também foram evidenciadas barreiras no acesso à saúde, como estigma, vergonha e constrangimento.

Na Atenção Primária à Saúde, foi possível identificar os seguintes problemas de saúde recorrentes nessa população:

Eles observam altas taxas de doenças infecciosas transmitidas pelo sangue (ou seja, HIV e hepatite C), problemas nutricionais, ansiedades psiquiátricas decorrentes do uso de comprimidos nas ruas e lesões físicas, muitas vezes relacionadas a injeções, como úlceras, celulite ou trauma. Comorbidade, fragilidade física e envelhecimento precoce são comuns. Muitos pacientes têm doença cardíaca isquêmica ou doença crônica das vias aéreas agravada pelo fumo de heroína ou crack, juntamente com comorbidade de lesões causadas por injeção. Outros problemas apresentados incluem condições musculoesqueléticas e dermatológicas, gravidez e altas taxas de depressão e automutilação. Os CE que trabalham em ambientes hospitalares atendem muitos pacientes em situação de rua devido à deterioração das condições de saúde mental, overdose, problemas cirúrgicos ortopédicos ou distúrbios convulsivos relacionados a lesões ou uso de substâncias. Os pacientes dos CEs vivenciam altas taxas de traumas na infância e na idade adulta e/ou violência doméstica que tendem a preceder o uso problemático de substâncias. (Ingram *et al.*, 2023, p. 6).

Para a melhoria da assistência prestada à população em situação de rua, destacam-se cinco ações fundamentais a serem implementadas: 1) promover uma cultura que valorize a equidade em saúde; 2) acelerar as ações para enfrentar as desigualdades em saúde; 3) remover barreiras de acesso; 4) abordar lacunas de conhecimento; 5) incluir usuários de serviços voltados à população em situação de rua na concepção, no planejamento e na prestação dos serviços sociais e de saúde.

De acordo com a ONU (2015), não existe uma solução política ou legislativa universal para a questão das pessoas em situação de rua. No entanto, compete a todos os níveis de governo, em todos os países, elaborar e implementar políticas, legislações e estratégias para prevenir e resolver os fatores que levam indivíduos a essa condição. Também foi estabelecido o prazo até o ano de 2030 para que todos os Estados se comprometam a eliminar a população em situação de rua, mediante a oferta de moradia e a garantia dos direitos humanos fundamentais.

3.3 Políticas públicas de saúde no Brasil para a população em situação de rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), criada através do Decreto n.º 7.053 de 23 de dezembro de 2009, possui como diretrizes:

- I - Promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;
- II - Responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;
- III - Articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- IV - Integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- V - Integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;
- VI - Participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- VII - Incentivo e apoio à da população em situação de rua e à sua participação na formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas;
- VIII - Respeito às particularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- IX - Implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e a capacitação dos servidores para melhoria da qualidade e respeito na assistência prestada.
- X - Democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos. (Brasil, 2009).

Winkelmann *et al.* (2018) acrescentam que essa política visa também aos direitos culturais e sociais da PSR, promovendo a integração entre a sociedade e o poder público, além de estimular gestores e profissionais no desenvolvimento de políticas públicas voltadas a essa população. Além disso, destaca-se a importância da capacitação e formação desses profissionais por meio de ações e projetos que envolvam ética, solidariedade, respeito e convivência com outros grupos sociais e com a PSR.

Por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, foi criado o Comitê Técnico de Saúde para essa população, com a participação da Fundação Oswaldo Cruz, representantes de entidades da sociedade civil organizada e representantes do Ministério da Saúde. Esse comitê foi importante para os avanços na atenção à saúde da PSR (Ministério da Saúde, 2014).

O Decreto nº 11.341, de 1º de janeiro de 2023, institui a Diretoria de Promoção dos Direitos da População em Situação de Rua (DDPR), no âmbito da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (SNDH) do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). Essa diretoria tem como

atribuições a descentralização e a articulação entre municípios, estados e a União, visando à elaboração de planos, projetos e à implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Apesar de o acesso à saúde ser um direito garantido por lei, existem muitas barreiras para que a PSR consiga efetivar esse direito. Segundo o estudo de Lira *et al.* (2019), a exigência de comprovação de residência como critério para definição de território representa uma barreira para essa população. A PSR, por não pertencer a um território definido, acaba por não ser vinculada a nenhuma equipe de referência. No município de Belo Horizonte, utiliza-se o ponto de fixação do usuário como critério. A partir desse ponto, define-se a equipe de Saúde da Família responsável pelo atendimento (Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

Conforme o mesmo estudo de Lira *et al.* (2019), o acesso aos serviços de saúde por parte da PSR ocorre, preferencialmente, pela rede de urgência e emergência, sendo essa a porta de entrada identificada para o atendimento de suas necessidades imediatas. Nesse mesmo sentido, Engstrom e Teixeira (2016) afirmam que, diante das dificuldades de acesso à atenção básica, a PSR recorre aos serviços de urgência apenas em situações agudas de risco à saúde e à vida.

Contudo, diversos pesquisadores afirmam que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada para os demais serviços de saúde e o primeiro ponto de contato da população com o sistema (Costa *et al.*, 2021; Barata *et al.* 2015). Os Consultórios na Rua (CnaR) foram instituídos por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e integram o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), seguindo as diretrizes da PNAB. Atuam diretamente nas necessidades e demandas da PSR, realizando busca ativa e ofertando cuidados, especialmente aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Os CnaR podem funcionar em três modalidades, com composições diferentes de equipe, conforme especificado abaixo:

- Modalidade I – 4 profissionais (2 de nível superior + 2 de nível médio);
- Modalidade II – 6 profissionais (3 de nível superior + 3 de nível médio);
- Modalidade III – Modalidade II + profissional médico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As equipes podem ser compostas por profissionais como: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico

ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, sendo permitido no máximo dois profissionais por categoria.

Winkelmann *et al.* (2018) ressaltam que os Consultórios na Rua atendem de forma in loco ou itinerante, conforme as necessidades da PSR, desenvolvendo ações articuladas com outros pontos da rede de atenção, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

De maneira semelhante, Engstrom e Teixeira (2016) afirmam que os Consultórios na Rua atuam de forma integral, por meio de ações de promoção e prevenção em saúde, considerando o contexto em que a PSR está inserida, e promovendo a reorientação do cuidado, com foco em grupos em situação de vulnerabilidade.

O Ministério da Saúde (2012) define que qualquer profissional de saúde, bem como a atenção básica, é responsável pelo acolhimento, acompanhamento e abordagem da PSR. Afirmam ainda que, em locais que não possuem Consultórios na Rua, compete à Atenção Básica, aos profissionais de saúde bucal e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) o cuidado integral da PSR.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 940, de 28 de abril de 2011, "dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS". Todas as pessoas têm direito ao atendimento nas unidades básicas de saúde, independentemente da apresentação de documentação (Brasil, 2011).

O Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua foi criado por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. O plano define diretrizes e estratégias para enfrentar as dificuldades e desigualdades em saúde vivenciadas por essa população. As três esferas de gestão do SUS implantaram estratégias de promoção da saúde fundamentadas em cinco eixos (Ministério da Saúde, 2014), sendo eles:

- Eixo 1: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde;
- Eixo 2: Promoção e vigilância em saúde;
- Eixo 3: Educação permanente em saúde na abordagem da saúde da PSR;
- Eixo 4: Fortalecimento da participação e do controle social;
- Eixo 5: Monitoramento e avaliação das ações de saúde voltadas à PSR.

Apesar da existência de políticas públicas voltadas à população em situação de rua, ainda há muitos usuários que não acessam e não usufruem do direito à

saúde. Isso se deve, em grande parte, à falta de capacitação dos profissionais para atender essa população, à dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde e aos serviços de urgência, e à ausência de vinculação efetiva aos equipamentos de saúde. Além disso, parte da PSR não possui documentação e sente vergonha ou desprezo em razão de sua aparência, o que dificulta o vínculo com os serviços. Os Consultórios na Rua, que atuam como elo entre os usuários e os serviços de saúde, ainda não estão presentes em todos os municípios (Costa *et al.*, 2021).

A assistência à saúde é garantida por lei à PSR; contudo, há diversos entraves na abordagem a essa população. O despreparo dos profissionais, a ausência de manejo adequado, as dificuldades de relacionamento com essa população e a exigência de documentos são alguns dos fatores que impedem o acesso à saúde, conforme verificado em diversos estudos. Muitos usuários apenas procuram atendimento em casos graves, sem realizar ações de promoção e prevenção de doenças. Sentimentos como medo, vergonha e exclusão social também dificultam o acesso à assistência. Além disso, são comuns as negativas quanto à promoção e à reabilitação da saúde desses usuários.

A continuidade do cuidado à PSR também é prejudicada pela ausência de local fixo. A mobilidade frequente dificulta o acompanhamento pela equipe da atenção primária, uma vez que o usuário pode estar na área de abrangência de uma equipe em um dia, mas se deslocar para outra localidade em seguida, comprometendo a integralidade da assistência. O próprio Ministério da Saúde (2012) reconhece que a mobilidade territorial é uma característica da PSR, o que exige a articulação de toda a rede de serviços de saúde para garantir o vínculo e o cuidado contínuo.

3.4 Assistência à saúde da população em situação de rua de Belo Horizonte

Belo Horizonte possui, atualmente, 152 centros de saúde e 596 equipes da Estratégia Saúde da Família. A cidade é dividida em nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Conta com oito Centros de Referência em Saúde Mental, cinco Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outros três Centros de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil, além de nove Centros de Convivência, o Hospital Metropolitano Odilon Behrens e o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

(Secretaria Municipal de Saúde, 2024).

A Rede de Urgência e Emergência é composta por nove Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), um Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Na atenção especializada, há cinco Unidades de Referência Secundária, nove Centros de Especialidades Médicas, quatro Centros de Especialidades Odontológicas, quatro Centros de Reabilitação, dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, dois Centros de Testagem e Aconselhamento, um Centro Municipal de Oftalmologia e um Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem. O município mantém cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de Infecções Sexualmente Transmissíveis e nove laboratórios vinculados às UPAs.

A cidade também conta com um Laboratório de Bromatologia, um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais, um Serviço de Atenção ao Viajante, um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses, cinco Centros de Esterilização de cães e gatos, além de uma Unidade Móvel de Castração (Secretaria Municipal de Saúde, 2024).

Os Centros de Saúde configuram-se como a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Municipal de Saúde. A equipe de Saúde da Família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais de saúde bucal. A principal atribuição dessas equipes é o cuidado à saúde da população adscrita, prestado na unidade de saúde, no domicílio e nos locais onde os usuários vivem (como a rua ou instituições de longa permanência), além de outros espaços comunitários, como escolas e associações, quando necessário (Instrução Normativa nº 23/2019).

Essa normativa também estabelece que os profissionais de apoio atuam para complementar o cuidado à saúde da população do território, auxiliando as Equipes de Saúde da Família no atendimento e no matriciamento dos casos. Podem compor essa equipe: pediatras, ginecologistas, clínicos gerais, psiquiatras, homeopatas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras infantis, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) realizam atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos operativos em diversas faixas etárias e atuam conjuntamente com a ESF nas demandas da população.

O cirurgião-dentista e o auxiliar/técnico em saúde bucal atuam no cuidado odontológico da população, enquanto a equipe de zoonoses — formada por agente de combate a endemias e supervisor — atua nos Centros de Saúde e na comunidade, desenvolvendo ações de controle de zoonoses e outras doenças de saúde pública.

Todos os usuários residentes em Belo Horizonte podem ser atendidos nos Centros de Saúde. Para acessar os serviços, é necessário que estejam cadastrados no Sistema Eletrônico de Informação em Saúde e que apresentem documento original com foto, versão digital ou cópia legível. O atendimento à pessoa em situação de rua deve ser realizado mesmo na ausência de documento de identificação, independentemente do local de fixação ou território. O atendimento deve ser registrado em prontuário, de forma a permitir o compartilhamento dessas informações entre as diversas unidades de saúde e garantir a continuidade do cuidado.

O ponto de fixação da PSR é utilizado para orientar a equipe de saúde de referência, assegurando a continuidade da assistência no território. No ano de 2021, o Centro de Saúde Carlos Chagas deixou de contar com uma equipe específica de saúde voltada à população em situação de rua, e a assistência passou a ser descentralizada para todos os Centros de Saúde, considerando o território em que o usuário estiver inserido (Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

O Consultório na Rua atua como instrumento de apoio e vinculação das pessoas em situação de rua com os serviços de saúde mental e atenção primária à saúde. Atualmente, existem oito Consultórios na Rua em funcionamento, localizados nas seguintes regiões: Centro-Sul 1, Centro-Sul 2, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste/Barreiro e Venda Nova/Pampulha (Prefeitura de Belo Horizonte, 2024).

Os Serviços de Acolhimento Institucional oferecem atendimento integral, condições de estadia, convivência e endereço de referência. Além disso, acolhem pessoas em situação de rua, migrantes e indivíduos provenientes de áreas de risco geológico. Esses serviços são compostos por Abrigos Institucionais, Casas de Passagem, Repúblicas de Jovens e Unidades de Pós-Alta Hospitalar.

3.5. As principais situações de saúde e doença enfrentadas pela população em situação de rua

A população em situação de rua é mais suscetível a determinadas doenças, apresenta maior dificuldade em obter assistência médica e, além disso, a falta de moradia dificulta o tratamento dos problemas de saúde (Instituto de Medicina – EUA, 1988). De forma semelhante, Brêtas, Cavicchioli e Rosa (2005) afirmam que, quanto maior for a desigualdade social de um país, maiores serão os impactos na qualidade de vida e na saúde de sua população. Dessa maneira, os autores ressaltam a importância do estudo das ciências humanas e sociais para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado da PSR. As principais condições que acometem essa população serão discutidas nesta seção.

Lima e Oliveira (2012) afirmam, em seu estudo, que a PSR reflete os estigmas sociais imputados pelas ideologias dominantes. Nesse contexto, Mattos e Ferreira (2004) analisam a representação social e a construção da identidade da PSR. A partir disso, observa-se a presença de discursos excludentes e discriminatórios, como o higienista, que associa a PSR a sujeira e defende a "limpeza" das ruas; o discurso do medo e da violência, que relaciona essa população à criminalidade por meio da associação entre pobreza e perigo; o discurso capitalista, que considera a PSR como "vagabunda" por estar fora do sistema produtivo; e o discurso assistencialista e paternalista, que reduz essas pessoas ao papel de "coitadinhos".

Também se destaca o discurso psiquiátrico, que estigmatiza essa população como "louca" e defende sua institucionalização. Essa perspectiva é discutida por Stoffels (1977), Lima e Oliveira (2012) e Mattos e Ferreira (2004). Mattos e Ferreira (2004, p. 55) afirmam que:

No que se refere às pessoas em situação de rua, estas tipificações surgem sob a feição de apreendê-las como vagabundas, sujas, loucas, perigosas e coitadas que suscitam atitudes que vão da total indiferença à hostil violência física.

A sociedade e o poder público ignoram as reais necessidades da população em situação de rua ao simplificarem esse problema (Lima; Oliveira, 2012). Contudo, o Ministério da Saúde afirma que o resgate da identidade da PSR é uma urgência. Trata-se de seres humanos iguais a todos os outros perante a sociedade e o Estado.

A sociedade não pode deixar de enxergar essas pessoas. São indivíduos que vivem em condições precárias, mas que possuem potencialidades, têm direitos e são cidadãos (Brasil, 2014).

Os vínculos fragilizados ou o rompimento com a família são problemas enfrentados frequentemente pela PSR. Isso ocorre, muitas vezes, em decorrência da dificuldade em compartilhar suas experiências e sofrimentos no contexto familiar, seja pela vergonha, seja pela ausência de vínculos afetivos sólidos (Reis; Azevedo, 2020).

Fiorati *et al.* (2016) afirmam que esse processo de ruptura é intenso e pode ocorrer ainda na infância ou adolescência, muitas vezes em razão do abandono provocado por novas constituições familiares ou pela ausência dos genitores, especialmente quando estes se encontram em instituições prisionais. Entre pessoas em situação de rua mais velhas, os fatores relacionados incluem a morte dos pais ou irmãos e os conflitos familiares. Outros elementos, como a pobreza, o abuso sexual, as relações marcadas por violência física ou sexual e o uso de substâncias psicoativas, também contribuem significativamente para a ruptura dos laços familiares.

Afirma ainda que:

[...] em situação de rua e pobreza extrema, como condições de vida produzidas em meio ao contexto no qual cresceram: nascidas ou inseridas em famílias historicamente em vulnerabilidade social, em uma comunidade muito pobre, vínculos sociais marcados pela violência, rupturas em suas redes de suporte social, inseridas em atividades ligadas a grupos do crime organizado a partir da adolescência, a manutenção de atividades de obtenção de renda junto a grupos ligados ao tráfico de drogas. Esses fatores são, dentre outros, os determinantes sociais que condicionam sua expulsão para a vida na rua e toda a vulnerabilidade social em que estão inseridos. (Fiorati *et al.*, 2016, p. 7).

A PSR está exposta a condições de maus-tratos e violência. Estar em situação de rua corresponde a 2,0% do total de notificações de violência registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2015 a 2022, o que representa cerca de dezessete notificações por dia. A notificação é realizada quando o indivíduo acessa o sistema de saúde, portanto, esse número pode ser significativamente maior do que o apresentado. Os cinco estados com maior número de notificações de violência são, respectivamente: São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Paraná e Rio de Janeiro (Brasil, 2023).

As formas mais frequentes de violência são a física e a psicológica. Homens negros e jovens são as principais vítimas, enquanto as mulheres — incluindo mulheres transexuais, que representam 13,0% da PSR do país — corresponderam a 40,0% dos casos notificados no SINAN em 2022 (Brasil, 2023).

No Brasil, a notificação de violência contra mulheres é historicamente subnotificada, o que se repete de forma ainda mais acentuada no caso de mulheres em situação de rua. Essas mulheres, quando estão sozinhas, tornam-se ainda mais vulneráveis à violência. Estar na rua é uma realidade complexa e conflituosa, que expõe as desigualdades e violências estruturais da sociedade. As principais razões que levaram essas mulheres às ruas incluem pobreza, experiências de violência, transtornos mentais, dependência de álcool e outras drogas, ausência de afeto e rupturas nos vínculos familiares e sociais. Muitas vezes, estar na rua foi a forma encontrada para se livrar da violência doméstica ou das consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas (Rosa; Brêtas, 2015).

Diante disso, Rosa e Brêtas (2015), em seu estudo, apontam as principais formas de violência física vivenciadas por essas mulheres durante a noite, sendo elas:

1. Violência praticada por pessoas ou grupos intolerantes — agressões e homicídios;
2. Violência entre as próprias PSR — motivada por dívidas com traficantes, disputas por espaço, pequenos furtos, infidelidade conjugal e desavenças pessoais;
3. Violência de cunho higienista — praticada por policiais, por pessoas contratadas por comerciantes ou por moradores, motivada pela presença da PSR nas proximidades de residências, monumentos, estabelecimentos comerciais e pontos turísticos;
4. Violência sexual — praticada por homens, sejam eles também em situação de rua ou não.

Há, ainda, casos de violência física e sexual cometida pelos próprios parceiros afetivos, com os quais as mulheres iniciaram relacionamento enquanto viviam nas ruas. Muitas mantêm esse tipo de relação por medo ou por afetividade em relação ao agressor (Rosa; Brêtas, 2015).

Alves e Osterne (2013) afirmam que não existem políticas públicas específicas para mulheres em situação de rua e defendem a urgência da formulação

de políticas públicas voltadas à PSR, considerando essa pauta como prioritária para o governo. No âmbito da Política Nacional para as Mulheres, é necessário que os equipamentos públicos, como casas de acolhimento, abrigos, centros de referência e ações voltadas à violência contra a mulher em situação de rua, sejam discutidos em todos os programas e projetos intersetoriais.

Em estudo realizado em Nova York, Guner *et al.* (2019) relatam as dificuldades enfrentadas por mulheres em situação de rua durante o período menstrual. O estudo aponta o acesso insuficiente a produtos menstruais, os desafios na distribuição desses insumos e as soluções criativas adotadas por muitas mulheres para suprir essa necessidade. Na ausência de absorventes, algumas recorrem ao uso de materiais improvisados, à mendicância ou até ao furto para obtê-los.

No Brasil, a situação é semelhante. O relatório intitulado “Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdade e violações de direitos”, elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), revela que a pobreza menstrual representa inúmeros desafios ao acesso a direitos e insumos de saúde. Esse acesso desigual a direitos e oportunidades afeta meninas, mulheres, mulheres trans e pessoas não binárias que menstruam, reforçando desigualdades de gênero, raça e classe social. Muitas dessas pessoas não têm acesso à água, ao saneamento básico e à higiene adequada nos locais onde vivem ou circulam (UNICEF, 2021).

De acordo com Marchiori (2024), a menstruação vivida na rua é extremamente problemática e coloca a mulher ainda mais em vulnerabilidade. A dificuldade de acesso a produtos menstruais, a locais para higienização, à privacidade, a banheiros e à orientação sobre a saúde faz com que essa situação seja ainda mais delicada para mulheres em situação de rua, afetando diretamente sua dignidade.

Diante disso, o Programa Dignidade Menstrual, oferecido pelo Governo Federal, distribui absorventes gratuitos por meio da Farmácia Popular a mulheres em situação de rua, pessoas de baixa renda matriculadas em escolas públicas e pessoas em extrema vulnerabilidade. Para ter acesso ao benefício, é necessário estar inscrita no Cadastro Único (CadÚnico), possuir CPF válido e ter entre 10 e 49 anos (Ministério da Saúde, 2024).

Problemas de saúde nos pés são comuns entre pessoas em situação de rua,

devido ao fato de passarem longos períodos do dia em pé ou caminhando. Além disso, os calçados e meias recebidos por doação podem provocar calosidades e infecções fúngicas. O local e a posição em que se deitam podem ocasionar úlceras e celulites, associadas a picadas de insetos (Ministério da Saúde, 2012). A infestação por piolhos no corpo e na cabeça, assim como casos de escabiose, é frequente, devido à escassez de locais para higiene pessoal, à ausência de banhos e à impossibilidade de higienizar roupas. Também podem ocorrer abscessos, impetigos e celulites como consequência das picadas de insetos (Ministério da Saúde, 2012).

Outro problema de saúde comum entre a PSR é a tuberculose, doença infecciosa e transmissível causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões (Brasil, 2014). Trata-se de um grave problema de saúde pública, com altas taxas de incidência e abandono de tratamento, sendo a PSR considerada um grupo de elevada vulnerabilidade (Ministério da Saúde, 2012). Pessoas em situação de rua têm 54 vezes mais chances de contrair tuberculose em comparação com a população geral. Esse risco elevado decorre da vulnerabilidade social, das barreiras de acesso aos serviços de saúde e da dificuldade de realizar ações de promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2024).

Estar em situação de rua dificulta a adesão ao tratamento, e o abandono pode gerar resistência antimicrobiana, aumentando o risco de óbito. O tratamento da tuberculose é longo (no mínimo seis meses), exige o uso contínuo de medicamentos e requer a cooperação do usuário quanto à dosagem, frequência e tratamento supervisionado — o que representa um desafio para a adesão por parte da PSR (Ministério da Saúde, 2016).

São diversos os obstáculos ao tratamento continuado da tuberculose pela PSR, entre eles: baixa autoestima; alimentação inadequada; sintomas imperceptíveis; uso de substâncias psicoativas; transtornos mentais; dinâmica da vida nas ruas; roubo de pertences pessoais e medicamentos; regras rígidas dos serviços de saúde; horários e dias fixos para atendimento; e indisponibilidade de acolhimento em casos de efeitos colaterais (Ministério da Saúde, 2012).

As evidências científicas que apontam aumento na adesão ao tratamento podem favorecer decisões políticas de saúde, tanto no nível local quanto nacional, contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência oferecida a essa população (Ministério da Saúde, 2016).

Outras doenças comuns entre a PSR incluem hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Essas enfermidades tendem a se manifestar em idade precoce, quando comparadas à população geral, em função de hábitos de vida como o tabagismo e, especialmente, a alimentação inadequada. O controle dessas doenças crônicas é dificultado pela impossibilidade de escolha adequada da dieta, pela dificuldade de armazenar e administrar medicamentos corretamente (em relação ao horário e à dosagem) e pela ausência de abrigos estáveis e regulares (Ministério da Saúde, 2012).

Gomes *et al.* (2022, p. 3) afirmam que a PSR “apresenta alta incidência de doenças infectocontagiosas, distúrbios metabólicos, doenças parasitárias, dermatológicas, oftalmológicas, cardiovasculares, pulmonares, digestivas e musculoesqueléticas” quando comparada a outras pessoas da sociedade. Além disso, apresenta déficit de renda, saúde, educação e tempo de vida. Os autores acrescentam também que a PSR possui elevada prevalência de doenças mentais e psiquiátricas, como esquizofrenia, depressão e transtornos de personalidade, muitas vezes desencadeados pelo uso de substâncias psicoativas.

De forma semelhante, Patrício *et al.* (2019) afirmam que as condições de vida nas ruas — como discriminação, violência, preconceito, falta de privacidade, ausência de educação e locais insuficientes para higiene corporal — favorecem o surgimento de transtornos mentais. Esses transtornos, inclusive, podem ser a causa da entrada da pessoa em situação de rua. Botti *et al.* (2010), em estudo realizado em Belo Horizonte, ressaltaram que 49,9% dos entrevistados apresentavam sofrimento mental, sendo os quadros de ansiedade, depressão e pensamentos depressivos os mais frequentes.

O Ministério da Saúde (2012) afirma que a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) é elevada entre a população em situação de rua, recomendando a oferta de exames para HIV, hepatites virais e sífilis como parte dos exames periódicos para esse grupo. Pinto *et al.* (2018) acrescentam que se trata de um problema de saúde pública, dada sua magnitude e a dificuldade de acesso ao tratamento adequado. Nesse sentido, Machado *et al.* (2023) ressaltam que a prevalência dessas infecções na PSR está relacionada à falta de acesso a cuidados em saúde, à alimentação inadequada e às precárias condições de higiene.

Patrício *et al.* (2020) demonstram, em seu estudo, que a PSR apresenta comportamentos e condições clínicas que favorecem o surgimento de ISTs, como o

tabagismo, etilismo, práticas sexuais com usuários de drogas, sexo anal e oral, relações com parceiros casuais, sexo em troca de dinheiro e as próprias condições de vulnerabilidade presentes nas ruas. Compreender essas especificidades é essencial para que os profissionais de saúde atuem na redução das vulnerabilidades que afetam essa população.

O uso de drogas faz parte do cotidiano de grande parte da PSR, expondo essas pessoas a diversos riscos e constituindo um dos maiores desafios da atualidade (Ministério da Saúde, 2012). Rodrigues *et al.* (2019) afirmam que o uso de álcool e outras drogas representa uma forma de alívio psíquico e químico, sendo, para muitas pessoas, a única possibilidade de suportar as adversidades da vida nas ruas. Em sua pesquisa, realizada na cidade do Recife, foi identificado que mais da metade dos participantes fazia uso de tabaco, álcool, maconha e crack.

Ronzani e Furtado (2010) ressaltam que a população em geral e os profissionais de saúde não devem culpabilizar ou acusar os usuários de álcool e outras drogas, pois tais atitudes geram barreiras no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. O Ministério da Saúde (2012) enfatiza que essa situação envolve múltiplas dimensões, com consequências que extrapolam a esfera da saúde, gerando prejuízos individuais e coletivos. Nesse contexto, a estratégia de redução de danos oferece uma abordagem mais adequada ao indivíduo, com o objetivo de minimizar os danos e promover a saúde. O profissional de saúde deve utilizar as estratégias de redução de danos com compreensão de seus limites e possibilidades, a fim de contribuir efetivamente para a melhoria da saúde da PSR.

A saúde bucal é uma das prioridades de atenção à saúde da PSR. Entre as recomendações do Ministério da Saúde para esse público, destaca-se a oferta de alternativas que possibilitem o cuidado bucal, considerando a dificuldade de comparecimento em dias e horários agendados. Recomenda-se, portanto, a disponibilização de horários para demanda espontânea, a otimização do atendimento diante da procura e a oferta de escova dental e dentifrício (Ministério da Saúde, 2012).

Couto, Godoi e Finkler (2021, p. 526) ressaltam que “o processo de enfrentamento das desigualdades em saúde, incluindo a saúde bucal, com foco na PSR, é certamente um complexo desafio enfrentado pelo SUS”. Assim, torna-se necessária a construção de uma relação entre a PSR e os profissionais de saúde bucal, que permita o estabelecimento de vínculos, aproximação e confiança,

favorecendo a elaboração de um plano terapêutico multidisciplinar. Os autores afirmam ainda que a busca por atendimento odontológico ocorre, em sua maioria, em situações tardias e impostergáveis, geralmente na fase aguda da doença.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 A Pesquisa-ação

A pesquisa científica compreende um conjunto de ações com procedimentos definidos, cujo objetivo é encontrar respostas e resultados para um problema apresentado (Carvalho *et al.*, 2019). Nesse contexto, Minayo (2014) afirma que a pesquisa qualitativa se preocupa com a realidade ao estudar múltiplos significados, valores, atitudes, crenças, motivações e aspirações. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com delineamento exploratório, desenvolvida na perspectiva da Pesquisa-Ação.

De acordo com Vergara (2006, p. 43), a pesquisa-ação tem como objetivo “desenvolver teoria baseada na prática e na compreensão profunda e vivencial das necessidades de contextos reais em que determinadas ações se desenvolvem”. Ela é caracterizada pela interação entre os sujeitos e os pesquisadores, que, por meio de suas ações, buscam entender ou resolver determinado problema (Carvalho *et al.*, 2019). Prodanov e Freitas (2013, p. 66) acrescentam que “os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados”.

A pesquisa-ação pode ser classificada em quatro tipos: 1) pesquisa-ação diagnóstica – elabora possíveis soluções a partir de um plano e diagnóstico; 2) pesquisa-ação participativa – envolve, no processo, os membros do local estudado; 3) pesquisa-ação empírica – obtém dados da experiência de grupos semelhantes para desenvolver princípios; 4) pesquisa-ação experimental – avalia a eficiência de técnicas aplicadas a diferentes questões sociais (Silva; Oliveira; Ataídes, 2021).

Para o presente estudo, foi utilizado o método de pesquisa-ação do tipo diagnóstica, no qual o pesquisador, ao conhecer a situação existente, elabora medidas para resolução do problema por meio de um plano de ação. Esse método foi escolhido por possibilitar a identificação das estratégias de cuidado utilizadas pela equipe na abordagem à PSR, bem como de suas fragilidades e potencialidades.

A pesquisa-ação organizou-se em três fases: (1) planejamento; (2) tomada de decisão; e (3) encontro dos resultados da ação, ou seja, a fase exploratória, o desenvolvimento da ação e a divulgação das conclusões da pesquisa. Silva, Oliveira e Ataídes (2021) afirmam que, para melhorar a prática, a pesquisa-ação utiliza

diversos procedimentos metodológicos fundamentados na atitude/ação. Assim, ela altera o trabalho em curso a partir da influência do contexto e da prática observada, buscando promover novas aprendizagens e ações, tanto por parte do sujeito quanto do pesquisador. Nesse sentido, o pesquisador precisa estar implicado com o contexto e o ambiente da pesquisa, de modo a contribuir efetivamente para a modificação de processos e práticas.

As etapas da pesquisa-ação foram desenvolvidas da seguinte forma: 1) delineamento da pesquisa – definição dos objetivos, preparação e organização do pesquisador para o desenvolvimento da pesquisa; 2) tomada de decisão – definição dos métodos e técnicas de coleta de dados e início do trabalho de campo; 3) coleta de dados – realizada por meio de grupo focal com os trabalhadores do Centro de Saúde Carlos Chagas que atuam na abordagem à população em situação de rua. O grupo foi gravado, e seu conteúdo, transcrito para posterior análise. Também foi utilizado o diário de campo para o registro das observações do pesquisador. Por fim, os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo.

A discussão com o grupo foi conduzida a partir de questões disparadoras, que possibilitaram responder aos objetivos da pesquisa:

1. Como é a atuação dos trabalhadores na abordagem/atendimento a pessoas em situação de rua?
2. A equipe de Saúde da Família está capacitada para o atendimento à população em situação de rua? Que elementos podem sustentar essa afirmação?
3. Quais as dificuldades e desafios enfrentados pela equipe da unidade básica no atendimento a essa população? O que poderia ser feito para superar essas dificuldades?
4. Quais as potencialidades do atendimento à população em situação de rua pelas equipes no município?

4.2 A técnica de grupo focal e a coleta dos dados

O Grupo Focal (GF), na pesquisa qualitativa, é uma das técnicas que possibilitam o levantamento de questões sobre a temática em estudo. Essa técnica permite relatar sentimentos, opiniões, crenças e motivações por meio da interação entre os participantes (Jesus; Lima, 2012). Nesse sentido, Gatti (2005) afirma que é

necessária a presença de um moderador ou facilitador, cuja função é promover a troca de experiências e a discussão entre os membros do grupo, sem, contudo, expressar suas opiniões ou interferências pessoais, uma vez que o foco está na interação entre os participantes.

Para a realização do grupo focal, foi elaborada uma escala para organização da participação dos profissionais, considerando os horários de trabalho e a disponibilidade de cada participante. As reuniões ocorreram durante o expediente dos profissionais, e a escala de participação foi fundamental para garantir a continuidade das atividades essenciais do Centro de Saúde, sem comprometer o atendimento à população.

O convite para participação foi realizado individualmente aos membros da equipe e compartilhado também por meio do grupo institucional de WhatsApp da unidade, informando o período de realização dos grupos e destacando a importância da contribuição de todos. As atividades foram realizadas com a anuência da gestora da unidade, em horário regular de trabalho.

Após a definição da escala com os dias e horários de participação de cada profissional, e com a aprovação dos participantes e da gestora, os grupos focais foram realizados nos dias 3, 7 e 8 de janeiro de 2025, nos turnos da manhã e da tarde. Todos os trabalhadores da unidade foram convidados a participar da pesquisa.

Os grupos foram conduzidos a partir das seguintes etapas:

1. Apresentação do moderador e de sua função;
2. Apresentação dos integrantes do grupo;
3. Orientações e esclarecimentos sobre o preenchimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1);
4. Orientações sobre o preenchimento das questões de identificação do profissional;
5. Apresentação das questões norteadoras para a realização do grupo focal;
6. Informação sobre o tempo mínimo e máximo de duração do grupo;
7. Início da discussão em grupo;
8. Orientação aos participantes sobre a liberdade para expor comentários e observações;
9. Estímulo à discussão e à defesa de ideias, mesmo que divergentes entre si;
10. Encerramento do grupo e agradecimento pela participação de todos.

O grupo foi conduzido a partir das seguintes questões norteadoras:

1. Como é a atuação dos trabalhadores na abordagem/atendimento a pessoas em situação de rua?
2. A equipe de Saúde da Família está capacitada para o atendimento à população em situação de rua? Que elementos podem sustentar essa afirmação?
3. Quais as dificuldades e desafios enfrentados pela equipe da unidade básica no atendimento a essa população? O que poderia ser feito para superar tais dificuldades?
4. Quais as potencialidades do atendimento à população em situação de rua pelas equipes do município?

Foram realizados três encontros presenciais, em diferentes turnos (manhã e tarde), com o objetivo de possibilitar a participação dos profissionais sem prejuízo ao desenvolvimento das atividades da Unidade de Saúde. O local escolhido para a realização dos grupos foi o espaço destinado às reuniões fixas da unidade (matriciamento, saúde mental, equipe), com a anuência do gerente. Os encontros tiveram duração média de 1 hora a 1 hora e 30 minutos.

Os grupos foram gravados e transcritos com o auxílio de inteligência artificial, por meio do aplicativo Cripto. As falas dos participantes também foram registradas manualmente pelas assistentes de pesquisa, que eram acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. As assistentes ficaram responsáveis por tomar notas durante a realização dos grupos, garantir o funcionamento dos equipamentos e organizar a entrega e o recolhimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram da pesquisa 40 profissionais, distribuídos da seguinte forma: 05 médicos, 04 agentes comunitários de saúde, 13 técnicos de enfermagem, 04 enfermeiros, 03 técnicos administrativos, 05 agentes de zoonoses, 01 cirurgião-dentista, 02 técnicos em saúde bucal e 01 funcionário do Centro de Saúde que não desempenha função assistencial.

O mês de janeiro foi escolhido para a realização dos grupos por ser um período de menor fluxo de atendimentos, o que facilitou a maior adesão dos profissionais. Ressalta-se que, durante o período da pesquisa, 12 profissionais estavam em férias.

4.3 O cenário da pesquisa: Centro de Saúde Carlos Chagas

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC), em Belo Horizonte, unidade onde a pesquisadora atua no atendimento à População em Situação de Rua (PSR). A escolha pelo CSCC justifica-se pelo fato de esse serviço ter sido a primeira unidade do Brasil a contar com uma equipe de Saúde da Família voltada especificamente ao atendimento da PSR (RIBEIRO, 2019). O serviço está localizado na regional Centro-Sul da cidade e abrange toda a área central de Belo Horizonte.

A unidade apresenta grande fluxo e número de usuários, incluindo um contingente significativo de pessoas em situação de rua no hipercentro da capital. Possui uma população adscrita de aproximadamente 31.145 pessoas, distribuídas em três equipes de Saúde da Família, abrangendo áreas de alta vulnerabilidade social, bem como áreas de menor risco (RIBEIRO, 2019).

Até o ano de 2021, o atendimento à PSR era de responsabilidade exclusiva dessa unidade. Contudo, a partir de determinação da Secretaria Municipal de Saúde, estabeleceu-se que o atendimento à PSR passaria a ser descentralizado, sendo realizado por todos os Centros de Saúde do município, de acordo com o território de residência ou ponto de fixação dos usuários.

4.4 Os participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores do Centro de Saúde Carlos Chagas, atuantes nos serviços de orientação e atendimento à população, no período de janeiro de 2025. A definição do número de participantes ocorreu por meio de inclusão progressiva, sendo interrompida com base no critério de saturação.

Os participantes foram selecionados em razão de sua representatividade social dentro do contexto de atuação com a PSR, conforme descrito por Thiollent (1986). A interrupção se deu pelo critério de saturação, ou seja, quando novos dados deixaram de emergir e o acréscimo de informações não se mostrava mais necessário, pois não alteraria a compreensão do tema pesquisado (Nascimento *et al.* 2018).

4.5 Questões éticas

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos participantes antes do início da coleta de dados. Os participantes tiveram acesso prévio às perguntas e aos temas que seriam trabalhados no grupo focal, o que lhes conferiu liberdade para responder e/ou interagir com os demais, de acordo com sua conveniência. Dessa forma, buscou-se preservar sua intimidade, evitar constrangimentos relacionados às respostas e garantir segurança para sua participação.

Os critérios de inclusão foram: ser trabalhador com mais de um mês de atuação com a PSR; ter disponibilidade para participar da coleta de dados em grupo; concordar em assinar o TCLE da pesquisa; e possuir condições de se expressar verbalmente sobre o tema proposto. Os critérios de exclusão foram: ter menos de um mês de atuação com a PSR; não ter disponibilidade para participar do grupo focal; e não apresentar condições de se expressar verbalmente sobre o tema proposto.

Os nomes dos participantes foram excluídos durante o tratamento dos dados, sendo substituídos por códigos compostos por letras e números, que indicam a posição da fala e o grupo a que pertencem. Exemplo: G1P1 (Grupo 1, Participante 1). Nomes próprios e setores mencionados durante as falas foram suprimidos no processo de tratamento dos dados, respeitando os princípios de confidencialidade e anonimato.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE 82306724.90000.5149). A pesquisa foi submetida à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte sendo coparticipante da pesquisa.

Esta pesquisa não recebeu financiamento de agências de fomento, sejam elas públicas privadas ou sem fins lucrativos.

4.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do método de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (1979, p. 42), que o define 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.

As falas dos participantes do estudo foram gravadas e transcritas, e os dados obtidos foram analisados por meio de três etapas, a saber:

1. Pré-análise – fase em que o pesquisador realizou a leitura flutuante inicial das transcrições do material gravado, fazendo as primeiras inferências;
2. Exploração do material – momento em que o pesquisador realizou uma leitura exaustiva e identificou os sentidos do texto, agrupando-os em conteúdos e temas recorrentes;
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – etapa em que se interpretaram as características principais, de acordo com os objetivos e o tema estudado, e se delinearam as categorias analíticas.

Após a constituição das categorias, seguindo o método de análise de conteúdo, o pesquisador iniciou o processo de discussão dos dados, com base na literatura e no referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão organizados em dois tópicos. O primeiro apresenta o perfil dos participantes do estudo, coletado antes da realização do grupo focal. No segundo, são apresentadas as categorias depreendidas a partir da análise dos relatos, conforme a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2016).

Apresenta-se, ainda, um quadro com as siglas utilizadas para organizar as tabelas com as informações referentes ao perfil dos participantes do estudo.

Quadro 1: Siglas utilizadas para identificação na codificação dos dados

Nome	Sigla
Participante	P
Grupo	G
Feminino	F
Masculino	M
Enfermeiro	Enf
Técnico de Enfermagem	Tec.Enf
Médico(a)	Med.
Agente Comunitário de Saúde	ACS
Administrativo	ADM
Agente Combate Endemias-Supervisor	ACE 2
Agente Combate Endemias	ACE 1
Servidora pública	Serv.P.
Psicólogo	Psi.
Dentista	Dent.
Técnico Saúde bucal	TSB

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa, apresenta-se o seguinte:

Quadro 2: Experiência e tempo de abordagem a população em situação de rua – Grupo 1

Participante	Sexo	Profissão	Tempo de Experiência	Tempo Experiência PSR	Capacitação
G1 P1	F	Tec.Enf	7 anos	7 anos	N
G1 P2	F	Tec.Enf	6 anos	4 anos	N
G1 P3	F	Enf	10 anos	2 anos	N
G1 P4	M	Tec. Enf	7 anos	2 anos	N
G1 P5	F	Tec.Enf	2 anos	10 meses	S
G1 P6	F	Tec.Enf	4 anos	3 anos	S
G1P7	F	Enf	27 anos	4 anos	S
G1 P8	M	Méd.	6 meses	9 meses*	N
G1 P9	F	Méd.	1 dia	3 meses *	N
G1 P10	F	Adm	6 meses	6 meses	N
G1 P11	F	Tec.Enf	16 anos	7 anos	N
G1 P12	F	ACS	15 anos	Sim. Não informado o tempo de trabalho	N
G1 P13	F	ACS	3 meses	3 meses	N

*Incluindo tempo de estágio

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à experiência e ao tempo de abordagem com a população em situação de rua do Grupo 2, apresenta-se o seguinte:

Quadro 3: Experiência e tempo de abordagem a população em situação de rua – Grupo 2

Participante	Sexo	Profissão	Tempo de Experiência	Tempo Experiência PSR	Capacitação
G2P1	F	Tec.Enf	20 anos	1 ano	N
G2P2	M	ACE 2	15 anos	0	N
G2P3	M	Enf	17 anos	sim	Não Informado
G2P4	M	ACE 1	30 anos	30 anos	S
G2P5	M	Tec.Enf	17 anos	3 anos	N
G2P6	F	Tec.Enf	8 anos	2 anos	N
G2P7	M	ACS	1 ano 5 meses	1 ano 5 meses	N
G2P8	F	Tec.Enf	5 anos	6 meses	S
G2P9	M	Tec.Enf	7 anos	2 anos 5 meses	N
G2P10	F	Psi.	7 anos	4 anos	N
G2P11	F	Méd.	5 anos	5 anos	S
G2P12	F	ACE1	16 anos	0	N
G2P13	F	ACE1	16 anos	0	N
G2P14	M	ACE1	25 anos	0	N
G2P15	F	ACS	16 anos	3 anos	N
G2P16	F	Serv.p.	15 anos	1 ano	N

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à experiência e ao tempo de abordagem com a população em situação de rua do Grupo 3, apresenta-se o seguinte:

Quadro 4: Experiência e tempo de abordagem a população em situação de rua – Grupo 3

Participante	Sexo	Profissão	Tempo de experiência	Tempo experiência PSR	Capacitação
G3P1	F	Tec.Enf	3 anos	10 meses	N
G3P2	F	Acs	17 anos	17 anos	N
G3P3	M	Méd.	1 anos	8 mês	N
G3P4	F	Dent.	12 anos	9 mês	N
G3P5	F	Adm	3 anos	1 mês	N
G3P6	F	Adm	2 anos	1 mês	N
G3P7	F	Méd.	7 anos	2 anos	N
G3P8	F	Tec.Enf	3 anos	3 anos	S
G3P9	F	TSB	27 anos	1 ano 8 meses	N
G3P10	F	TSB	40 anos	1 ano 7 meses	N
G3P11	F	Enf	30 anos	24 anos	N

Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 1 apresenta o perfil dos participantes, bem como o tempo de experiência na profissão e na abordagem à população em situação de rua.

Tabela 1: Características dos participantes

Características dos participantes	Frequência	Percentual
Participação em capacitação sobre o tema específico		
Não	32	83,0
Sim	7	17,0
Profissão		
- Técnico em Enfermagem	13	32,5
- Agente Comunitário de Saúde	5	12,5
- Médico	5	12,5
- Enfermeiro	4	10,0
- Agente de Controle de Endemias (1)	4	10,0
- Administrativo	3	7,5
- Dentista	2	5,0
- Agente de Controle de Endemias (2)	1	2,5
- Servidor Público	1	2,5
- Técnico em Saúde Bucal	1	2,5
- <i>Psicólogo</i>	1	2,5
Sexo		
- <i>Feminino</i>	30	75,0
- <i>Masculino</i>	10	25,0
Tempo de experiência na função (em anos)		
<i>Média (Desvio Padrão)</i>	11,5(9,9)	
<i>Mínimo; Máximo</i>	0; 40	
Tempo de experiência com população em situação de rua (em anos, com estágio)		
<i>Média (Desvio Padrão)</i>	10,2(6,3)	
<i>Mínimo; Máximo</i>	1; 20	

Fonte: Elaborado pela autora

O tempo de experiência na função apresenta uma média de $11,49 \pm 9,95$ anos. O tempo mínimo de experiência é inferior a um ano, enquanto o máximo chega a 40 anos. Em relação ao tempo de experiência com a população em situação de rua, a média é de $10,16 \pm 6,27$ anos, com tempo mínimo também inferior a um ano e máximo de 30 anos.

Quanto às capacitações, a maioria dos participantes (83,0%) declarou não ter participado de formação específica sobre o tema. Do total de 40 participantes, 07

profissionais afirmaram ter participado de alguma capacitação voltada ao atendimento da PSR, representando 17,0% dos entrevistados. Apenas um participante não informou se participou ou não da capacitação. Entre os que participaram, estão quatro técnicos de enfermagem, uma enfermeira, um agente de zoonoses e uma médica.

A distribuição por sexo indica que 75,0% dos participantes são do sexo feminino, enquanto 25,0% são do sexo masculino. No que diz respeito às profissões, a mais frequente é a de Técnico em Enfermagem, representando 32,5% dos participantes. Em seguida, aparecem as funções de Agente Comunitário de Saúde e Médico(a), ambas com 12,5% de representatividade.

Após a aplicação da técnica de análise de conteúdo, seguindo as etapas propostas por Bardin (2016) no tratamento dos dados, foram elencadas sete categorias analíticas, a saber:

1. A história do Centro de Saúde Carlos Chagas como referência e a descentralização do atendimento à pessoa em situação de rua;
2. A percepção dos profissionais em relação à pessoa em situação de rua;
3. A percepção dos profissionais sobre a demanda em saúde da pessoa em situação de rua;
4. Os desafios da equipe no atendimento à pessoa em situação de rua;
5. O atendimento em rede à pessoa em situação de rua e a necessidade de capacitação da equipe;
6. O uso abusivo de drogas e o comércio de medicamentos pelas pessoas em situação de rua;
7. A violência no cotidiano do trabalhador.

As categorias estão organizadas e apresentadas em forma de trechos narrativos dos participantes, com o objetivo de facilitar a compreensão por parte do leitor e contribuir para a organização e aprofundamento da discussão dos dados.

5.1 Categorias de análise

5.1.1 A história do Centro de Saúde Carlos Chagas como referência e a descentralização do atendimento à pessoa em situação de rua

Observa-se que alguns trabalhadores do Centro de Saúde conhecem a

história da criação do serviço e, a partir desse conhecimento, compreendem as dificuldades relacionadas ao processo de descentralização do atendimento à PSR por parte da prefeitura, assim como o próprio fato de essa população manter o serviço como referência para seu cuidado, em detrimento dos demais serviços da cidade.

O Carlos Chagas foi o primeiro Centro de Saúde a atender essa população e tem uma história muito rica. A população fez um movimento na época em que isso aconteceu, a (...) conhece mais a história do que eu. Eles fizeram um movimento para que se tivesse um Centro de Saúde no centro, porque eles eram atendidos nos hospitais, nas Santas Casas. **(G3P2)**

O Centro de Saúde Carlos Chagas era referência somente para vacina e para raio-X de tórax. Depois, com o movimento da prefeitura, passou a ser uma unidade básica. Os lavadores de carro fizeram uma solicitação, uma reunião com a prefeitura, pedindo algum lugar para que eles pudessem ser atendidos. Daí, a gerente falou com eles, e os lavadores de carro fizeram a solicitação. Eles se organizaram e pediram. Aí a Asmare, o pessoal da associação, juntamente com a prefeitura, pegou o Carlos Chagas e o colocou como referência para atender essa população, que eram os lavadores de carro, catadores de papel. Quando veio a Saúde da Família, começaram a fazer o cadastramento de todo mundo. Daí ficou entendido que a população que seria atendida seria somente a que fosse cadastrada e residisse no centro. A gerente do Centro teve reuniões lá no distrito, foi em várias conferências de saúde mental. Ela ia ao prefeito e falava que essa população tinha de ter um lugar para ser atendida. Foi então que se criou uma equipe para atender a população de rua, que atendia exclusivamente a população de rua. E elas possuíam referência em Belo Horizonte. Se tivesse um morador de rua lá em Venda Nova, no Barreiro ou outro bairro, era o Carlos Chagas que atendia. Aí a gente saía para fazer visita aqui no centro, não era só na área do Carlos Chagas, era onde tinha um morador de rua jogado ou em situação de vulnerabilidade que precisasse de atendimento, a equipe ia lá, independente do endereço. Mas, com o passar do tempo, foi ficando muito pesado ter uma equipe e só uma unidade de saúde para atender toda a população de moradores de rua. Agora, em Belo Horizonte, todo Centro de Saúde tem de atender a população em situação de rua. O que eu acho necessário seria mesmo uma reorganização de todos para esclarecer que todas as unidades são responsáveis pelo morador de rua que está, naquele momento, naquele local. Necessidade de capacitar os profissionais para a prescrição, para a condução do caso, para avaliar e fazer um treinamento, ou capacitação, já que quadruplicou o número de moradores em situação de rua. É preciso capacitar todo o município para atender essa população, e ser mais resolutivo, ser mais responsável. E com isso poderia haver um acompanhamento melhor, porque quando o Carlos Chagas era referência, ele ia pegando tudo que chegava, mas sem condição de acompanhar. Mas, quando todas as unidades entenderem, vai ficar mais fácil. É um ser humano que está ali. Ele está numa situação mais vulnerável que as outras pessoas, tem as especificidades dele. Se ele está na rua, é porque ele não tem condição de conviver, de ter um convívio social bom. As pessoas vão para a rua por vários motivos. Então, o município teve de se organizar para atender a população de rua. Então ficou assim: o Carlos Chagas não é mais a única referência. Aqui continua tendo três equipes que atendem a população de rua,

os médicos de apoio atendem a população de rua, mas ficou definido que todas as unidades de saúde vão atender a população de rua. **(G3P11)**

A gente percebeu que Belo Horizonte agora, para a população de rua, é uma cidade reconhecida como fácil para conseguir benefício. A gente tem Centro de Apoio à População de Rua (POP), vem pessoa em situação de rua do Rio de Janeiro, de Pernambuco, vem gente do Brasil inteiro. Eles vêm para Belo Horizonte de todos os lugares. Virou referência. E cai todo mundo de paraquedas aqui no Carlos Chagas. Daqui a pouco, se não houver essa abordagem que nós temos aqui na unidade e em outros centros de saúde, vira uma pandemia. E aí, como é que fica? Porque aí a gente sempre vai cair na questão do bloqueio, da demanda ser maior do que a estrutura. Às vezes nem é tanto porque aqui é pequeno, é porque pessoas estão vindo de fora e tomando espaço dos daqui. **(G1P11)**

O Carlos Chagas já foi referência na população de rua. Hoje não é mais. Então, muitos postos de saúde também se escusam ao atendimento, sobrecarregando o nosso atendimento também. Porque eles encaminham o paciente com uma ferida desse tamanho, com o pé todo infeccionado, para fazer curativo aqui. Vem de outros postos de saúde, fazer o paciente andar até aqui. É degradante ficar andando até aqui. Eles não atendem. Eles encaminham para o Carlos Chagas. Nós viramos referência. Eles jogam para cá e deixam para lá o paciente. A realidade hoje é essa. **(G2P9)**

Outro ponto a ser destacado é a percepção de que falta capacitação para os trabalhadores, não apenas do serviço, mas também dos outros Centros de Saúde, para o atendimento da PSR, além do aumento da população nessa situação, observado nos últimos anos, incluindo pessoas oriundas de outras localidades dentro do Estado e fora dele.

Para fazer a PSR não se deslocar, porque o objetivo é que eles possam ser atendidos no ponto de fixação mais próximo, para não ter gastos com passagem ou deslocamento. A nossa própria rede não está conversando, a própria rede não está sabendo das coisas. Isso é muito triste. É muito triste. **G1P7**

Pacientes sendo encaminhados de longas distâncias por outras unidades, sendo PSR, pois não conseguiram atendimento em outro local. **G1P3**

Um dia desses, chegou um PSR que foi deixado pela ambulância na porta do Centro de Saúde Carlos Chagas, vindo de Venda Nova, e a ambulância deixou aqui e foi embora. **G3P3**

Nós já recebemos gente de Contagem, da Bahia, porque eles vêm de fora, vem morador de rua de fora para ser atendido aqui no Carlos Chagas. **G3P10**

... os outros Centros de Saúde tinham estigma com o Centro de Saúde Carlos Chagas, que era a única referência que existia. O Carlos Chagas ainda é referência, então acho que essa informação precisa se estender ao município todo. Essa lei que foi publicada, todo mundo tem acesso; todos os trabalhadores do município têm acesso a essa informação. Acho que esse é o ponto mais importante. **G3P2**

5.1.2 A percepção dos profissionais em relação à pessoa em situação de rua

Existe uma percepção solidária, acolhedora e inclusiva em relação à PSR por parte da equipe do serviço, que procura compreender a situação do sujeito dentro de um contexto psicossocial. Observa-se que essa compreensão influencia o atendimento da equipe, no sentido de torná-lo resolutivo e de proporcionar o melhor cuidado possível, considerando as vulnerabilidades da PSR.

A questão é que existem também dois fatores: existem pessoas em situação de rua e existem os moradores de rua. Todo mundo tem de observar o porquê. A pessoa em situação de rua, aconteceu algo que a levou a morar na rua, seja por questões psicológicas, questões financeiras, mas, normalmente, as pessoas em situação de rua — você pode ver que tem algumas que, realmente, quando têm uma recuperação, elas saem, às vezes voltam até para o núcleo familiar. Mas tem aqueles que são moradores de rua, que gostam de estar na rua e querem morar na rua. Existe essa realidade, a gente não pode ser também cega para isso, porque tratar todo mundo como um coitadinho, de um modo geral, não é ajudar. Você tem de reconhecer que a pessoa, se ela está sofrendo algum tipo de problema, seja psicossocial ou financeiro, ela está ali por causa disso. Mas tem aquela pessoa que realmente gosta de morar na rua, porque ela não gosta de regra, ela não gosta de ir para o abrigo, porque no abrigo ela tem de tomar banho para deitar-se nas camas. Então, tem gente que não vai para o abrigo e fala que o abrigo é ruim, porque lá tem regra. A pessoa não pode fumar lá dentro, a pessoa não pode beber, não pode ingerir drogas. Isso é uma realidade. A pandemia levou muitas pessoas a viver em situação de rua. Muitas famílias foram parar na rua depois, e, passada a pandemia, ao mesmo tempo, voltaram. Teve até a questão também do decreto emergencial, que proibiu que quem estava em débito de aluguel fosse despejado, justamente para não ocorrer, vamos dizer assim, uma enchente de pessoas na rua. Muitas pessoas foram despejadas, justamente porque ficaram sem renda. Então, quer dizer, nós temos de admitir que ali tem pessoas realmente necessitadas, mas tem aqueles que estão ali porque querem estar. Não, não é questão de julgá-las, mas também não é questão de você tratar todo mundo como um coitadinho. É você reconhecer o problema e tratar o problema diferenciadamente, cada um conforme a sua particularidade. Vamos esclarecer uma coisa: a pessoa em situação de rua em Belo Horizonte não é coitadinha. Primeiro, porque todos os comerciantes aqui — quem trabalha aqui sabe — que os comerciantes, depois de três horas da tarde, servem o restante do alimento para eles. Então, eles não passam fome. No final de semana, porque no final de semana tem o pessoal da sopa, eles ficam aqui na área hospitalar, ficam na rodoviária, ficam na Praça da Estação, ficam na Praça Rui Barbosa. Tem o Centro Pop também. Por falta de comida, ninguém morre de fome. A maioria é cadastrada no CRAS e recebe 600 reais de Bolsa Família. Normalmente, eles gastam com drogas. Eles mesmos falam que gastam com drogas, com álcool. A maioria não quer ser reinserida na sociedade. Eles não são coitadinhos. Vamos tirar essa visão de coitadinhos. Aqui eles são muito bem cuidados. Eu já fui abordado por moradores de rua e a pessoa chegou e falou: "Me ajuda para comprar uma marmita." Eu falei: "Você pode almoçar, tomar café e jantar de graça no restaurante popular." Ele

falou: "Não, eu sei, eu não gosto da comida de lá." **G2P2**

5.1.3 A percepção dos profissionais em relação à demanda em saúde da pessoa em situação de rua

Vários elementos influenciam a percepção da demanda em saúde da PSR pelos trabalhadores do Centro de Saúde. Entre eles, destaca-se a certeza de se tratar de um serviço que acolhe a população, compreendendo suas vulnerabilidades. Apesar disso, a equipe identifica que, em alguns casos, não há compreensão, por parte dessa clientela, de que o serviço não é exclusivo para o seu atendimento, o que gera desgaste e tensão no dia a dia da rotina do serviço.

Eles vêm até o Carlos Chagas porque se sentem acolhidos, por isso que eles voltam. Por isso que nós temos esse nome de posto do cidadão de rua. Porque talvez eles possam ir ao posto de referência e não ter um atendimento humanizado, ou um atendimento qualificado, e aí eles vêm aqui. Um atendimento humanizado... a gente tenta ser o mais humano possível, dar ouvido ao paciente, mesmo que ele tenha vindo ontem, e venha hoje, vá vir amanhã, vá vir depois... A gente tenta não absorver aquilo de forma pessoal e tenta sempre trabalhar o atendimento de forma que ele possa se sentir. Porque eu acho que é assim que ele está se sentindo. Em casa, acolhido. Porque nós vemos pelo fato de ele retornar. **G1P6**

Eles chegam sempre com demanda aguda, eles não vêm para fazer acompanhamento longitudinal. Querem ser atendidos na hora. Muitas vezes, tem um paciente para ser atendido, você chama, mas o pessoal fala que ele foi embora, não quis esperar. Isso é muito comum. Parece que é o perfil do paciente morador de rua. **G1P8**

Outro ponto levantado é a natureza dos casos atendidos: em geral, são quadros agudos, que deveriam ser manejados nos serviços de pronto atendimento, mas que encontram resolutividade no serviço, no intuito de que a PSR não saia sem atendimento. O perfil que demanda o serviço também está associado à questão de gênero, sendo predominantemente masculino nos casos agudos.

Aqui é diferente, tem mais paciente agudo. Eu já trabalhei em outro posto de saúde que tinha mais questões crônicas. Eu vejo isso rotineiramente. O atendimento, em sua grande maioria, no Carlos Chagas, é agudo: a pessoa está passando mal no momento, ou então tem algum problema. Em outros postos de saúde, o PSF funciona com o crônico de longa data. Então, ele é bem diferenciado. O quantitativo é quase a mesma coisa que nos outros centros de saúde. Outra coisa que se observa é que as situações, as demandas da população de rua, geralmente são agudas. Eles estão

passando mal no presente momento ou em situação que tinha de ser tratada lá atrás, mas ele não tratou, ele corroborou com uma situação pior. **G2P9**

Os homens procuram menos o tratamento de saúde do que as mulheres. Carlos Chagas é uma exceção, porque aqui a maioria da população que vem são homens. Mas eles procuram sempre por casos agudos. O homem também só procura médico quando está morrendo, daí ele vai procurar. **G2P2**

A potencialidade do Carlos Chagas, que eu acho que inclusive faz com que os pacientes nos procurem, é a resolutividade. Nós tentamos ser o mais resolutivos possível, então o paciente chega aqui e ele sabe que, de alguma forma, aquela demanda inicial dele vai ser resolvida. Nós vamos acolher e tentar resolver o máximo. O que dificulta é a questão do acompanhamento: nós resolvemos a queixa principal do paciente, mas a continuidade do cuidado fica comprometida, porque, normalmente, ele vem com uma queixa específica e, como resolve, ele some e vai aparecer só quando for outra queixa ou estiver incomodando. **G3P4**

As condicionalidades para o recebimento de benefícios de distribuição de renda colaboram para a adesão ao tratamento de doenças crônicas e infectocontagiosas. Em contrapartida, percebe-se a falta de comprometimento com o cuidado em saúde, o que se reflete no abandono do tratamento, mesmo nos casos graves, como, por exemplo, os de tuberculose e sífilis. Nesse caso, a equipe atribui esse comportamento à falta de perspectiva em relação à vida e ao futuro, além da ausência de equipamentos do município para o abrigamento nos momentos de adoecimento da PSR, em que seria fundamental um local para descanso e recuperação.

Eu acho que tem de ter algumas políticas públicas envolvidas. Se eles ganham um benefício, então o benefício deles tem de estar vinculado também a algum ganho na saúde. Então, se você tomar seu remédio durante um mês de tuberculose, e você vier aqui com frequência às suas consultas, você recebe o seu benefício, o seu Bolsa Família, seja o que for. Se não vincular com alguma coisa, nós não vamos ter resultado. Aqui, a gente não consegue, por exemplo, você inicia um tratamento com um paciente — uma tuberculose, um paciente com sífilis, um paciente com qualquer tipo de comorbidade — e nós não conseguimos dar continuidade. Você não consegue medir. E isso, para nós, profissionais, é super desmotivante. Eu vejo que, muitas vezes, nós fazemos muito diagnóstico. Todo mês chega uma lista enorme — eu acabei de olhar — uma lista enorme de sífilis do mês de dezembro no Carlos Chagas. E aí, o que nós vamos fazer com isso? Nós temos de resolver o problema, tratar esse paciente adequadamente. Mas, e aí, isso acontece? Eu não vejo isso com grande excelência. **G1P7**

Eles não têm a mínima consciência. Eles adoecem agora, aí está incomodando agora. Ele quer resolver aquilo agora, mas não vai resolver agora. Vocês não lembram do (...)? Ele só terminou o tratamento dele porque a doutora o internou no João XXIII. Eles têm de ter consciência. Mas eles não

têm nenhuma. Eles não têm noção de como funciona o corpo. A autoestima deles atrapalha. Eu acho que tinha de fazer assim: um slide, um pulmão, como é que está. E é assim que está. E, se você não tomar o remédio, você vai morrer. E pior: você vai matar todo mundo ao seu redor. Mas, enquanto for assim, nós ficamos o tempo todo enxugando gelo. Você fala, você discute: vamos fazer, tem de ser assim, tem de ser assim. Mas a principal pessoa... Ela não tem noção. É muita loucura mesmo. E aí, adianta dar um monte de medicamento, um monte de antibiótico, um monte de tudo isso? Eu não sei. Eu tenho umas ideias meio radicais. Eu acho que tinha de ter um hospital. Está com tuberculose? Vai demorar quanto tempo para tratar? Quando vai sair? O dia que tiver remissão da doença. O outro está com diabetes. Enquanto ele aprender a controlar, ele vai ficar lá. Um ano, dois anos, o que seja. Até ele aprender. Sem sair. Porque senão, aí fica aqui: discute, discute, fala, é assim, é assado, mas não tem jeito de mudar. Porque a pessoa depende dela. E, para ter um tratamento efetivo, tem de ser uma coisa assim. **G1P12**

Estava pensando aqui em relação ao que vocês falaram, em relação a lidar com estrutura. Deveria ter um abrigo para a questão da tuberculose. Mas, quando nós vemos, às vezes eles se veem um pouco desamparados. Porque, quando eles estão na fase em que estão transmitindo, eles não podem ficar em abrigo nenhum. Eles são jogados na rua. Então, deveria ter um lugar específico onde eles pudessem permanecer, pelo menos nessa primeira fase, que é onde eles estão tomando a dose de ataque. Ou seja, nos dois primeiros meses, tinha de ter um abrigo para acolher esse povo. Aí eles vão à rua, transmitem para a população inteira, e a demanda nossa nunca vai terminar. O fato de a pessoa querer ir para a rua, ficar em um lugar onde ela corre risco... você vê que, mentalmente, ela já não está bem. A gente pode perceber que os que estão mais sujos, mais fedorentos, são os que estão em pior situação psicológica, porque os outros ainda conseguem tomar banho e se organizar um pouco. Agora, esses que estão em pior situação, às vezes têm problemas com drogas ou bebida, ou têm doenças psicológicas. Eles estão bem perturbados. Esses são os que chegam em pior situação para a gente. Porque nós lidamos com moradores de rua que não sabem ler nem escrever. O que você faz para ele entender que ele tem de tomar o remédio de dia, de noite ou no meio do dia? Então, eu vejo que nós temos de tirar tempo para ensinar aquilo. Eu corto lá um solzinho, uma luazinha, uma estrelinha, e pergunto dez vezes: você entendeu isso aqui? Então, assim, eu prefiro ficar com a cabeça tranquila no travesseiro, que você fez a sua parte, do que falar assim: "Não, você deixou, a Deus dará". O médico tem a parte dele, o enfermeiro tem a parte dele, o técnico também tem a sua parte. Aí chega lá na rua, tem uma abordagem de rua, tem a parte de cada um. Então, se cada um fizer a sua parte, eu acredito que nós vamos resolver, pelo menos, um por cento. Se cada um de nós resolver um por cento, nós vamos chegar no todo. Então, assim, eu acho que capacitados, profissionais, estão, sim. Só que nós entramos sempre com essa barreira. Porque a maioria da população de rua não tem interesse nem com eles mesmos. Então, às vezes, nós nos cansamos de ter interesse, e eles mesmos não têm interesse nenhum. **G1P11**

A falta de continuidade do tratamento é um desafio e gera frustração nos trabalhadores, especialmente quando, mesmo estando a PSR, em tese, vinculada ao serviço, ela não comparece às consultas ou abandona o tratamento, retornando

mais debilitada em pouco espaço de tempo. Há uma leitura crítica da situação por parte dos trabalhadores, assim como um esforço para tentar reverter essa realidade, pensando a rede de atenção à saúde de forma colaborativa e sincronizada, a fim de minimizar ou resolver essa questão.

Às vezes, nós estamos querendo ser heróis numa situação que não tem jeito. A gente já está vendo essa situação toda, e olha o paciente e fala assim: ele não está nem aí, ele não está nem entendendo o que eu estou falando, está aqui drogado, está aqui totalmente fora do mundo, está aqui com um processo psiquiátrico grave. A gente não está falando a mesma língua, então também ele não vai aceitar a minha proposta porque ele não está falando a mesma língua que eu. Mas acho que uma rede mais fortalecida favorece, porque talvez não seja agora, quando se fala com o paciente, que ele vai se ligar. Mas quando o consultório de rua passar e falar, quando o ACS passar e falar, quando a pessoa do abrigo falar, quando, sabe, todo mundo estiver em sintonia... Mas, às vezes, eu acho que nós talvez fiquemos nadando contra a corrente. Eu acho que, por exemplo, a assistência social da população é diferente. Não pode ser o mesmo modelo de PSF em todos os lugares. Então, é, para um consultório de rua que tem a experiência, tem de dar uma força para os serviços. Esse é o paciente que, às vezes, marca cinco vezes de vir aqui e não vem nenhuma, porque ele está ali usando droga. Está lá tomando uma, então não vai. **G1P9**

E eu vejo também muita gente aqui se deslocando para buscar as desistências, que são as consultas que a gente vê que a pessoa não vai. E a gente já tem aquele paciente que a gente precisa, que ele já está aqui, nós vamos encaminhar ele. Então, eu vejo o profissional da rede tentando dar o máximo, se capacitar e tentar, ao máximo, atender quando eles estão aqui dentro da nossa unidade. Eu posso fazer tudo por ele aqui dentro. Eu já vi a doutora (...) que era uma médica de apoio da unidade, que encaminhava para tudo quanto é norte dentro desse posto. Não pedia nem vínculo. Falava: “Você quer encaminhar? Então vamos.” O problema era realmente encontrar esse paciente depois. Receitava todas as medicações, explicava, ficava duas horas com o paciente dentro do consultório. No dia seguinte, ele estava lá de novo. Ou sumia por seis meses, um ano. Já tinha saído de todas as consultas, chegava aqui brigando, xingando Deus e o mundo, como se nós tivéssemos a responsabilidade de procurar ele — lá, onde quer que ele estivesse — entregar a consulta, levar ele lá. A gente se sente assim: “Poxa, eu fiz tudo. O que mais eu posso fazer por você?” Você entende? Por mais que eu sinta que faço capacitação, vamos fazer, mas alguém tem de continuar. E esse é o problema: não está tendo continuidade. **G1P6**

Uma coisa que eu observei agora, é que eu estou trabalhando com o SIGRAH, com as consultas especializadas. A importância desses equipamentos, desses parceiros, porque era uma dificuldade enorme conseguir localizar. Quando nós fizemos um mutirão, uns anos atrás — que era super diferente — as consultas especializadas, era 90% de falta. Não conseguimos localizar nem 9%. Hoje, esse índice reduziu, e nós conseguimos, através dos parceiros, da cooperação. Olha que interessante isso: há uma cooperação de todos. Então, os Centros POPs que foram criados foram fantásticos nesse sentido. Que é o tratamento — às vezes ele

está lá precisando fazer um exame de pneumonia ou de tuberculose — e sai cirurgia geral, sai tudo para eles. Antes, eles não tinham esse acesso. Então, olha o quanto nós evoluímos. Eu estou fazendo a linha do tempo. Então, quem está chegando agora tem de conhecer esse passado, que é importante. Então, acho que quem entra na capacitação... **G3P2**

O tempo todo a gente fala para o paciente: “Toma a medicação, está sempre cansado, volta aqui para você pegar a medicação.” Aí o paciente não faz o tratamento correto. Tem um paciente que a gente avaliou esta semana, que está com uma ferida na perna. Aí a gente pede para ele voltar para a troca de curativo, mas não tem continuação de tratamento, ele não volta. Às vezes, podia vincular, além do benefício, por exemplo: a pensão em tratamento de tuberculose — ela tem direito a ficar no abrigo. Se ela interromper o tratamento, perde o direito. Quando ela vai ao abrigo, ela recebe a medicação, é uma forma de fazer o tratamento. Eu tenho um paciente que tem HIV positivo. Ele não estava tomando medicação. Eu falei assim: “Mas por que você não vai lá pegar?” Ele disse: “Ah, não, não tenho paciência para isso.” Aí eu falei que, se a carga viral aumentar, o sistema de defesa do corpo dele vai baixar tanto que, se ele tiver uma gripe, pode morrer de tão grave. Aí eu fiz todo aquele terror, horror e tal. A pessoa não ligou. Às vezes, têm consciência, mas parece que eles não se importam mais, sabe? Parece que já chegou num processo para eles em que morrer ou viver... **G1P8**

5.1.4 Os desafios da equipe no atendimento à pessoa em situação de rua

Os desafios se apresentam de diferentes formas, desde a percepção de que o tempo e o investimento no cuidado não podem ser mensurados, devido às características da população em situação de rua, associadas às vulnerabilidades às quais essa população está exposta, até o fato de que, ao adentrar no serviço, existe uma pressão para que sua demanda seja prontamente atendida, em detrimento da demanda do restante da população, que tem o mesmo direito ao acesso à saúde.

Pela questão da não fixação no território, algo simples como marcar uma consulta se transforma em algo complexo, assim como a visita do agente de saúde para entregar a marcação ou um exame, pois a PSR, em alguns casos, é difícil de ser localizada no território, não só pelo nome, mas também pelo seu deslocamento constante.

A atuação é desafiadora. No meu ponto de vista, é desafiador. Algumas vezes não é motivante, porque nós não vemos resultados, e os resultados não são medidos. Assim, a gente não consegue mensurar. Então, a gente se sente, muitas vezes, incapaz no sentido profissional. Eu fico muito feliz quando atendo um paciente, por exemplo, na urgência, a gente reverte uma PCR e ele volta. E aqui, a gente não consegue, por exemplo, você inicia um

tratamento com um paciente — uma tuberculose, um paciente com sífilis, um paciente com qualquer tipo de comorbidade — e nós não conseguimos dar continuidade. Você não consegue medir. E isso, para nós, profissionais, é desmotivante. Eu acho que a norma para eles tem de existir também. Essa questão de nós abriremos muito a porta... Tem de ser bem inclusivo, mas os limites têm de ser colocados. Eles têm de respeitar o horário, porque senão a equipe não vai conseguir manejar um plano terapêutico. **G1P7**

A gente tem de ter empatia com a situação da pessoa em situação de rua. Muitas vezes essas pessoas, nem sempre, mas muitas vezes, são acometidas de algum vício, então o atendimento se torna mais delicado, porque às vezes também precisa de atenção psicossocial. Então, dependendo do contexto, ele pode estar um pouco mais alterado. Mas, na minha experiência, pelo menos, a grande maioria é muito acolhedora também, nos recebe muito bem, nos procura bem. Mas, sobretudo, é necessária empatia. É uma situação com uma população muito vulnerável, então a gente vai ofertar tudo o que é possível, em articulação também com o serviço social, com os enfermeiros, com os colegas de outros setores. É delicado, mas é onde a gente mais precisa estar presente: a população vulnerável. Então, é para isso que nós estamos aqui — não somente para eles, mas para eles especificamente. **G2P7**

Eu acho que a questão é a dificuldade de marcar uma consulta. Eu acho que esse é o problema. Se eles viessem na data, era melhor. Eu entendo que, para eles, é muito difícil, mas isso atrapalha demais, porque, para eu tirar 10 minutos, 15 minutos, e olhar uma coisa pontual, é tranquilo. Só que eu não consigo dar seguimento, porque aí eu peço um exame e não volta. Por exemplo, eu faço receita de anticoncepcional para ela. Toda semana ela vai na rua, aí ela deixa a receita na rua e perde. E aí ela não toma. Aí a gente arrumou um jeito de deixar guardado aqui no posto. Então, eu acho que isso é um problema. Mas tentar pensar em soluções para isso é muito complicado. **G3P7**

[...] Eles chegam aqui querendo atendimento de clínica particular [...]. Eles têm de entender que estão no SUS, que tem horário. Porque [...] eles não querem ficar quinze minutos esperando. – Eu quero ser atendido. Eu quero que colham meu sangue. Então, eles têm de entender que o direito é igual para todos. Temos de tratar todos iguais. Então os atendimentos não têm exclusividade. O atendimento é igual a todos. Só que a abordagem tem de ser diferenciada. Essa é a diferença de atendimento. Pode ser mais cuidadosa ou, nessa situação mais melindrosa, tem de ter uma destreza nesse atendimento, porque o morador de rua, alguns acham que têm mais direitos do que as outras pessoas. Vem paciente aqui, às vezes com trauma, com uma queimadura. Às vezes ele passa na frente do Hospital João XXIII, que é a referência de trauma e queimadura, mas eles vêm aqui no setor de curativo para ser atendidos. Não sei se é informação que corre: – Vai lá no Carlos Chagas que eles vão atender. **G2P5**

Na Odontologia é um pouco mais difícil, porque, normalmente, realizamos procedimentos invasivos. Normalmente o paciente chega com uma queixa aguda de dor, com um abscesso, ou precisa de uma extração, e nós precisamos de outros exames complementares, por exemplo, até para saber da condição de saúde daquele paciente, para não correr o risco de causar uma hemorragia. Ou, se o paciente chegou fazendo uso de droga, talvez não possa ser anestesiado naquele dia. Então, na Odontologia, tentamos criar

vínculo com o paciente, para que ele entenda que talvez precise retornar para resolver o problema dele. **G3P4**

Por causa da nossa geolocalização, que é a região mais central, tem uma questão pecuniária mais elevada do que em outras regiões de Belo Horizonte. Eu entendo a vulnerabilidade, mas, muitas vezes, você tem de colocar a pessoa quase no colo — mas o paciente tem de ser coparticipante. Do mesmo jeito que a gente tem de tratá-lo, tem de ir atrás, fazer visita, chamar o pessoal do POP de rua. Então, a nossa abordagem é apagar incêndio. Faz o que tem de ser feito ali na hora, mas a continuidade é deficitária. Tem idosos que precisam ser assistidos. Tem pessoas que estão acamadas que precisam ser assistidas. E, muitas vezes, vão para o final da fila, porque o prioritário é a população de rua. E isso é uma realidade. Ele tem vulnerabilidade. O POP está direcionado para ele — e tem de ser mesmo. Mas essa questão do assistencialismo exacerbado também prejudica a população aqui do nosso posto. **G2P9**

Só para vocês terem conhecimento da ação da Zoonoses em relação à população de rua: eu recebo notificação de casos de dengue para fazer investigação ambiental e não localizo as pessoas — é praticamente 100%. Eu não consigo abordar nenhum morador de rua, porque colocam o endereço errado, colocam endereço que não existe. E, normalmente, você chega no Centro POP, deixa recado para ele nos procurar, e ele nunca vem. Já deixei até meu telefone pessoal. Eles não ligam. Então, nós temos de ficar correndo atrás. Parece que nós estamos ali em um paternalismo exacerbado, querendo protegê-los. Nos casos de investigação para raiva, no caso de Chikungunya, Zika... eu não consigo ter acesso a eles, porque a maioria das pessoas aqui, quando é morador de rua, não tem endereço físico nem ponto de fixação. Eu pergunto aqui sobre os endereços físicos, e elas também não sabem se é endereço físico. Então, perde-se todos os dados. As estatísticas se perdem também. **G2P2**

A natureza do trabalho e a permanência dos profissionais também é um desafio, há uma grande rotatividade e falta de trabalhadores que queiram ir para o serviço, pois é de conhecimento da rede, que naquele local, a demanda de PSR é significativa, o que faz com que muitos profissionais não tenham interesse em trabalhar no Carlos Chagas.

O Carlos Chagas mesmo, você pode ver. A maioria aqui é tudo administrativo. Quase nenhum, principalmente da saúde, é do concurso. Porque ninguém quer vir para cá. Porque todo mundo já sabe da fama do Carlos Chagas: atende as pessoas em situação de rua, é no centro. **G2P6**

Você não cria vínculo. Alguns aqui já são antigos, mas, se você for olhar os que estão aqui, a maioria é novato. Se tiver seis meses aqui, é muito. No máximo, é dois meses. Desde médicos. Mudou o quadro praticamente todo dia. Então, como é que você vai trabalhar com PSF se até os profissionais não têm uma fixação aqui? **G2P2**

Não me canso de insistir, mas uma hora eu também vou cansar. Porque nós somos seres humanos. Nós somos limitados. Eu me pergunto o que leva uma

pessoa a desistir de si mesma. Porque você vê que eles desistem deles mesmos, antes até mesmo de a gente desistir, eles já desistiram de si próprios. E nós vemos que também temos dificuldade em aceitar isso. Aí eu fico pensando: são dois lados do ser humano. Porque um quer viver à torto e a direito, do jeito que ele quer, demasiadamente, e nós estamos sempre ali, dentro das regras. É onde tem o conflito. Eu fico pensando: o que eu faço com o meu conflito? Eu vou chegar em casa e vou ter uma crise de ansiedade? O que eu vou fazer? Eu determinei que, quando saio daqui da unidade, a unidade não existe mais para mim. Aí já é a minha saúde. Então, pode me ligar fora do horário, pode mandar mensagem, eu não atendo. A minha prioridade agora é a minha família. Porque nós acabamos adoecendo junto com eles. Eles já são doentes e acabam nos adoecendo. **G1P11**

5.1.5 O atendimento em rede à pessoa em situação de rua e a necessidade de capacitação da equipe

Os trabalhadores indicaram a capacitação para o trabalho com a PSR como uma necessidade constante, e a falta de suporte nesse sentido como uma fragilidade que coloca o profissional em desvantagem na realização de seu fazer cotidiano. O trabalho, nesse aspecto, ocorre de forma instintiva e depende da solidariedade dos trabalhadores mais antigos, que auxiliam os mais novos na lida diária.

Eu acho que nós temos muitas reuniões com esses equipamentos, com os parceiros. Era mensal, mas, pós-pandemia, isso se perdeu. Parece que tentaram fazer online, não deu certo. Eu acho que se ganha em termos de capacitação. Acho que um dos pontos que tenho falado no colegiado é um conceito que tem de retornar, porque, uma vez que enfraqueceram os laços da unidade com esses parceiros, as dificuldades ficaram maiores. Quando a gente traz esses parceiros para perto e discute junto, conseguimos juntar soluções e dar andamento, ser mais objetivos com os casos. A capacitação, juntamente com os parceiros — pois a experiência deles também acrescenta, seria um caminho, minha opção. Hoje tem o Consultório na Rua, tem várias equipes que foram criadas no atendimento a partir dessas demandas. Hoje já tem um espaço de autocuidado e higiene, que é uma demanda que nós sempre levamos para as conferências, para os conselhos, que dizia que tinha de ter banheiro externo para eles aqui, para eles poderem usar. E nós podemos ver que está avançando. **G3P2**

No meu caso, eu acho que o atendimento tem de ser o mais resolutivo possível, porque eu não sei se eles vão voltar. Provavelmente não. É difícil voltar. Até voltam, mas voltam quando querem. Então, eu tento ser o mais resolutivo possível. Não tento enrolar. E não dá, pelo menos no meu caso, para ficar passando medicação que não tem aqui. Tem de sair com tudo na mão, porque, se você disser que tem de ir ali, não sei onde, para pegar, eles

não vão, porque têm outras prioridades. Também não fico perguntando quais são. Então, tem de ser o mais resolutivo possível. Chegando, pelo menos no meu consultório, já passou por todo mundo. Eu sou o ponto final. É dali para casa, para a rua, com a resolução. Tento não pedir para retornar no outro dia, só se for extremamente necessário. **G3P3**

Nós tivemos um treinamento para atender a população LGBTQIA+. Deveríamos ter um treinamento para atender a população de rua. Vou dar um exemplo específico: eu fui, com 40 anos de formado em odontologia, descobrir que o usuário de crack não pode tomar anestesia, porque ele pode ter uma parada cardíaca. Eu não sabia disso. Você está entendendo como é? É tenso. Então, do mesmo jeito que a população LGBTQIA+ foi beneficiada por esse treinamento, com nome social, a parte psicológica, identidade de gênero, estudamos tudo, deveria haver treinamento para atender a população de rua. Quais são os aspectos psicológicos? Quais os motivos para estarem ali? Para nós podermos entender o que está acontecendo. Você tem de atender e acabou. Você não pode questionar, e às vezes, você não está capacitado para atender. **G3P10**

A saúde bucal tem um manual, e, neste manual, existe um capítulo de paciente em situação de rua que dá um pouco de orientação. Então, nós temos mais uma referência. Não é completa, falta muita informação. Inclusive, uma das coisas que eu sinto muito é a falta de nunca ter trabalhado na PBH, e tudo ser muito novo. Sinto falta de conhecer os equipamentos. Existem fluxos definidos. Sabe, às vezes a gente fica um pouco mais perdido no entendimento disso, porque eu demorei para entender. Eu não sabia o que era o BH de Mãos Dadas, não conhecia quando eu trabalhei na PBH. Então, eu acho que falta capacitação sobre os equipamentos. **G3P4**

5.1.6 O uso abusivo de drogas e o comércio de medicamentos por pessoas em situação de rua

O uso de álcool e outras drogas é algo com que a equipe precisa lidar a todo o momento, incluindo, nessa questão, a venda de medicamentos controlados, em especial psicotrópicos, por pessoas em situação de rua usuárias do serviço. Trata-se de uma situação com a qual os profissionais precisam lidar, mas que não têm como impedir, pois não está sob a governabilidade de suas ações. A dificuldade de armazenamento dos medicamentos na rua, bem como a perda e o extravio, também é uma realidade que, em alguns momentos, exige criatividade por parte da equipe para tentar ajudar a pessoa a manter o uso da medicação de forma segura.

Eu acho uma dificuldade muito grande a situação de rua e a questão da droga, dos jovens que usam droga. Isso é uma escolha da pessoa. Eu sempre aconselho, sempre falo alguma coisa. Escutou lá no acolhimento, escutou do assistente social, eu falo. Está escutando isso todo dia para não

usar. Agora, quanto mais velho fica, mais difícil fica de orientar, porque quanto mais senhorzinho, mais vulnerável é. Até para ele conviver com a população de rua, fica mais vulnerável. Quanto mais jovem, a gente sabe que rouba, que usa droga. E, quanto mais velho, mais vulnerável a essa situação ele está. Então, às vezes, é melhor deixar medicamento semanal prescrito do que ter um monte de coisa na mão — é menos risco. Mas as orientações são sempre muito difíceis. A pessoa não quer voltar aqui na outra semana. A dificuldade de orientação é muito grande. Ele tem baixa escolaridade, a pessoa sai daqui, pega a receita e joga no lixo. Não é por mal, mas eles não têm onde deixar as coisas. Então, é muito difícil você orientar as pessoas para não perder essa receita. Dois dias depois, ele está aqui porque perdeu a receita. Eu não fico insistindo porque não é da minha conta. Tem de refazer. E isso tem um gasto enorme para a saúde como um todo. Não é só perder e refazer. O medicamento gera um gasto. Esse medicamento não chega aqui de graça — gera um gasto. Aí, de repente, o medicamento acaba para outro tipo de população.

Quanto a essa questão de medicamento, há muitos anos ficou definido que o morador de rua recebe medicamento semanal. Depois da pandemia, todo mês eles entregam a medicação por 60 dias, e eles vão perder e ficar sem o medicamento. Então: – O que a gente faz? Dava mais trabalho, a fila ficava sem controle. Eles pegam e não têm cuidado. Fica molhado até ficar sem condição de uso. Restringindo um pouco com a entrega semanal. **G3P11**

Os próprios responsáveis pelo (...) comunicam que eles vendem mesmo. E o comércio é livre ali na esquina dos Aflitos — assim que eles falam. A gente se reinventa todos os dias. Então, aquele paciente que vem sempre com esse histórico, de dizer que foi roubado, a gente já enquadra, coloca ele como paciente que vai fazer retirada semanal. Ele endoida. No primeiro dia, ele falta nos matar. Mas nos mantemos firmes. E eles entram e dizem que perderam a receita. Eu já tiro cópia da receita. Eu tenho cópia da receita de todos os meus pacientes. Na rua, um clonazepam custa R\$ 2,00. **G1P11**

Tem uma paciente que eu fiz a caderneta de pré-natal para ela três vezes, porque ela mora na rua. Ela falou que guardava dentro de um bueiro — olha a situação. Vinha a chuva, qualquer coisa molhava. Daí, ela trouxe o cartão todo encharcado, aí eu fiz tudo de novo. Então, tem essa pessoa que realmente está coitada, não tem onde guardar, não tem o que fazer com a receita, não tem o que fazer com nada. E, conversando com outra paciente, ela contou que compra antibiótico de morador de rua. Então, a gente prescreve aqui para um morador de rua que precisa, ele chega lá fora e vende para pessoas de classe média. Uma pessoa que tem uma condição ok. É muito complicado. Ela falou: – Eu compro dos moradores de rua que ficam aqui perto. Eles guardam os remédios que não usam, não têm que pegar receita. Exatamente. Aí você fica naquela situação assim: você vai dar remédio, renovando receita para essa pessoa que vai vender remédio? Sabe, então é muito difícil. Eu acho que a gente tem que ter um controle maior disso mesmo. A gente fica refazendo receita, refaz receita, e você não sabe nem o que está acontecendo. **G3P7**

5.1.7 A violência no cotidiano do trabalhador

O trabalho na unidade é marcado pela insegurança por diferentes motivos. Um deles está associado ao espaço físico do Centro de Saúde, que possui vários acessos, o que gera insegurança na equipe, pois o usuário pode entrar e sair da unidade sem ser notado, colocando em risco os que ali estão. As ameaças de agressão e morte por parte de usuários em relação aos trabalhadores, ou casos mais graves, como estupros e homicídios, os quais alguns usuários em situação de rua praticam ou praticaram, são relatados por eles aos trabalhadores como forma de intimidação. Os furtos de equipamentos e bens pessoais dos trabalhadores da unidade fazem parte do dia a dia e colocam os profissionais em risco e em constante estado de alerta.

Uma dificuldade é que, na nossa unidade, tem muita entrada, tem muita porta, então é muito aberto. Aí tem a porta do escudo, a porta da vacina, lá de cima, e eles têm um acesso livre aqui. Eles andam pela unidade básica toda, e nós ficamos sem segurança. Aconteceu um assalto aqui na semana passada. Eles não entram para consultar. Muitas vezes, eles saem, não têm o que fazer, não têm nada, aí chegam aqui e vão ao banheiro. Outra coisa que é um desafio aqui para a gente: esse banheiro nosso ficou sendo um banheiro público. Eles sujaram tudo. Quase todos aqui já foram roubados. Dois celulares foram roubados aqui. Quase todos os médicos já tiveram pertences roubados. Já tive pertences e equipamento furtados. Eles roubam. Se você distrai, eles podem pegar suas coisas. É extremamente difícil. **G3P11**

A assistente social foi enforcada na sala, bateu na cara da (...) ali dentro da sala, porque ela não quis atender. Ele furtou três computadores. Ele quebrou isso aqui todo. Mas o guarda o atingiu. Ele bateu no assistente social, quebrou o portão todo. Não vamos fazer boletim, não vamos chamar nem a guarda. Vamos atender ele e dispensar. Ele queria marcar um domínio. Esse morador de rua vai contar para os outros, e outro vem e faz a mesma coisa. Porque sabe que funciona. E ninguém faz nada. E trata como se fosse normal. Se eu confrontar lá na rua, ele me dá uma facada. **G2P14**

A (...) ficou com um paciente uma vez aqui. Ele ficou aguardando ser transferido até umas sete e pouco da noite. Ele falou que tinha estupro, que ele tinha matado. E tentou passar a mão na (...), tentou passar a mão em outra pessoa. E estava lá. E não tinha um guarda aqui, não tinha nenhum homem aqui com a gente. **G2P6**

Eles (PSR) passam e simplesmente pegam e levam. Saem andando. Ninguém faz nada. Nem se chama mais viatura. Nem registram mais casos de roubo. Eles entendem que estão no direito de roubar, de cometer furto ali. E os comerciantes? Se levarem eles, vão ficar mais tempo lá fazendo boletim. E ele vai ser solto. Essa é a realidade. Porque ele está em fragilidade social. Furtam-se equipamentos aqui: teve termômetro digital, aparelho de pressão, micro-ondas, televisor, computadores, ventilador... Aqui virou terra sem lei.

Chama a polícia, identifica-se na câmera, localiza-se a pessoa, mas não pode fazer nada. Porque não pode provar que foi ele. Está lá na câmera a pessoa que furtou. E, normalmente, era morador de rua. Mas não adianta. **G2P2**

Nós já fomos coagidos pelo usuário a entrar na Odontologia. Ele entrou pela porta da vacina às 5h30 da tarde. No dia em que o (...) saiu de férias — não sei como ele descobriu — o usuário entrou, e estava drogado. O paciente estava deitado na cadeira, a (...) atendendo, e, se ele quisesse ter cometido um crime, ele teria cometido uma chacina. Foi uma coisa pavorosa. Depois, ele subiu e acendeu o cigarro de maconha na frente da (...). Foi complicado com esse paciente no final do expediente. **G3P10**

Em 2019, nós fomos atender um caso de uma cadela com um filhote, lá na Praça da Estação. Entramos com o pessoal de atendimento. Você tem de saber lidar com esse pessoal. A questão era levar a cadela para castrar, e os filhotes também. Teve uma confusão lá. Tanto que eu e a (...), nós tivemos de nos afastar, porque chegaram a ameaçar a equipe de morte. Então, nós que transitamos no território, nessa área, para eles é muito fácil. O tempo todo eles nos veem, mas nós não os vemos. Então, para eles fazerem qualquer coisa, é fácil. Nós estamos muito amedrontados com o pessoal. Porque essa é a questão: nós tentamos atender, e, às vezes, nós sofremos essas ameaças justamente por causa do atendimento que é feito e realizado para eles. Porque eles não queriam que levassem a cachorra. Queriam que deixassem ela lá. Mas tinha de levar, porque ela estava agredindo as pessoas também. **G2P2**

Nós tivemos um atendimento aqui de um morador lá de São Paulo. Ele veio de São Paulo para cá com dois homicídios nas costas. E fez questão de frisar que já tinha matado dois que vieram para cá e fugiram. E aí foi confirmado que, pelo prontuário dele, ele realmente tinha dois homicídios. E ele foi atendido, porque tem direito ao atendimento. Então, assim, a gente não sabe se ele falou isso para intimidar, para ser atendido ou não. Mas o fato é que, por exemplo, nós temos vários Centros de Saúde, principalmente dentro das vilas. Em alguns, eles têm prioridade, eles têm incentivo financeiro maior por trabalhar dentro da vila. E por que nós não temos, sendo que nós também estamos lidando com as pessoas que vêm da vila para cá? Pelo ponto de fixação em que estamos? A periculosidade aqui costuma ser até maior. **G2P5**

6 DISCUSSÃO

Através dos resultados apresentados nessa pesquisa, é possível identificar uma demanda crescente da população em situação de rua, os desafios no atendimento a esses indivíduos, as potencialidades na promoção da saúde e do cuidado ofertado, assim como as vulnerabilidades na assistência prestada e a violência na saúde do trabalhador.

O estudo demonstrou que os trabalhadores conhecem a história do Centro de Saúde Carlos Chagas, criado por meio de uma luta histórica dos catadores de papel e lavadores de carros para que pudessem ter seu direito de acesso à saúde garantido, conforme relatos dos profissionais que participaram desse movimento e descrevem a história da unidade.

O Ministério da Saúde (2012) corrobora esses dados ao ressaltar que, em 1994, os catadores de papel e os flanelinhas, por meio do orçamento participativo (OP), se organizaram e conseguiram aprovar a criação de uma Unidade Básica de Saúde para o centro da cidade de Belo Horizonte. Esse orçamento garantiu as reformas da estrutura do local para a criação do Centro de Saúde.

O Centro de Saúde Carlos Chagas foi criado em 1996, a partir da substituição do ambulatório especializado em raiva (que funcionava havia 40 anos) e imunobiológicos especiais. Além da população adscrita, passou a atender também a população em situação de rua (PSR) da cidade. Em 2002, por meio do Programa Saúde da Família, instituiu-se a primeira Equipe de Saúde da Família (ESF) para a população em situação de rua do Brasil.

Sendo a primeira unidade de saúde criada para atender a PSR da capital, a unidade passou a receber toda a população de rua de várias localidades. Porém, com o aumento da PSR no município, outra unidade passou a atender esse público. Em 2021, houve a descentralização desse atendimento, passando ele a ser realizado em todas as unidades de saúde da cidade (Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

O acesso amplo e seguro aos serviços e políticas públicas de saúde é garantido pela Política Nacional para a População em Situação de Rua desde o ano de 2009. Entretanto, ainda se percebem dificuldades no acesso à saúde. O estudo produzido por Andrade *et al.* (2022) afirma que existem barreiras tanto no nível da atenção básica quanto da hospitalar no acesso à saúde da PSR, como a exigência

de documentos de identificação para a realização do atendimento e a ausência de vínculo na assistência prestada.

Atualmente, a falta de atendimento em outros locais faz com que a PSR compareça ao Centro de Saúde Carlos Chagas, pois sabe que lá será atendida. Identificam-se muitas situações de contra referenciamento à unidade, em que a PSR se desloca do seu ponto de fixação/bairro, sendo encaminhada ao Centro de Saúde.

A Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) define como atribuição da equipe de Saúde da Família o cuidado da sua população adscrita, seja no domicílio ou nos locais onde vivem, como a rua, instituições de longa permanência, além da realização de ações de promoção à saúde em espaços comunitários como escolas, associações, entre outros (Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

O Ministério da Saúde (2012) ressalta que é uma característica da PSR a circulação por diversos territórios, sendo extremamente importante a articulação da rede e dos serviços de saúde na promoção do vínculo e do cuidado. Da mesma forma, a procura pelos serviços de saúde pela PSR demonstra a construção de vínculos positivos e a oportunidade de cuidado. A saúde da PSR é mais comprometida quando não são considerados os princípios da universalidade, equidade e integralidade no acesso às ações e serviços de saúde (Hino; Santos; Rosa, 2017). Sob o mesmo ponto de vista, Paiva *et al.* (2016) afirmam que “é necessário aproximar as políticas públicas das necessidades da PSR, bem como considerar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, preconizados pelo SUS na sua definição”.

Em relação à percepção dos profissionais a respeito da PSR, percebe-se que os participantes conhecem o termo correto e não utilizam palavras discriminatórias. Sabe-se que os termos “mendigo” ou “morador de rua” não devem ser utilizados, pois remetem a um processo de criminalização da pobreza. Desde 2009, o termo foi revogado da Lei das Contravenções Penais, não sendo mais uma infração penal o ato de “mendigar”. O termo correto é “Pessoas em Situação de Rua”, pois estão em um processo ou situação que pode ser superado (Associação Nacional dos Defensores Públicos, 2025).

Mesmo assim, alguns participantes percebem que a PSR permanece nessa condição, “sendo essa uma situação eterna” (G2P2 e G2P5). A dificuldade de retorno da PSR ao convívio familiar é retratada pelo participante G2P11. São várias as situações de vulnerabilidade que levam as pessoas a estarem em situação de

rua. Existem diversos fatores individuais, econômicos e sociais associados, entre eles: desemprego, violência, perda de familiares, ausência de vínculos familiares, alcoolismo, uso de substâncias psicoativas, sofrimento mental, entre outros. Porém, a permanência nas ruas tem como ponto central a dificuldade de acesso a alternativas habitacionais (Associação Nacional dos Defensores Públicos, 2025).

De forma semelhante, Hino, Santos e Rosa (2017) relatam que o aumento da PSR se deve a diversos fatores, como migração, situações de vulnerabilidade, desemprego, dependência química, conflitos familiares, entre outros.

Outro participante menciona a falta de autoestima e o fato de a PSR procurar o serviço de saúde apenas em casos de urgência (G1P7). Esse relato corrobora com o que o Ministério da Saúde (2012) afirma, ao dizer que a PSR não reconhece seu corpo como doente e procura as unidades de saúde apenas em situações emergenciais, quando percebe dificuldades em realizar suas atividades de vida diária. Ressalta ainda que, diante da necessidade dessa população, mesmo sem consulta previamente agendada, esse usuário deve ser orientado, acolhido e ter resolutividade para seu problema.

Em todos os grupos realizados, a percepção dos profissionais em relação à demanda em saúde da pessoa em situação de rua é de acolhimento humanizado e resolutivo. Lira *et al.* (2019) afirmam que a construção do vínculo com a PSR ocorre quando os estabelecimentos de saúde se organizam a partir das condições de vida, trabalho e demandas da PSR. De forma semelhante, o Ministério da Saúde (2012, p. 27–28) preconiza que:

Estabelecer vínculos é uma aprendizagem possível e uma dimensão humana que podemos desenvolver. Alguns pressupostos são necessários: o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites. A população em situação de rua desafia nossa capacidade de aceitação e convivência. Os que mais necessitam são os que estão em situação de maior risco, muitas vezes, são os que mais resistem, são também os que mais nos humanizam e preparam para as melhores ações. Vinculação também é escolha, é seleção. Escolhamos, pois, os que nos humanizam e disponibilizam, sem medo. Um bom profissional é em primeiro lugar uma pessoa, que humaniza a vida!

Em oposição a esse dado apresentado, o estudo realizado por Barata *et al.* (2015), na cidade de São Paulo, com pessoas em situação de rua, demonstrou que 33,3% dos entrevistados se sentiram discriminados em serviços de saúde. Da mesma forma, Costa *et al.* (2017), em seu estudo realizado na cidade de Parnaíba

(PI), identificou barreiras de acesso da PSR nas unidades básicas de saúde, especialmente relacionadas à recusa dos profissionais de saúde em atender esse público, além do medo ou dificuldade na abordagem, mesmo conhecendo os problemas de saúde da PSR.

Hallais e Barros (2015) ressaltam que o acolhimento às demandas da PSR é precário devido a características estigmatizantes, tais como mau cheiro, sujeira e uso de substâncias psicoativas. Esse processo de exclusão é reforçado por barreiras institucionais fixadas por horários rígidos, burocracia para agendamento de consultas, exigência e comprovação de documentos como identidade, comprovante de endereço e cartão do SUS.

Do mesmo modo, Costa (2017) chama a atenção para o fato de que, em geral, a PSR não possui os documentos exigidos pelos estabelecimentos de saúde, o que a exclui do sistema da rede de cuidados. É importante ressaltar que, em Belo Horizonte, a PSR deve ser atendida em qualquer ponto de atenção, independentemente de ter ou não documentação, conforme a Instrução Normativa 023/2019, que diz:

Todo atendimento ao usuário em situação de rua, seja por demanda espontânea ou programada, deverá ocorrer mesmo quando este não possuir documento de identificação, independentemente do seu local de fixação ou referência no território, e ser registrado em prontuário eletrônico, pois possibilita o compartilhamento de informações nas diversas unidades de saúde da rede, garantindo um atendimento mais seguro e a longitudinalidade do cuidado.

O comparecimento por demandas agudas é abordado por vários participantes dos grupos. Os dados encontrados neste estudo corroboram o estudo de Oliveira *et al.* (2018), que ressaltou a procura por serviços de saúde apenas em casos de emergência pela PSR, devido à falta de acesso à saúde, seja por ausência de programas e serviços de assistência à PSR ou por impedimentos decorrentes da exigência de documentação.

Nesse mesmo sentido, Engstrom e Teixeira (2016) afirmam que a PSR acessa os serviços de urgência em situações agudas de saúde e risco à saúde e à vida. Consoante a esses estudos, Lira *et al.* (2019) apontam que o acesso aos serviços de saúde pela PSR ocorre preferencialmente pela rede de urgência. Da mesma forma, Hallais e Barros (2015) afirmam que a dificuldade de cumprimento do

princípio da equidade pela Atenção Primária à Saúde faz com que esse público acesse prioritariamente os serviços de urgência e emergência.

Porém, o estudo de Gontijo *et al.* (2024), realizado em Belo Horizonte, demonstrou que a procura por assistência à saúde pela PSR, em fases de agudização de doenças, ocorre na própria Atenção Primária à Saúde.

Os Centros de Saúde deverão prestar o primeiro atendimento às urgências e emergências em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário e conforme o Instrumento de Referência em Urgência e Emergência para o Adulto e Criança (Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0313/2021 - Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

O Centro de Saúde Carlos Chagas funciona no horário de 07h às 19h e possui três equipes de Saúde da Família, denominadas Equipe Azul, Equipe Vermelha e Equipe Verde. As áreas de cobertura em seu território apresentam grande concentração da população em situação de rua, distribuídas por equipe da seguinte forma:

- Equipe Azul: região do hipercentro, Praça da Rodoviária, Praça da Estação, Abrigo LGBTQIA+, Ocupação Zezéu Ribeiro, Ocupação Carolina Maria de Jesus, região da Guaicurus, Avenida dos Andradas;
- Equipe Vermelha: Centro POP, Abrigo Tia Branca, Parque Municipal, Avenida dos Andradas;
- Equipe Verde: Abrigo Anita Gomes, Ocupação Maria do Arraial, região da Praça Sete.

Conhecer a equipe e saber o horário de funcionamento do serviço é importante para a vinculação do paciente no território. A continuidade do tratamento foi uma questão abordada em todos os grupos focais. Percebe-se que essa é uma característica da PSR: procurar atendimento apenas quando a doença ou o adoecimento limita suas atividades de vida diária (Ministério da Saúde, 2012) e em casos de urgência (Oliveira *et al.*, 2018; Engstrom; Teixeira, 2016; Lira *et al.*, 2019; Hallais; Barros, 2015; Gontijo *et al.*, 2024). O participante G1P12 retrata isso ao dizer: “Eles adoecem agora, aí tá incomodando agora. Ele quer resolver aquilo agora.”

O modo de viver e as condições em que vive a PSR determinam seu processo de saúde e doença, o qual apresenta diversas vulnerabilidades que a tornam mais suscetível ao adoecimento (Hino; Santos; Rosa, 2017). O Ministério da

Saúde (2012) afirma que os problemas de saúde da PSR são complexos, e a resposta a eles requer a articulação de vários setores (gestores, profissionais de saúde e demais áreas). Entre as situações mais comuns estão: uso de substâncias psicoativas; dificuldade na prevenção e no tratamento de doenças transmissíveis (ISTs, tuberculose, dengue, dermatoses); sofrimento mental, entre outros fatores.

A preocupação com a continuidade do tratamento é ressaltada neste estudo por meio da fala dos profissionais. Não se trata apenas do atendimento em casos de urgência, mas também da promoção e da prevenção em saúde. De acordo com as especificidades e vulnerabilidades, todo o envolvimento da equipe é feito na tentativa de oferecer resolutividade ao caso, envolvendo todos os setores da unidade de saúde nesse atendimento, com a possibilidade de ofertar todos os recursos da unidade, como vacinação, atendimento odontológico, curativos, assistência social, entre outros.

O Centro de Saúde também realiza atividades e palestras nos abrigos, testagem de infecções sexualmente transmissíveis, ações de coleta de teste rápido para tuberculose, ações de promoção à saúde e atividades de vacinação. Como exemplo, cita-se uma atividade de promoção à saúde realizada no ano de 2024 e o “Varal Solidário”, com distribuição de roupas gratuitas e lanche para a PSR.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012, p. 20), é um dos fundamentos e diretrizes da atenção primária oferecer:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Entre as doenças mais citadas neste trabalho estão a tuberculose, a sífilis, o HIV, a dependência química e o sofrimento mental — situações que mais acometem

a PSR, segundo o Ministério da Saúde (2012). A tuberculose é a doença infecciosa que mais mata no mundo (World Health Organization, 2015). O Brasil é um dos vinte e dois países com maior concentração de casos no mundo (Hino et al, 2021). O Ministério da Saúde (2011) afirma ser este um grande agravo de saúde pública, de elevada magnitude e vulnerabilidade, apesar dos recursos tecnológicos disponíveis para realizar seu controle.

O Ministério da Saúde (2024) preconiza que:

Para o diagnóstico da tuberculose entre as populações mais vulneráveis (indígenas, privados de liberdade, pessoas vivendo com HIV, pessoas em situação de rua, imigrantes e profissionais de saúde), é recomendado que toda pessoa que apresente tosse independentemente do tempo de duração e/ou radiografia de tórax sugestiva para tuberculose seja avaliada pela equipe de saúde e realize coleta de escarro para baciloscopia ou TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade.

A tuberculose é uma das doenças que acomete a PSR, que tem 54 vezes mais chance de contrair a doença. Seu tratamento é prolongado e de difícil manejo para a PSR, e muitas vezes leva ao abandono do tratamento. À medida que o tratamento é iniciado, a transmissão da tuberculose diminui gradualmente. Em geral, após 15 dias, o risco de contágio já se encontra consideravelmente reduzido. Durante esse período, é recomendada a utilização de máscara para minimizar a possibilidade de transmissão da tuberculose.

Entretanto, infelizmente, os abrigos não têm capacidade para acolher esses pacientes nesse intervalo, devido ao risco de contágio, uma vez que são ambientes fechados, com espaço limitado e de grande circulação de pessoas em situação de rua. A PBH não dispõe de locais específicos para a permanência desses usuários durante esse período inicial. No entanto, essa questão vem sendo amplamente debatida e discutida em reuniões e comitês especializados em tuberculose, na busca por soluções adequadas.

Esse estudo corrobora o de Queiroga, Sá e Gazzinelli (2018), que analisou as ações para o controle da tuberculose desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica de Campina Grande. Com o objetivo de analisar as ações desenvolvidas para a PSR, o estudo identificou a existência de ações específicas para esse grupo, porém essas ações aconteciam da mesma forma que para os outros públicos, sem levar em consideração as vulnerabilidades dessa população.

Nesse contexto, Hino *et al.* (2021, p. 6) ressaltam que, para a adesão ao

tratamento da PSR nos serviços de saúde, é necessário:

Para proporcionar a adesão ao tratamento, recomenda-se, além da criação de vínculo entre o profissional de saúde e a pessoa que vivencia a situação de rua, que sejam desenvolvidas ações como: Projeto Terapêutico Singular, parceria com a Rede de Apoio Psicossocial e oferecimento de incentivos para garantir o sucesso do tratamento (restaurante comunitário, transporte gratuito, centros de acolhida, entre outros).

A dependência química e o uso abusivo de álcool contribuem não somente para que as PSR estejam nessa situação, mas também para que permaneçam nesse estado de vulnerabilidade (Donoso *et al.*, 2013). Para Rosa, Secco e Brêtas (2006), para trabalhar com a PSR, o tema drogadição e alcoolismo precisa ser constantemente abordado, pois está presente na vida dessa população (principalmente entre os mais jovens), acarretando potenciais de vida perdidos. Esses fatores favorecem a entrada, a permanência e a saída das ruas, sendo necessária a criação de serviços especializados que levem em conta as vulnerabilidades da PSR.

Para Winkelmann *et al.* (2018), a reabilitação da dependência química e do alcoolismo é difícil, pois existem empecilhos nessa trajetória. Após uma internação, a PSR retorna ao seu ambiente, revê antigas amizades e volta à utilização. Ressalta-se a necessidade de vínculo entre os serviços de saúde e o usuário, para aumentar a aceitação do tratamento ofertado.

De forma semelhante, Gabatz *et al.* (2013) afirmam que são necessários força de vontade e acesso ao tratamento para os usuários de substâncias psicoativas. Gontijo *et al.* (2024) ressalta que a redução de danos, quando elaborada de acordo com o perfil do usuário, é uma estratégia de tratamento mais próxima da realidade de vida da PSR.

Redução de danos é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas. Vale ressaltar que, nesse sentido, a redução de danos é uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde (Ministério da Saúde, 2012, p. 44).

A Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH) tem como

objetivo cuidar das pessoas que sofrem de transtornos mentais e promover a saúde mental da população. Possui uma política de humanização do cuidado, promove o tratamento em liberdade, a inserção social e a conquista da cidadania, com ações de promoção e prevenção da saúde por meio de uma equipe multiprofissional. São atendidas crianças, adolescentes e adultos em sofrimento mental e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. É realizado o Projeto Terapêutico Individual, e os locais de atendimento são definidos de acordo com a necessidade do usuário.

É importante conhecer a Rede de Atenção Psicossocial do Município, pois, neste estudo, foram demonstrados exemplos de atendimento e urgência em saúde mental, além do contrarreferenciamento da rede. O transtorno mental é um dos motivos que levam a PSR a estar em situação de rua, e o fato de estar nessa condição faz com que seu estado de saúde se agrave, tornando-a ainda mais vulnerável (Santana *et al.*, 2014; Patrício *et al.*, 2019; Ministério da Saúde, 2012).

Em Belo Horizonte, temos os Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas – CERSAM AD, que contam com equipes compostas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros. Essa equipe multidisciplinar elabora o Projeto Terapêutico de acordo com a necessidade de cada usuário que busca atendimento, incluindo a PSR. Atualmente, existem cinco CERSAM AD em toda a capital, que abrangem as nove regionais, sendo eles: CERSAM AD Centro-Sul / CMT (referência das regionais Centro-Sul e Leste), CERSAM AD Barreiro (referência das regionais Barreiro e Oeste), CERSAM AD Nordeste (referência das regionais Nordeste e Norte), CERSAM AD Pampulha (referência das regionais Pampulha e Venda Nova) e CERSAM AD Pampulha-Noroeste (referência das regionais Pampulha e Noroeste) (Prefeitura de Belo Horizonte, 2025).

Para Santana *et al.* (2014), o transtorno mental favorece que o usuário viva em situação de rua, da mesma forma que estar nessa condição favorece o aparecimento do sofrimento mental, além de outros agravos à saúde. Isso dificulta o acesso aos serviços de saúde, e, nos atendimentos, deve-se avaliar a saúde mental juntamente com outras condições clínicas. Patrício *et al.* (2019) ressaltam que estar na rua e ter um transtorno mental agrava o estado de saúde do usuário e o torna mais vulnerável, devido ao convívio constante com a violência, abuso sexual e uso de drogas. É uma recomendação do Ministério da Saúde (2012) que se realize avaliação psicossocial na primeira consulta, que se trabalhe em rede para a

condução do caso e, em situações de transtorno mental grave, que a equipe desenvolva ações que possibilitem ao usuário o maior grau de autonomia possível.

Em todos os grupos focais, foram discutidos os desafios enfrentados pela equipe na assistência à PSR. Entre esses desafios, destacam-se: o não comparecimento às consultas agendadas; a demanda aguda em casos de urgência; o imediatismo da PSR; a busca ativa para continuidade do tratamento; a ausência de cuidado longitudinal; a dificuldade em lidar com a PSR; e a rotatividade dos profissionais. O Ministério da Saúde (2012) afirma que manter uma rotina de tratamento e acompanhamento é um desafio para a PSR, devido à sua luta diária pela sobrevivência, à dinâmica da rua e ao hábito de planejar um dia por vez. Manter uma consulta agendada faz com que o usuário muitas vezes perca o retorno na unidade. Ressalta-se também que a PSR enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como horários extremamente rígidos das equipes, longas horas de espera, o que pode ocasionar a perda dos horários de refeições e do abrigo, além da complexidade dos processos de identificação nos serviços e da falta de empatia ou sensibilidade de alguns profissionais de saúde em resolver as demandas apresentadas pelo usuário.

Estabelecem-se, assim, algumas barreiras no cuidado, tais como:

1. Hospitais exigem acompanhante para a pessoa em situação de rua ser atendida;
2. As UBS tradicionais não costumam adscrever moradores de rua;
3. O SAMU, por considerar um problema social, muitas vezes tem dificuldade em atender pacientes que julgam ser em situação de rua;
4. Horários de consultas às vezes são incompatíveis com horários de sobrevivência na rua;
5. Profissionais de saúde alheios à realidade da PSR prescrevem medicamentos inexistentes na rede e caros;
6. Falta de vagas suficientes de psiquiatria em hospitais gerais para a população;
7. Dificuldades na dispensação de medicamentos para quem não pode absolutamente comprá-los;
8. Serviços que deem suporte a usuários de álcool e droga em quantidade suficiente;
9. Falta habilidade para os profissionais trabalharem com a população em situação de rua;
10. Dificuldade no acesso a vagas em leitos de urgência;
11. Locais adequados para restabelecimento após alta hospitalar em quantidade suficiente;
12. Dificuldade dos usuários com a marcação de consultas especializadas, não tendo acesso à guia de referência quando marcadas as consultas;
13. Demora na marcação de consultas em algumas especialidades (Ministério da Saúde, 2012, p. 41)

De forma semelhante, Oliveira *et al.* (2018) evidenciaram, em seu estudo, barreiras no acesso à saúde devido à ausência de programas e serviços destinados à PSR, em alguns casos, pela falta de documentação. Através dos relatos dos usuários, foi possível identificar o desejo pelo acompanhamento de saúde na realidade das ruas, com o cuidado prestado pelas instituições de saúde.

Para Antunes, Rosa e Brêtas (2016), existem profissionais de saúde e serviços que não atendem à demanda da PSR. O preconceito e a falta de capacitação para o trabalho com esse público, muitas vezes, implicam na negação de seu direito humano e de dignidade à vida, sendo a ele imputadas ações higienistas e de apartação social. Os autores ressaltam que:

A vida em situação de rua não está desconectada da convivência social no espaço urbano. É nesse contexto de conflitos e contradições sociais que se potencializam os estigmas e preconceitos vinculados àqueles que têm a rua como morada. Os julgamentos decorrem de uma visão simplista sobre a complexidade das relações sociais estabelecidas na rua, muitas vezes ancoradas no estranhamento da estética e aparência física de uma parcela de pessoas que não consegue ou não quer se auto cuidar, e da associação dessa condição de vida à violência urbana (Antunes; Rosa; Brêtas, 2016, p. 2).

Para Hino, Santos e Rosa (2017), a inserção da PSR no SUS é prejudicada por motivos que impedem ou retardam a procura pelo acesso à saúde. Entre eles, destacam-se o preconceito e a discriminação devido às condições de higiene (odor fétido, falta de banho, roupas inadequadas), a falta de documentação e a longa espera por atendimento. Diante desse contexto, Granja e Lima (2020) ressaltam que a PSR é heterogênea e, por isso, deve ser avaliada com base em sua especificidade na elaboração de políticas públicas e no cuidado individualizado, contemplando suas particularidades. A inexistência de ficha cadastral específica para a PSR e a ausência de informações no SUS contribuem para políticas homogeneizantes, que não asseguram a integralidade do cuidado. É notória a inviabilidade de acolher as demandas e vulnerabilidades dessa população, que diverge da população domiciliada.

Em seu estudo, Antunes, Rosa e Brêtas (2016) ressaltam que é necessária competência técnica e sensibilidade dos profissionais que atuam com a PSR, sendo essencial avaliar os processos de adoecimento, cuidado e os modos de vida na rua. Granja e Lima (2020, p. 81) acrescentam que “um novo olhar sobre como deve se estabelecer a relação profissional-usuário pode definir a forma como ofertar o

cuidado em saúde”. No estudo de Oliveira *et al.* (2018), alguns usuários definiam seu próprio tratamento de acordo com sua condição de saúde. Paralelamente a esse estudo, Gontijo *et al.* (2024) afirmam que é necessária a articulação entre saúde, usuário e serviço social para propor um planejamento terapêutico adequado, com condições de autonomia, reabilitação e integralidade do cuidado.

Os dados encontrados neste estudo corroboram os de Granja e Lima (2020), realizado no Rio de Janeiro, no qual foi possível identificar que o deslocamento da PSR e a ausência de domicílio fixo trazem dificuldades para a equipe na continuidade do cuidado. Ressalta-se que, devido ao perfil itinerante dessa população, o planejamento das ações é dificultado, assim como o contato entre a PSR — que transita por vários espaços urbanos — e a equipe, o que compromete o estabelecimento de confiança e vínculo, impondo desafios à construção do cuidado em saúde.

Devido à vulnerabilidade do Centro de Saúde, um grupo focal apontou a presença de grande número de contratos temporários na unidade. A alta rotatividade dos funcionários também foi mencionada, principalmente nos três meses anteriores à coleta de dados, quando ocorreram diversas trocas de profissionais. Essa rotatividade, sobretudo em uma equipe de PSF, pode ser explicada pelo fato de essa ser uma das mais vulneráveis, concentrando grande parte da população em situação de rua.

Os profissionais mencionaram a importância de mudar o nível de classificação da unidade. A PBH classifica cada unidade de saúde nas categorias A, B, C e D, sendo A o menor risco e D o maior. O Centro de Saúde Carlos Chagas é classificado como A. Vários relatórios já foram enviados à Secretaria Municipal de Saúde solicitando a revisão desse nível de classificação. Atualmente, a Comissão Local de Saúde está solicitando essa mudança, que também impacta no número de profissionais efetivos na unidade, uma vez que muitos preferem atuar em unidades que recebem maior aporte de recursos financeiros.

O Centro de Saúde Carlos Chagas é uma unidade que atende alta demanda da população em situação de rua, profissionais do sexo e população LGBTQIA+ (tendo um abrigo de referência em seu território), sendo também referência em saúde mental para outras unidades e demais públicos atendidos. De acordo com a Gerência de Gestão de Pessoas (GESPE), o perfil do profissional da unidade precisa incluir a capacidade de atender e acolher todos esses públicos, que

representam uma demanda elevada no serviço. O profissional precisa acolher as demandas da PSR, sendo essa uma unidade com grande concentração desse público. São vários os sentimentos dos profissionais envolvidos nessa assistência.

Como promoção à saúde do trabalhador, foram ofertadas as seguintes ações na unidade:

- Pintura de toda a unidade para melhoria do espaço físico;
- Melhoria da ambientação do espaço coletivo – com redes de descanso e jardim vertical;
- Retomada dos espaços coletivos de discussão do servidor – colegiado gestor e reunião mensal por categoria de trabalho;
- Grupo de alimentação saudável dos servidores, com orientação da nutricionista;
- Proteção de agenda para participação em grupos operativos (atividade física, tabagismo, meditação);
- Retomada da comemoração dos aniversariantes do mês;
- Projeto de compartilhamento de conhecimento com biblioteca coletiva.

Nos grupos focais, foram discutidos o atendimento em rede da pessoa em situação de rua e a necessidade de capacitação da equipe. Por meio da Política Nacional de Atenção Básica (2011), foi criada a equipe multiprofissional dos Consultórios na Rua (CnaR), equipes itinerantes que fazem abordagem à PSR, desenvolvendo ações juntamente com o centro de saúde e utilizando suas instalações, quando necessário (Ministério da Saúde, 2012). Hallais e Barros (2015) acrescentam que o CnaR amplia o acesso e a atenção integral a pessoas vulneráveis, oferecendo saúde e garantia de direitos à PSR. Nesse contexto, afirmam que o CnaR atua em parceria com os CAPS, com a proposta de ampliação do cuidado ofertado à PSR.

O estudo corrobora o de Kami *et al.* (2016, p. 446), realizado em Curitiba, que ressalta que: “Reforça-se o trabalho das eCR, pois elas são instrumentos capazes de levar atenção à saúde e políticas públicas afins, por meio de intervenções que permitem ajustes no ambiente onde a PSR se insere.” A atuação do CnaR, juntamente com a unidade, se faz presente em várias ações, conforme foi apresentado.

Em oposição a esses dados, temos o estudo de Granja e Lima (2020), que relata que muitos profissionais de saúde acreditam que a assistência total à PSR já

é realizada pelo Consultório, não sendo necessário o acesso da PSR às unidades de saúde, o que atrapalharia essas unidades. Essa é uma atitude excludente, que limita o acesso da PSR à saúde, embora essa garantia de saúde e acesso esteja prevista pelo SUS.

A articulação da rede — seja ela consultório de rua, serviço social, abrigo ou distrito — é importante para a melhoria da saúde do usuário, nas buscas ativas e na elaboração do Projeto Terapêutico. Gontijo *et al.* (2024) afirmam que a articulação em rede com as organizações de saúde, socioassistenciais e técnico-administrativas é extremamente importante em populações vulneráveis, como a PSR, corroborando com o que preconiza o Ministério da Saúde (2012, p. 41), ao dizer que:

A produção de uma rede de cuidado traz consigo a proposta da humanização de ações e serviços de saúde e, como consequência, a responsabilização de todos os trabalhadores e gestores em construir, com os usuários, transformações concretas na prática cotidiana das unidades de saúde. Dessa forma, a rede de cuidado implica a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis, no âmbito do SUS, garantindo a integralidade e coordenação do cuidado como diretrizes importantes para a atual Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde."

O desejo de ser capacitado para atuar com PSR foi unânime entre os profissionais. Dos entrevistados, apenas 17,0% relataram ter participado de capacitação com o tema PSR. O estudo corrobora o de Costa *et al.* (2017), no qual os profissionais de saúde relataram desafios ao atuar com PSR, entre eles o medo e a falta de qualificação profissional. O mesmo autor (2021), em novo estudo na cidade de Piauí, identificou que profissionais de saúde não eram capacitados para atuar com PSR e que sua própria formação acadêmica não privilegia essa atuação.

A Educação Permanente em Saúde na abordagem da saúde da PSR constitui o Eixo 3 do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, e tem como ações a serem definidas a capacitação e sensibilização dos profissionais sobre o tema, a inserção de cursos a distância para profissionais de saúde, a elaboração de pesquisas com foco na PSR e materiais para PSR sobre as redes de atenção à saúde e o SUS (Ministério da Saúde, 2014).

Ressalta-se, neste trabalho, que na cidade de Belo Horizonte — apesar de ser a terceira maior capital em número de PSR — ainda não houve capacitação específica sobre o tema, embora ocorram reuniões de matriciamento, discussões em

rede (centro de saúde, distrito, CnaR, serviço social, hospitais, entre outros) e o Projeto Saúde em Rede-BH, que realiza a Gestão do Cuidado no Território com o objetivo de melhorar a integração e qualificar o processo de trabalho da Atenção Primária (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) (Saúde em Rede BH, 2023).

O uso abusivo de drogas e o comércio de medicamentos pelas pessoas em situação de rua foram citados em todos os grupos focais. Estudo semelhante, de Gontijo *et al.* (2024), afirma que o uso de medicamentos e crack são fatores que motivam o acesso ao centro de saúde pela PSR. Ressalta também que esses serviços devem oferecer o acompanhamento de doenças crônicas e a disponibilização de medicamentos.

Muitas PSR têm doenças crônicas e fazem uso de medicação controlada, ou até mesmo estão em fases agudas da doença. A falta de um local para guardar a medicação, o fato de estar na rua, além dos furtos praticados entre as próprias pessoas em situação de rua, faz com que esses usuários percam a medicação e retornem ao centro de saúde, conforme relatos dos participantes.

Em todas as farmácias da PBH, o usuário pode retirar medicação para 60 dias (medicamentos de uso crônico). Na unidade, para a PSR, os medicamentos são fornecidos para 30 dias ou semanalmente, quando o médico prescreve na receita, a fim de evitar a perda da medicação ou porque a PSR não tem onde acondicioná-la.

Apesar de haver relatos de pacientes que vendem a medicação, não é algo que os profissionais conseguem comprovar. As medidas adotadas nesses casos incluem o registro em prontuário de que o paciente está perdendo a medicação, a prescrição de retirada semanal e, em algumas equipes, a manutenção de uma cópia da receita do paciente. Devido às condições financeiras da PSR, quando não há medicação disponível no SUS, ou quando se prescreve medicamento que não consta na APS, isso impossibilita o acesso a essas medicações.

A violência no cotidiano do trabalhador foi abordada em todos os grupos focais. Na semana de realização dos grupos, houve um furto praticado por uma PSR na unidade, o que provocou várias reflexões e discussões sobre o tema. Toda violência, assédio ou agressão deve ser notificada por meio da Ficha de Registro de Episódios de Violência. Essa ficha monitora a quantidade de registros de violências ocorridas. Em alguns momentos, não houve acionamento da polícia, tampouco a Guarda Municipal estava presente.

Todas as violências — sejam elas assédio sexual, violência de gênero, física, patrimonial, psicológica ou verbal — devem ser registradas na Ficha de Registro de Episódios de Violência, preenchida por meio de formulário no aplicativo Google Forms. Nele, são registradas as ocorrências e coletadas informações sobre os episódios de violência nas unidades de saúde, possibilitando uma análise quantitativa e qualitativa dos dados para embasar ações de prevenção e combate à violência (Prefeitura de Belo Horizonte, 2024).

A presença da Guarda Municipal nos Centros de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento foi instituída a partir do ano de 2023, com o objetivo de evitar agressões, ameaças e danos aos equipamentos. As unidades também contam com equipamentos de segurança eletrônica, como câmeras, alarmes e botões do pânico, acionados conforme cada ocorrência (Prefeitura de Belo Horizonte, 2023).

Além do agente da Guarda Municipal, que trabalha em escala de 12x36 horas, em rodízio, a guarda pode ser acionada em casos de necessidade para dar suporte ao agente presente. Em alguns dos eventos ocorridos na unidade, além da Guarda Municipal, também foram acionados outros profissionais. Contudo, mesmo com esses recursos, a grande movimentação de pessoas e o fácil acesso às dependências da unidade — por haver várias entradas — facilitam, em muitos casos, os furtos dentro do local.

Como limitação desta pesquisa, destaca-se a realização do estudo em apenas uma Unidade de Saúde, localizada na Regional Centro-Sul do município. No entanto, essa limitação não restringe a relevância da pesquisa, pois a unidade escolhida se sobressai por sua ampla área de abrangência e território, onde há grande concentração e circulação da População em Situação de Rua. Ressalta-se que os objetivos do estudo foram alcançados, ao descrever como ocorre a assistência e o cuidado ofertado à PSR, bem como os desafios e vulnerabilidades envolvidas na atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revela os desafios e dificuldades de uma Unidade Básica de Saúde no atendimento à PSR, sendo ela pioneira na assistência prestada a essa população. O aumento da população em situação de rua na cidade de Belo Horizonte, além dos estudos e pesquisas realizadas por órgãos oficiais, é percebido através das visitas no território, do aumento da demanda na unidade e do atendimento das equipes, situação essa vivenciada no Brasil e no mundo, conforme a revisão da literatura realizada.

Na assistência prestada, no que se refere às suas fortalezas, podemos citar a criação de vínculo, a resolutividade e a humanização da assistência. Em contrapartida, em relação aos dificultadores desse cuidado, percebeu-se a falta de cuidado longitudinal, a não adesão do usuário ao tratamento, as buscas ativas sem sucesso, principalmente do usuário com doenças crônicas, mesmo sendo acessada toda a rede de cuidados, e a violência ao trabalhador.

A necessidade de educação permanente sobre a saúde da PSR se faz necessária, sendo essa uma determinação do Ministério da Saúde, mas que, na prática, no cenário da pesquisa, não se efetiva, sendo unânime o desejo dos profissionais de saúde em terem educação continuada sobre a População em situação de rua, para a melhoria das práticas de saúde vigente.

Enfatiza-se a importância do cuidado prestado à População em Situação de Rua, visto que essa população é extremamente vulnerável. Os profissionais de saúde que prestam assistência à PSR promovem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos. Espera-se que, através desta pesquisa, seja possível refletir sobre a prática da assistência e a melhoria do cuidado ofertado à população em situação de rua, sendo este um dos grandes desafios para a saúde pública.

É fundamental investir nas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) para que possam atuar de forma efetiva na assistência PSR. A carência de dados, de conhecimento técnico, de ações sistemáticas de monitoramento e de vigilância compromete a identificação de fragilidades e dos pontos ou atividades com melhores resultados. Essa lacuna repercute diretamente no planejamento das ações de capacitação e educação permanente das equipes, dificultando a implementação de melhorias contínuas nos serviços de saúde.

8 REFERÊNCIAS

ABREU, D. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 12, n. 39, p. 1-2, mar. 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1435>. Acesso em: 23 abr. 2023.

ALVES, M. E. R.; OSTERNE, M. do S. F. Vidas privadas em espaço público: as várias faces da violência contra a mulher moradora de rua em Fortaleza e os desafios das políticas públicas na cena contemporânea. **Conhecer: Debate entre o Público e o Privado**, v. 3, n. 9, p. 174–196, 2013. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/1141>. Acesso em: 30 set. 2024.

ANDRADE, R. de *et al.* O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227–239, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>. Acesso em: 25 fev. 2025.

ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33141>. Acesso em: 8 mar. 2025.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS (ANDEP). **Um novo presente é possível**: Defensoria Pública pela superação da situação de rua. 2025. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtksite/CARTILHA_CAMPANHA_24-DIGITAL.pdf. Acesso em: 26 fev. 2025.

BARATA, R. B. *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 219–232, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>. Acesso em: 3 fev. 2023.

BARBOSA, E. F.; SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. C.; CILLEROS, M. V. M. **Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais**. Ser Professor Universitário, [S.l.], 2008. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BARBU, S. **Mapping Healthcare in Homelessness Services**. FEANTSA – European Federation of National Organizations Working with the Homeless, dez. 2023. Disponível em: https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/mapping_health/Health_and_homelessness_mapping.pdf. Acesso em: 14 jan. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 178–193, dez. 2010. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782010000200011&script=sci_arttext. Acesso em: 16 out. 2024.

BRANDÃO, C. *et al.* **A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos.** **Ludomídia**, [S.l.], 2017. Disponível em: https://www.webqda.net/wp-content/uploads/2017/06/ebook_Pratica_Investigacao_Qualitativa_PT.pdf. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da população em situação de rua.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/09/Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAdeda-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940/GM/MS, de 28 de abril de 2011.** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 29 abr. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013**. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.htm. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua**: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. 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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 48 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_adesao_tuberculose.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**. Brasília: MDHC, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 18 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRÊTAS, A. C. P.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; ROSA, A. S. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 744–751, set./out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/gPHtMqvByFBzdRdrFphs6xJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRING, C. *et al.* Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 20, n. 508, p. 1–9, 5 jun. 2020. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05358-4>. Acesso em: 2 jan. 2024.

CAMPOS, A. G.; SOUSA, M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 344–351, ago. 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047132/bis-v14n3-enfrentamento-344-351.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CARNEIRO, J. N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47–62, jul. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/59Hh9xG85TcnwnrmL9Hgchw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2023.

CARVALHO, L. O. R. *et al.* **Metodologia científica**: teoria e aplicação na educação a distância. Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2019. 83 p. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/dacc/noticias/livro-univasf/metodologia-cientifica-teoria-e-aplicacao-na-educacao-a-distancia.pdf>. Acesso em: 5 set. 2023.

COELHO, A. A. *et al.* Muros (in)visíveis: reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. e290411, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GZQmvQJfxDcL3tW57sSQB8Q/>. Acesso em: 3 fev. 2023.

COSTA, K. M. R. *et al.* Cuidado à saúde da pessoa em situação de rua: debate e relatos para uma abordagem intersetorial. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 251–258, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5842/3051>. Acesso em: 3 fev. 2023.

COSTA, K. M. R. *et al.* Implicações dos profissionais da Atenção Primária no atendimento à população em situação de rua. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 24, n. 1, p. 109–126, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/27588/23472>. Acesso em: 3 fev. 2023.

COUTO, J. G. A.; GODOI, H.; FINKLER, M. Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 518–527, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/xQPFgTtPtrHCHmJstr556xd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 nov. 2024.

DAVIES, A.; WOOD, L. J. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. **Medical Journal of Australia**, [S.l.], v. 209, n. 5, p. 230–234, 3 set. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.5694/mja17.01264>. Acesso em: 26 dez. 2023.

DIAS, A. L. F. *et al.* À margem da cidade: trajetórias de invisibilidade e exclusão de travestis em situação de rua. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 8, n. esp., p. 214–233, dez. 2015. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202015000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 27 fev. 2024.

DIAS, A. L. F. **Mais de 260 mil pessoas estavam em situação de rua no Brasil em 2023**. Jornal Hoje, 26 fev. 2024. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/12388454/>. Acesso em: 27 fev. 2024.

DIAS, A. L. F. **População em situação de rua no Brasil aumenta 20 vezes em 11 anos, aponta estudo da UFMG**. Jornalismo TV Cultura, 26 fev. 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5fNWSwWIA4A>. Acesso em: 27 fev. 2024.

DONOSO, M. T. V. *et al.* Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 964–970, out./dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/50203>. Acesso em: 8 mar. 2025.

ENGSTRÖM, E. M. T.; BARROS, M. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839–1848, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n6/1839-1848/>. Acesso em: 3 fev. 2023.

FEANTSA. European Federation of National Organisations Working with the Homeless. **Working Together to End Homelessness in Europe**. Bruxelas, [s.d.]. Disponível em: <https://www.feantsa.org/en/about-us/what-is-feantsa>. Acesso em: 14 jan. 2024.

FERREIRA, B. B. *et al.* Construção de ferramenta computacional para auxiliar a coordenação do cuidado pelos serviços de Atenção Básica. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, e1369, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1340542>. Acesso em: 3 fev. 2023.

FINKLER, L.; DELL'AGLIO, D. D. O caso Ação Rua: intervenções com crianças, adolescentes e suas famílias. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 107–116, jan./jun. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/20525>. Acesso em: 3 fev. 2023.

FIOCRUZ. **6ª Sessão Temática do PROFSAÚDE**: Populações em condições de vulnerabilização, com ênfase nas populações em situação de rua. 2021. Vídeo. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bU1OZD3Yfu4>. Acesso em: 26 dez. 2023.

FIORATI, Regina Célia; CARREIRA, Lígia; LUCHESI, Bruna Maria Ferreira; SOUZA, Renata Aparecida de. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. esp., p. e72861, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WPGQ8PpXRz9zLv5rcKfvgby/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2023.

GABATZ, Roberta Isabel Bohn *et al.* Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520–525, jul. 2013.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/sbr6ZJmvZRJ6pcfL6xX9Pbw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 mar. 2025.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005. Disponível em:

<https://www.amazon.com.br/Grupo-Pesquisa-Ci%C3%A4ncias-Sociais-Humanas/dp/8598843113>. Acesso em: 3 fev. 2023.

GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS (GESPE). **Movimentação a pedido 02/2024**. Portal DIEP, 2025. Disponível em:

https://portaldiep.com/gespe/pages/selecionar_vaga.html. Acesso em: 8 mar. 2025.

GOMES, Rafael S *et al.* Saúde dos indivíduos em situação de rua: entre queixas, sintomas e determinantes das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 17, n. 44, p. 3233, 22 dez. 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3233>. Acesso em: 15 out. 2024.

GRUER, Caitlin *et al.* Seeking menstrual products: a qualitative exploration of the unmet menstrual needs of individuals experiencing homelessness in New York City. **Reproductive Health**, [S.l.], v. 18, n. 77, p. 1–11, 13 abr. 2021. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01133-8>. Acesso em: 14 jan. 2024.

GUNNER, Emily *et al.* Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. **British Journal of General Practice**, [S.l.], v. 69, n. 685, p. e526–e536, ago. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31307999/>. Acesso em: 10 maio 2024.

HALLAIS, Juliana A. da S.; BARROS, Nelson F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497–1504, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2025.

HINO, Paula *et al.* Tuberculosis in the street population: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03688, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SYHGScYYH6kJZNxqsJZbqZF/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

HINO, Paula; SANTOS, José de Oliveira; ROSA, Ana da Silva. People living on the street from the health point of view. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 684–692, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

INGRAM, Colette *et al.* Priority healthcare needs amongst people experiencing homelessness in Dublin, Ireland: a qualitative evaluation of community expert experiences and opinions. **PLOS ONE**, [S.l.], v. 18, n. 12, p. e0290599, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290599>. Acesso em: 15 maio 2024.

JESUS, W. S.; LIMA, J. P. M. Principais instrumentos de coleta de dados: grupo focal. **Pesquisa em Ensino de Química**. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, CESAD, 2012. Disponível em: https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/12232030072012Pesquisa_em_Ensino_de_Qu%C3%ADmica_aula_7.pdf. Acesso em: 22 dez. 2023.

KADUSZKIEWICZ, Hanna *et al.* O tratamento médico de pessoas em situação de rua. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 114, n. 40, p. 673–679, 6 out. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5963585/>. Acesso em: 15 out. 2024.

KAMI, Mariana T. M. *et al.* Ferramentas e conhecimentos ideológicos no processo de trabalho do Consultório na Rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 442–449, maio 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JVZbjtWTmBXcZfyxDJXYs7m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 mar. 2025.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161–169, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>. Acesso em: 3 fev. 2023.

KERTESZ, Stefan G *et al.* Comparação da experiência do paciente entre configurações de cuidados primários adaptadas para clientes sem-teto e configurações de cuidados convencionais. **Medical Care**, v. 59, n. 6, p. 495–503, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33827104/>. Acesso em: 2 jan. 2024.

LIMA, C. M.; OLIVEIRA, J. O. S. Participação popular dos moradores de rua na gestão pública do município de Porto Alegre, RS. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 18, n. 32, p. 161–172, 2012. Disponível em: <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/60/123>. Acesso em: 23 jul. 2024.

LIRA, C. D. G. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e1157, 2019. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100204&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 fev. 2023.

MACHADO, Thayse Salgado de Paula *et al.* Vulnerabilidade de pessoas em situação de rua relacionada às infecções sexualmente transmissíveis: uma revisão integrativa da literatura. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 12, p. 32636–32653, 2023. Disponível em:

<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3836>. Acesso em: 3 nov. 2024.

MACKINNON, Lauren *et al.* Cuidados primários incorporados em habitação permanente com apoio para pessoas que usam substâncias: um estudo qualitativo examinando o acesso aos cuidados de saúde em Vancouver, Canadá. **Health & Social Care in the Community**, v. 30, n. 6, p. e5062–e5073, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.13921>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MARCHIORI, B. Estudantes da USP ajudam mulheres em situação de rua a terem acesso a absorventes. **Jornal da USP**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/estudantes-da-usp-ajudam-mulheres-em-situacao-de-rua-a-terem-acesso-a-absorventes/>. Acesso em: 10 out. 2024.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47–58, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000200007>. Acesso em: 17 set. 2024.

MEDEIROS, C. R. S.; CAVALCANTE, P. A. Implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 754–768, jul./set. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2018.v27n3/754-768/pt>. Acesso em: 3 fev. 2023.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014. 408 p.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1–12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 9 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Dignidade Menstrual**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2024/dignidade-menstrual>. Acesso em: 10 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tuberculose**: situação de vulnerabilidade. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-de-vulnerabilidade>. Acesso em: 10 out. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS (MPMG). **Aquabox oferece acesso a água e higiene para trabalhadores em situação de rua do bairro Lagoinha, em BH**. 27 jan. 2015. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/noticias/aquabox-oferece-acesso-a-agua-e-higiene-para-trabalhadores-em-situacao-de-rua-do-bairro-lagoinha-em-bh.shtml>. Acesso em: 6 fev. 2025.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.*. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 228–233, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA/PÓLOS DA UFMG. **O fenômeno da população em situação de rua a partir de cadastros no CadÚnico**. Disponível em: <https://obpoprua.direito.ufmg.br>. Acesso em: 19 mar. 2025.

OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. **Deaths of homeless people in England and Wales: 2021 registrations**. 23 nov. 2022. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsofhomelesspeopleinenglandandwales/2021registrations>. Acesso em: 25 jan. 2024.

OLIVEIRA, D. M. *et al.*. Needs, expectations and care production of people in street situation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, supl. 6, p. 2689–2697, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dwQXqrrS6KJfHcrCNxmJV9F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Conselho de Direitos Humanos. **Relatório da relatora especial, Leilani Farha, sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito à não discriminação neste contexto**. Assembleia Geral, 30 dez. 2015. Disponível em: https://terradedireitos.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio_Popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf. Acesso em: 8 nov. 2023.

PAIVA, I. K. S. de *et al.*. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595–2606, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>. Acesso em: 26 fev. 2025.

PATRÍCIO, A. C. F. A. *et al.*. Common mental disorders and resilience in homeless persons. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1526–1533, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NVfx8zSPLdMbHf5k9bDWnjS/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

PATRÍCIO, A. C. F. A. *et al.*. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e44520, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44520>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/44520>. Acesso em: 3 nov. 2024.

PINTO, V. M. *et al.*. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2423–2432, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wwgnzLKCKqD4pbtcJ4B76td/>. Acesso em: 3 nov. 2024.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas – CERSAM AD**. 2025. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/urgencia-e-emergencia/cersam-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 8 mar. 2025.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Guarda Municipal garantirá a segurança nas unidades de Saúde 24 horas por dia**. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/guarda-municipal-garantira-seguranca-nas-unidades-de-saude-24-horas-por-dia>. Acesso em: 15 mar. 2025.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **PBH e UFMG apresentam resultados preliminares do Censo da população de rua de BH**. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-e-ufmg-apresentam-resultados-preliminares-do-censo-da-populacao-de-rua-de-bh>. Acesso em: 10 maio 2023.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH)**: Política de Saúde Mental em BH. 2025. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>. Acesso em: 8 mar. 2025.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROGA, R. P. F.; SÁ, L. D.; GAZZINELLI, A. A. Tuberculose na população em situação de rua: desempenho de profissionais da atenção primária. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 19, p. e32463, 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32463/pdf_1. Acesso em: 3 fev. 2023.

RAMIREZ, J. *et al.* Understanding the primary health care experiences of individuals who are homeless in non-traditional clinic settings. **BMC Primary Care**, v. 23, n. 338, 2022. Disponível em: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01932-3>. Acesso em: 26 dez. 2023.

REIS, T. C. M.; AZEVEDO, A. V. dos S. Redes sociais significativas de homens em situação de rua no sul do Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 25, n. 3, p. 324–334, set. 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2020000300010. Acesso em: 3 fev. 2023.

RIBEIRO, G. R. M. de S. *et al.* Atividades gerenciais do enfermeiro no monitoramento das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde. **Arquivos Ciência da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 3, p. 179–185, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6559/3674>. Acesso em: 29 mar. 2023.

RIBEIRO, S. A. A. **“Eles contam, eu conto, nós contamos”**: narrativa histórica e coletiva do Centro de Saúde Carlos Chagas na regional Centro-Sul de Belo

Horizonte, Minas Gerais. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em:
<http://repositorio.esp.mg.gov.br:8080/xmlui/handle/123456789/404>. Acesso em: 3 fev. 2023.

RICHWIN, I. F.; ZANELLO, V. A(s) maternidade(s) de mulheres em situação de rua: entre violações e possibilidades de reparação subjetiva. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 79–104, abr. 2022. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652022000100005. Acesso em: 5 dez. 2024.

RILEY, A. J. *et al.* Homelessness: a problem for primary care? **The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 53, p. 473–479, 2003. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/10596578_Homelessness_A_problem_for_primary_care. Acesso em: 26 dez. 2023.

RODRIGUES, M. L. A. C. *et al.* **Perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelas equipes do Consultório na Rua do Recife**. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2019. Disponível em:
<https://tcc.fps.edu.br/jspui/bitstream/fpsrepo/525/1/ARTIGO%20-%20MARIA%20LET%20CIA%20DE%20AGUIAR%20CAT%20O%20RODRIGUES%20-%20Arturo.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2024.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326–332, 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/G4C8v9mqySmQRgNdy8QZbjf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 nov. 2024.

ROSA, A. da S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275–285, abr. 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/8T6c9LN8dqCzSJRFyypZDbT/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2024.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1721–1723, ago. 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/t4HQncdWJHn5CG3MHzpJYcb/>. Acesso em: 5 fev. 2024.

SANTOS, B. S.; FARIA, M. F. Vulnerabilidade de moradoras de rua à infecções sexualmente transmissíveis / Vulnerability of street people to sexually transmitted infections. **Brazilian Journal of Development**, [S.l.], v. 8, n. 5, p. 40903–40918, 2022. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/48566>. Acesso em: 16 out. 2024.

SHORTT, S. E. D. *et al.* Primary healthcare for homeless persons: evaluating the options using a policy analysis approach. In: **HULCHANSKI, J. D. et al. (ed.). Finding home: policy options for addressing homelessness in Canada. Toronto: Cities Centre, University of Toronto, 2009. cap. 2.7.** Disponível em: <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/2.7%20Shortt%20et%20al%20Primary%20Care.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2024.

SILVA, A. A. F.; OLIVEIRA, G. S. E.; ATAÍDES, F. B. Pesquisa-ação: princípios e fundamentos. **Revista Prisma**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 2–15, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/39>. Acesso em: 3 out. 2023.

SINDIBEL – Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte. **Saúde em Rede BH: Projeto Saúde em Rede.** [2023?]. Disponível em: <https://sindibel.com.br/wp-content/uploads/2023/07/Saude-em-Rede-BH-Apresentacao-1-1.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2025.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/>. Acesso em: 6 dez. 2024.

TRANSFORMATION PARTNERS IN HEALTH AND CARE. **Homeless health needs assessment toolkit:** assessing single homeless people's health needs in your locality. London: Healthy London Partnership, 2018. Disponível em: <https://www.transformationpartners.nhs.uk/resource/london-homeless-health-needs-assessment-toolkit/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

TRANSFORMATION PARTNERS IN HEALTH AND CARE. **Pan-London homeless health program becomes 'Homeless Health London Partnership'.** 10 set. 2023. Disponível em: <https://www.transformationpartners.nhs.uk/the-pan-london-homeless-health-programme-becomes-homeless-health-london-partnership/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

UNITED STATES. Department of Housing and Urban Development. **The 2020 annual homeless assessment report (AHAR) to Congress.** Washington, D.C., 2020. Disponível em: <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2020-ahar-part-1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Biblioteca Universitária. **Diretrizes para normalização de trabalhos acadêmicos.** 2. ed. Belo Horizonte: Sistema de Bibliotecas da UFMG, 2023.

VALLESI, S. *et al.* Multimorbidity among people experiencing homelessness – insights from primary care data. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 12, p. 6498, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126498>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8296483/>. Acesso em: 2 jan. 2024.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

WINKELMANN, M. C. C. *et al.*. Percepção das pessoas em situação de rua sobre os determinantes sociais da saúde. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 1–14, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/27259>. Acesso em: 3 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis**. Geneva, 2015. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1. Acesso em: 4 fev. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO GRUPO FOCAL

Parte 1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PARA CADA PARTICIPANTE

Iniciais: _____ Idade _____

Sexo _____ Estado Civil _____

Escolaridade _____ Formação: _____

Profissão: _____ Tempo de Experiência na Profissão: _____

Tempo de experiência na abordagem a pessoas em situação de rua _____

Participou de capacitação com tema de pessoa em situação de rua:

() Sim. Quantas: _____

() Não

Parte 2- Questões norteadoras para o grupo

1. Como é a atuação dos trabalhadores na abordagem/atendimento a pessoas em situação de rua?
2. A equipe de saúde da família está capacitada para o atendimento à população em situação de rua? Que elementos podem sustentar essa afirmação?
3. Quais as dificuldades e desafios enfrentados pela equipe na unidade básica no atendimento a essa população? O que poderia ser feito para superar as dificuldades?
4. Quais as potencialidades do atendimento da população em situação de rua pelas equipes no município
5. Quais as estratégias utilizadas pela unidade básica no atendimento a essa população?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - Minas Gerais. O objetivo deste estudo é analisar a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Você está sendo convidado por exercer atividades na atenção à essa população por considerarmos que seu conhecimento sobre o tema pode contribuir para o aprimoramento das políticas públicas para a área.

A coleta de informações será realizada por meio da realização de grupo focal. No grupo focal os participantes do estudo após serem apresentados a questões norteadoras podem de forma livre apresentar suas ideias e opiniões sobre a temática. O grupo será mediado pela pesquisadora mestranda. O grupo está previsto para acontecer no serviço, em datas pré-definidas e duração estimada de 1 hora a 1:30 minutos. Será apresentado a você um formulário com algumas perguntas que podem caracterizar quem é você, são dados de identificação, para melhor caracterizarmos o perfil dos participantes do estudo, mas não se preocupe esses dados são sigilosos e constará uma letra e um número para identificá-lo, por exemplo: P1 (Participante 1) Grupo (1). Sua participação é importante, pois você atua como profissional no cuidado às Pessoas em Situação de Rua, e pode nos ajudar a compreender essa atuação. Posteriormente, as informações obtidas serão transcritas e analisadas para serem utilizadas na elaboração de minha dissertação de Mestrado com a finalidade de compreender a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas em Situação de Rua.

É importante que você saiba que sua participação não é obrigatória, que você não receberá nenhum benefício financeiro ou institucional por sua participação na pesquisa, e tão pouco terá custos financeiros para você. Você também poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e retirar o consentimento de sua participação. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo financeiro ou institucional. Ao participante em caso de danos provenientes da pesquisa é assegurado que você poderá buscar indenização nos termos da Res.466/12.

As informações coletadas durante a realização do grupo focal serão sigilosas, e utilizadas apenas na dissertação, artigos científicos, e apresentação dos resultados da pesquisa em eventos científicos. Os participantes da pesquisa e suas falas durante a coleta de dados, para análise e divulgação serão anonimizados, utilizando-se pseudônimos para identificá-los na divulgação dos resultados. Atesta-se que a pesquisadora guardará o sigilo e a confidencialidade em relação aos dados sem prejuízo para os participantes.

O uso da técnica de Grupo Focal acarreta baixo risco em pesquisa, mas ele está presente, tais como: (1) constrangimento ao responder o roteiro; (2) desconforto com a presença do pesquisador; (3) medo ante o uso das informações coletadas; (4) vergonha em responder às perguntas; (5) cansaço ante o tempo despendido para responder às perguntas. Em relação aos riscos, considerando algum desconforto relacionado às questões que serão abordadas em relação ao

seu trabalho, é garantido que a qualquer momento você possa sinalizar o seu mal-estar, e nos comprometemos a encerrar ou fazer uma pausa no grupo de acordo com a sua necessidade e solicitação. O pesquisador é membro da equipe de trabalho do serviço e está familiarizado com o tema discutido, você é livre para apresentar suas ideias e opiniões de forma livre e de acordo com sua conveniência, não existem respostas certas ou erradas, apenas opiniões do que você achar conveniente e estiver confortável para compartilhar no grupo.

ASSINATURA (PARTICIPANTE): _____

ASSINATURA (PESQUISADOR): _____

BELO HORIZONTE, _____ DE _____ DE 2025.

O grupo focal possibilita que os participantes possam contribuir de forma coletiva com a discussão do tema. Nesses momentos um participante pode contribuir com o outro na discussão, preencher lacunas nas informações e estimular que o tema seja discutido exaustivamente.

Dentre os benefícios relacionados com a sua participação está o de permitir que esta pesquisa seja desenvolvida, podendo possibilitar a ampliação do conhecimento da atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas em Situação de Rua. As informações obtidas através da pesquisa serão divulgadas no produto final do Mestrado, dissertação, em encontros científicos como congressos, e revistas científicas, preservando a identidade dos participantes.

Você participará do grupo focal apenas uma vez, no local e nos horários que lhe forem mais favoráveis, sem que isto cause interferências em seu trabalho. Serão disponibilizados os dias e horários em que os grupos serão realizados e você pode escolher livremente quando será a sua participação. Os grupos serão gravados, por isso, peço sua permissão para gravar o áudio do grupo; e posteriormente, os áudios serão transcritos para análise das informações. Todas as informações que possam identificar os participantes serão omitidas do trabalho final e seus desdobramentos de divulgação dos resultados da pesquisa, tais como nome e outras características (idade, sexo, formação), sendo adotados nomes fictícios para os participantes, todas as medidas para a garantia do sigilo sobre sua identidade serão tomadas.

As gravações e sua transcrição serão arquivadas em meio digital por cinco anos no computador pessoal da pesquisadora mestranda. Após esse período o material será deletado de forma permanente.

Você receberá uma via deste termo, onde constam o telefone e o endereço dos pesquisadores envolvidos no estudo, e dos Conselhos de Ética em Pesquisa que aprovaram a realização dele, conforme recomenda a Resolução CNS 466/12, para assegurar a legitimidade legal do documento. De posse dessas informações você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. Os Comitês de Ética em Pesquisa (COEP) podem ser consultados caso você tenha alguma dúvida sobre as questões éticas.

Orientador: Helian Nunes de Oliveira- Avenida Alfredo Balena, número 190, Faculdade de Medicina da UFMG, tel.: 34099641. Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Co-Orientadora Amanda Márcia dos Santos Reinaldo - Avenida Alfredo Balena, 190, sala 518, Escola de Enfermagem da UFMG Tel.: 31- 34099848

Pesquisadora Lucineia Periard Lopes Ferreira – Rua Terracota 405. Vitória, Belo Horizonte, MG - Brasil. Tel.: 31- 991881268

Assinatura (participante): _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2025.

Comitê de ética em Pesquisa UFMG - COEP UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Tel: 34094592.

Comitê de Ética em Pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Rua Frederico Bracher, 103 / 3º andar, Padre Eustáquio-CEP: 30.720-000, Belo Horizonte MG. Tel.: (31) 3277.5309. E-mail: coep@pbh.gov.br

Termo de Concordância

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura (participante): _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2025.

ANEXO

ANEXO A – PARECER SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **“Atuação da Equipe de Saúde da Família no atendimento as pessoas em situação de rua”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Lucineia Periard Lopes Ferreira, CPF 060.242.106-39 cujo objetivo principal é analisar a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua de uma Unidade Básica de Saúde da regional Centro-Sul de Belo Horizonte, Minas Gerais. Objetivos específicos: descrever como ocorre o atendimento da PSR pela Atenção Básica, apontar os desafios encontrados na assistência a PSR, identificar as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe na abordagem a PSR, discutir a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua. Autorizamos que este estudo seja executado no Centro de Saúde Carlos Chagas -Unidade da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH. Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares. A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa. Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Diretoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação. A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH. Os documentos apresentados para fins de autorização deste TAI, deverão estar em coerência com os protocolos inseridos na Plataforma Brasil para submissão ao CEP da SMSA de BH.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 08 de maio de 2024

Documento assinado digitalmente
 NATÁLIA PONTES DE ALBUQUERQUE
 Data: 08/05/2024 14:36:14 -0300
 Verifique em: <https://validar.br.gov.br>

Natália Pontes de Albuquerque – BM 101998
 Gerência de Atenção Primária à Saúde
 /GEAPS/SMSA-BH

Documento assinado digitalmente
 TATIANE CAETANO
 Data: 11/05/2024 14:06:52 -0300
 Verifique em: <https://validar.br.gov.br>

Tatiane Caetano – BM 97.893-
 Diretoria de Educação em Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Diretoria de Educação em Saúde/DESA-SA
 Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH
 Rua Frederico Bracher Junior, nº103 - 3º andar - Padre Eustáquio - CEP 30 720-600 - Belo Horizonte/MG.
 Telefone: (31) 3277 9281 / 8516 e Fax (31) 3277 8458 / e-mail: desa@pbh.gov.br

ANEXO B – PARECER COEP UFMG E PBH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação da Equipe de Saúde da Família no Atendimento às Pessoas em Situação de Rua

Pesquisador: Helian Nunes de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82306724.9.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.193.126

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo exploratório, do tipo Pesquisa-Ação, no qual a pesquisadora é trabalhadora no cenário da pesquisa, desempenhando função assistencial, e pretende a partir da pesquisa descrever como ocorre o atendimento das Pessoas em Situação de Rua (PSR) pela Atenção Primária, apontar os desafios encontrados na assistência e identificar as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe. Os participantes do estudo serão os trabalhadores do Centro de Saúde Carlos Chagas, localizado na Regional Centro-Sul da cidade de Belo Horizonte, e a coleta de dados será realizada por meio de grupo focal.

O estudo não apresenta hipótese sobre os possíveis resultados a serem encontrados, apresentando a seguinte pergunta de pesquisa: como tem sido cuidado ofertado a PSR pelos profissionais de saúde da Atenção Primária?

Os critérios de inclusão serão: trabalhadores que aceitarem participar da pesquisa, com diferentes níveis de escolaridade, com disponibilidade para participar da coleta de dados em grupo. Já os critérios de exclusão constarão de: estar de férias no período de realização de coleta de dados ou indisponibilidade do profissional em participar do estudo.

O estudo constará das seguintes etapas de pesquisa: 1) Delineamento da pesquisa, quando

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.193.126

será definida os objetivos e o pesquisador se prepara e organiza para o desenvolvimento da pesquisa; 2) Tomada de decisão, após definir os métodos e técnicas de coleta de dados, se inicia o trabalho de campo propriamente dito; 3) Coleta de dados, realizada por meio de grupo focal com os trabalhadores do Centro de Saúde Carlos Chagas que atuam na abordagem da população em situação de rua. O grupo será gravado e seu conteúdo transcrito para posterior análise, também será utilizado o diário de campo para registro das observações do pesquisador. A discussão do grupo será conduzida a partir de questões disparadoras que possibilitem responder aos objetivos da pesquisa. Os resultados serão analisados por análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: analisar a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivos Secundários:

- Descrever como ocorre o atendimento da PSR pela Atenção Primária;
- Apontar os desafios encontrados na assistência a PSR;
- Identificar as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe na abordagem a PSR;
- Discutir a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às PSR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador afirma que a pesquisa, por suas características, pode ser considerada de baixo risco. Um possível risco é o constrangimento ao participar do grupo focal. Para isso, será garantido antes do início do grupo que não existem respostas certas ou erradas, que será considerado a experiência dos profissionais no atendimento à população em situação de rua. E caso os participantes se sintam desconfortáveis em algum momento, o pesquisador fará uma pausa na realização do grupo. Outro possível risco é o receio em ser identificado nominalmente. Os participantes serão esclarecidos que todas as questões levantadas no grupo, independente do profissional que as pontuou, não serão identificadas como a fala de determinado participante, mas sim como resultado coletivo o grupo, e os participantes não serão identificados na versão escrita do texto final. Será garantido o direito do participante de deixar o grupo a qualquer momento, de forma parcial ou permanente. Quanto aos benefícios, os pesquisadores apontam que conhecer como ocorre a assistência a PSR em uma unidade que

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.193.126

atende grande número de PSR permitirá identificar as fragilidades e potencialidades do cuidado, contribuindo na assistência prestada a PSR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto será desenvolvido tendo como centro coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo tema da dissertação de Mestrado do Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da discente Lucineia Periard Lopes Ferreira, sob orientação de Helian Nunes de Oliveira.

O projeto apresenta orçamento de baixo custo (R\$50,00), com financiamento próprio. Apresenta um Formulário para Parecer em projetos de Pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, mas sem número de ofício e assinatura da chefia.

No cronograma apresentado na Plataforma Brasil, a realização do projeto está prevista para maio de 2024 a outubro de 2024, sendo que a etapa de coleta dos dados está prevista para julho de 2024, data anterior à submissão do projeto a este Comitê de Ética em Pesquisa. Ressalta-se, a importância de os pesquisadores atenderem à data de aprovação do Comitê de Ética para o seu início, tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12). Ademais, o CEP-UFMG recomenda aos pesquisadores comunicar toda e qualquer alteração do projeto, inclusive sobre a sua finalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos utilizados estão adequados. Quanto aos documentos, assinala-se:

- 1) Folha de rosto devidamente preenchida e assinada.
- 2) Apresenta Formulário para Parecer em projetos de Pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva e Social, mas sem número de ofício e assinatura da chefia.
- 3) Anuência da Secretaria Municipal de Belo Horizonte apresentada.
- 5) Consta instrumento de coleta de dados.
- 6) Projeto completo consta no processo.
- 7) Em relação ao TCLE:
 - Está no formato de carta convite, resguardando a confidencialidade dos dados e o anonimato.
 - Apresenta o tempo de duração da entrevista.
 - Apresenta o direito à recusa, e a desistir do projeto a qualquer momento sem qualquer

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.193.126

prejuízo.

- Informa o objetivo e o método da pesquisa.
- Informa sobre o armazenamento de 5 anos dos dados, com salvaguarda a consulta.
- Apresenta possíveis benefícios e riscos da pesquisa para os participantes.
- Dados da pesquisadora e do COEP relatados.
- Há espaço previsto para aceitação ou recusa do participante.
- Inclui campo de rubrica.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme as considerações apresentadas, sou, S.M.J., favorável à diligência para adequações do projeto.

Sugere-se as seguintes adequações do projeto:

- 1) Revisar cronograma de pesquisa.
- 2) Anexar ao processo documento assinado que ateste a aprovação da Câmara Departamental.
- 3) Como será realizado um grupo focal, os pesquisadores devem orientar e reforçar com os participantes a importância do sigilo e confidencialidade do que for conversado durante a atividade.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar ao Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o CEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.193.126

pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2309889.pdf	12/08/2024 18:19:46		Aceito
Parecer Anterior	PARECERPROJETODEPESQUISA.pdf	12/08/2024 18:13:58	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	anuenciafolharosto.pdf	12/08/2024 12:22:32	Helian Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de concordância	TermodeAnuenciaPBH.pdf	14/05/2024 19:22:32	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novocoep.pdf	14/05/2024 19:20:40	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TermoResponsabilidadePesquisadorSMSA.pdf	28/03/2024 11:35:35	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
Outros	grupofocal.pdf	28/03/2024 10:37:18	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	28/03/2024 10:29:22	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.193.126

BELO HORIZONTE, 30 de Outubro de 2024

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação da Equipe de Saúde da Família no Atendimento às Pessoas em Situação de Rua

Pesquisador: Helian Nunes de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82306724.9.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.281.449

Apresentação do Projeto:

As informações que se seguem foram extraídas do documento INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO e projeto detalhado. Segundo a pesquisadora trata-se de pesquisa de mestrado na Promoção de Saúde da FM/UFGM. A saúde das Pessoas em Situação De Rua (PSR) representa um desafio para a saúde pública. São indivíduos que vivenciam falta de direitos básicos como alimentação, saúde, habitação, lazer e trabalho. Vivem em situações complexas e com diversas vulnerabilidades associadas. Após a pandemia, o número de pessoas em situação de rua aumentou na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. É fato que atenção primária em saúde é essencial na assistência a esses usuários, caracterizada como porta de entrada para os demais serviços de saúde. O atendimento da equipe de saúde da família deve ser responsável pelas pessoas adscritas em seu território, incluindo aquelas em situação de rua.

Para o presente estudo será realizada a pesquisa-ação do tipo diagnóstica no qual o pesquisador, ao conhecer a situação existente, elabora medidas para resolver o problema através do plano de ação. Esse método foi escolhido, pois permite identificar as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe na abordagem a PSR, assim como suas fragilidades e potencialidades. A Pesquisa-ação se organiza em três fases: (1) o planejamento, (2) a tomada de decisão, e (3) o encontro dos resultados da ação, ou seja, a fase exploratória, o desenvolvimento da ação e a divulgação das conclusões da pesquisa. Para o desenvolvimento

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.281.449

do estudo, as etapas da pesquisa se darão da seguinte forma: (1) delineamento da pesquisa onde se define os objetivos e o pesquisador se prepara e organiza para o desenvolvimento da pesquisa; (2) a tomada de decisão, onde após definir os métodos e técnicas de coleta de dados, se inicia o trabalho de campo propriamente dito; (3) a coleta de dados propriamente dita, que será realizada por meio de grupo focal com os trabalhadores do Centro de Saúde Carlos Chagas que atuam na abordagem a população em situação de rua. O grupo será gravado e seu conteúdo transcrito para posterior análise, também será utilizado o diário de campo para registro das observações do pesquisador e por fim, os resultados serão analisados por meio da análise de conteúdo. A discussão do grupo será conduzida a partir de questões disparadoras que possibilitem responder aos objetivos da pesquisa (APÊNDICE 1). O Grupo Focal (GF) na pesquisa qualitativa é uma das técnicas mais utilizadas, que permite entendimento e levantamento de questões sobre a temática em estudo. Ele permite relatar sentimentos, opiniões, crenças e motivos através da interação em grupo (Jesus e Lima, 2012). Nesse sentido, Gatti (2005) afirma que é necessária a presença de um moderador ou facilitador que permitirá a troca de experiências, a discussão entre os membros do grupo, porém ele não deve expressar suas opiniões particulares ou expressões, sendo que o foco é a interação do grupo. O grupo será realizado da seguinte forma: Um encontro presencial com duração entre 1 hora a 1 hora 30 minutos. Serão agendados quatro encontros presenciais em diferentes horários: manhã e tarde, para possibilitar a participação sem prejuízo para o desenvolvimento das atividades da Unidade de Saúde. Será utilizado o espaço de reuniões fixas na unidade (matriciamento, Saúde mental, NASF, equipe) com anuência da gerência do serviço. Os grupos terão as seguintes etapas: Apresentação do moderador e sua função. Apresentação dos integrantes. Orientação e esclarecimentos de possíveis dúvidas sobre o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (o TCLE será apresentado de forma individual quando for realizado o convite para participação na pesquisa, podendo ser assinado naquele momento, ou a posteriori, antes do início da realização do grupo) (APÊNDICE 2). Orientar sobre as questões de identificação do profissional com o objetivo de conhecer o profissional e o tempo de atuação com a população em situação de rua - esse dado é importante para a análise e resposta aos objetivos da pesquisa. Apresentar o roteiro com as questões norteadoras para realização do grupo focal, esclarecendo possíveis dúvidas (APÊNDICE 1). Incentivar a discussão e defesa das ideias dos participantes, mesmo que contraditórias. Informar aos participantes o tempo mínimo e máximo para realização do grupo. Orientar os participantes que exponham seus comentários ou observações. Agradecer a

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coop@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.281.449

participação de todos.

Critério de Inclusão: Os critérios de inclusão serão: trabalhadores que aceitem participar da pesquisa, podendo ser de diferentes níveis de escolaridade como fundamental e superior, com a disponibilidade de participação da coleta de dados em grupo. O TCLE será apresentado para ser assinado pelos participantes antes da coleta de dados, em duas vias, uma com o pesquisador e outra com o participante.

Critério de Exclusão: Os critérios de exclusão serão não aceitar participar da entrevista, estar de férias no período de realização de coleta de dados ou indisponibilidade do profissional em participar do estudo.

Análise de Dados: A análise dos dados será realizada pelo método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1979: pág. 42). As informações coletadas das entrevistas serão gravadas e transcritas, sendo mantidas em arquivo digital de posse da pesquisadora. Os dados obtidos serão analisados através de três etapas, são elas: (1) Pré-Análise onde o pesquisador realiza a leitura flutuante, inicial das transcrições do material gravado fazendo as primeiras inferências; (2) Exploração do material, onde o pesquisador realiza uma leitura exaustiva e identifica os sentidos do texto, agrupando-os em conteúdo e temas recorrentes; (3) Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação, onde se interpretam as características principais de acordo com os objetivos e tema estudado e se depreende categorias analíticas. Após as categorias serem constituídas, o pesquisador inicia o processo de análise e interpretação dos dados com base na literatura e referencial teórico que sustenta a pesquisa. Na formação acadêmica o tema é pouco abordado e existe estigma e preconceito da sociedade e profissionais de saúde com esse público. São várias situações de complexidade e vulnerabilidades existentes, principalmente com o aumento desta população e a necessidade de acesso à saúde. A atenção primária é essencial na assistência a esses usuários, o atendimento da equipe de saúde da família deve ser responsável pelas pessoas adscritas em seu território. Diante desse contexto, questiona-se: como tem sido cuidado ofertado a PSR pelos profissionais de saúde da atenção primária. O estudo tem como Hipótese: contribuir para a discussão sobre o atendimento a PSR e os desafios dos trabalhadores de um serviço de saúde em relação à atenção daquela população, através do pressuposto que esse é um desafio dos grandes centros urbanos.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos descritos no projeto são:

Objetivo primário:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.281.449

Analisar a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- ¿ Descrever como ocorre o atendimento da PSR pela Atenção Básica;
- ¿ Apontar os desafios encontrados na assistência a PSR;
- ¿ Identificar as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe na abordagem a PSR.
- ¿ Discutir a atuação da equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras, os riscos e benefícios são:

Riscos:

A pesquisa, por suas características, pode ser considerada de baixo risco. Um risco possível é o constrangimento no momento da coleta de dados. 1. Possibilidade de constrangimento ao participar do grupo focal - será garantido antes do início do grupo que não existem respostas certas ou erradas, o que será considerado é a experiência dos profissionais no atendimento à população em situação de rua, respondendo aos objetivos da pesquisa, e ao tema em estudo. Caso os participantes se sintam desconfortáveis em algum momento, o pesquisador fará uma pausa na realização do grupo. 2. Receio em ser identificado nominalmente - será esclarecido que todas as questões levantadas durante o grupo, independente do profissional que as pontuou, não serão identificadas como a fala de um determinado participante. Elas serão identificadas como resultado coletivo produzido pelo grupo, os participantes não serão identificados na versão escrita do texto final. O pesquisador para isso utilizará a seguinte nomenclatura: Participante 1 (P1) Grupo 1 (G1). Nos casos em que um participante se sinta constrangido no momento do grupo, a ele será garantido o direito de deixar de participar naquele momento, de forma parcial ou permanente. O participante irá decidir livremente sem que o pesquisador tenha interferência. É garantido ao participante que em qualquer momento da coleta de dados o entrevistado pode relatar seu desconforto, podendo o mesmo participar ou não da coleta de dados. A coleta de dados será realizada no próprio ambiente de trabalho e horário em que não haja prejuízo para o atendimento à população. Fato que será acordado com a gerente do serviço antecipadamente ao dia do grupo. Os participantes ao serem convidados terão em mãos as possibilidades de dia e horários dos grupos para que possam se organizar e identificar o melhor momento para sua participação.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.281.449

Benefícios:

Pretende-se com esse estudo conhecer como ocorre a assistência a PSR numa unidade com grande número de usuários atendidos. Reconhecer os desafios encontrados na assistência e identificar as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe na abordagem a PSR. Com isso identificar as fragilidades e potencialidades do cuidado a PSR, contribuindo na assistência prestada a PSR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto será desenvolvido tendo como centro coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo tema da dissertação de Mestrado do Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da discente Lucineia Periard Lopes Ferreira, sob orientação de Helian Nunes de Oliveira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram:

- Folha de rosto assinada e datada em 28/03/2024
- O Termo de Anuência da Prefeitura de Belo Horizonte foi assinado em 08/05/2024
- Informações Básicas do projeto
- Brochura/Projeto com informações detalhadas
- Termo de Responsabilidade da pesquisadora assinado em 08/05/24.
- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO 28/03/24
- TCLE
- Cronograma

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, verificando que o projeto cumpriu integralmente os requisitos da Resolução CNS 466/12 e 580/18, RESOLVE considerar "APROVADO" o referido projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

-Salia-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH**



Continuação do Parecer: 7.281.449

seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

- Tendo em vista a legislação vigente, Resolução CNS 466/12, recomendamos aos Pesquisadores que sejam comunicadas toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, assim como informar qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	cartaresposta.pdf	01/11/2024 19:36:44	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
Parecer Anterior	SEI_3691115_Oficio_238.pdf	01/11/2024 15:02:20	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novocoep.pdf	01/11/2024 11:20:41	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/11/2024 11:19:31	Lucineia Periard Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
Outros	grupofocal.pdf	28/03/2024	Lucineia Periard	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.281.449

Outros	grupofocal.pdf	10:37:18	Lopes Ferreira Lucineia periard Lopes Ferreira	Aceito
--------	----------------	----------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Dezembro de 2024

Assinado por:

**Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de Andrade
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coop@pbh.gov.br

ANEXO C – CRONOGRAMA DO MESTRADO

Ano	2022	2023		2024		2025
Ações\Semestre	2	1	2	1	2	1
Revisão Literatura	x	x	x	x	x	x
Integralização e Créditos das Disciplinas	x	x	x			
Aprovação SMSA, Submissão COEP UFMG , COEP PBH				x	x	
Elaboração Trabalho Final				x	x	x
Grupo Focal						x
Análise Resultados						x
Defesa						x
Produção e Análise do Artigo						x

ANEXO D - HISTORICO ESCOLAR

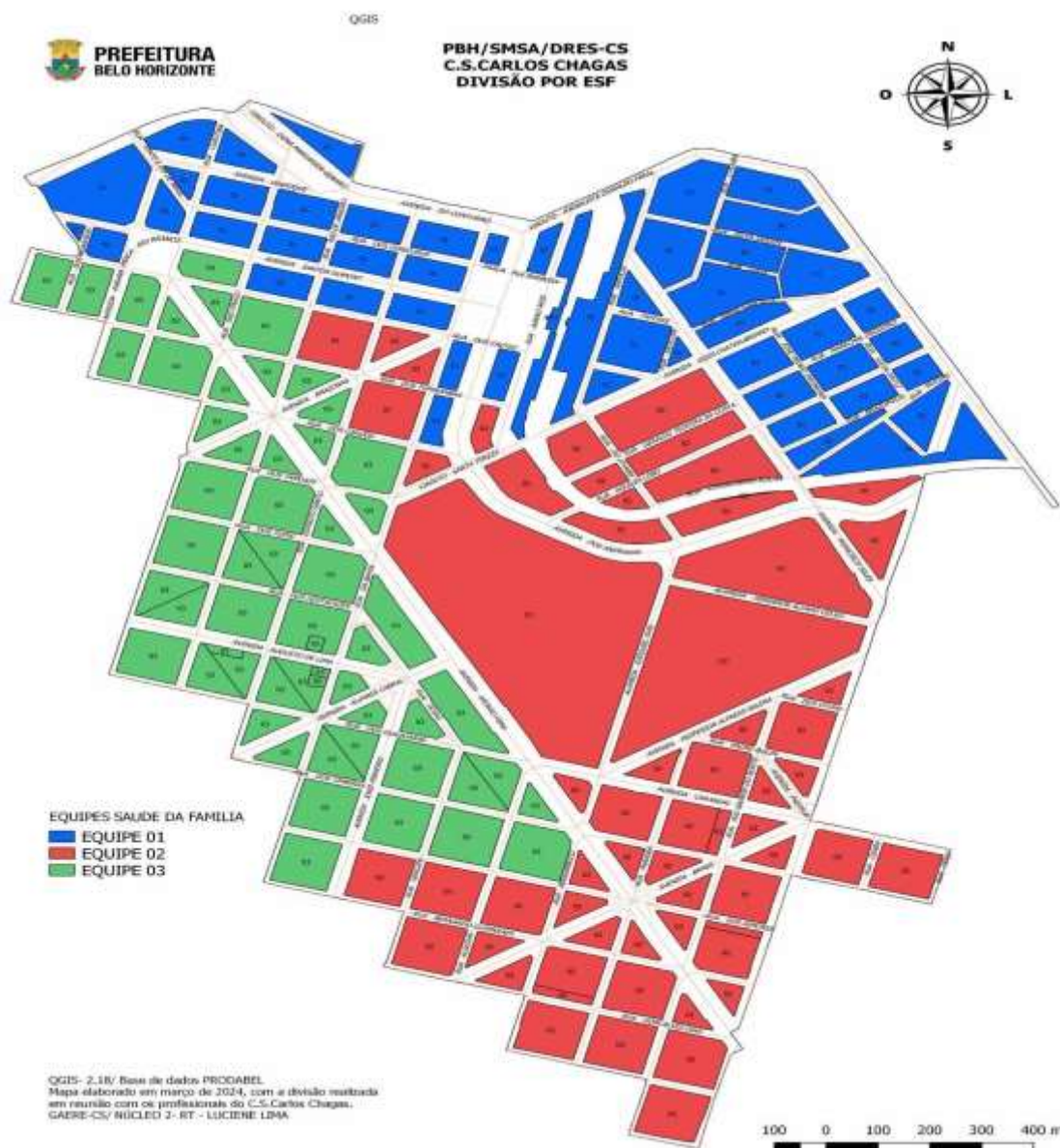
Créditos exigidos: 20 Créditos realizados :32

Aproveitamento de créditos:

- Promoção de saúde e paz e prevenção da violência II
- Atenção integral de saúde da mulher em situação de violência
- Políticas públicas de segurança e prevenção do crime e da violência
- Dados de saúde: acesso e manejo ao Datasus, Tabwin e arquivos Data Base

Atividades Acadêmicas Cursadas

- Relações produção - consumo - ambiente- saúde - doença
- Resiliência e saúde socioafetiva
- Conceitos e aplicações em epidemiologia
- Introdução a pesquisa qualitativa
- Bioestatística
- Bases teórico-metodológicas da abordagem da violência
- Análise situacional da violência - o perfil da violência: informação, investigação, análise e monitoramento.

ANEXO E - MAPA DO CENTRO DE SAÚDE CARLOS CHAGAS

**ANEXO F – NÚMERO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA ÁREA DO
CENTRO DE SAÚDE CARLOS CHAGAS**

Tabulação pessoas em situação de rua na área de abrangência do C.S.Carlos Chagas	
Reside no Território	(Vários itens) ▾
EQUIPES/M .A ▾	QTDE
☐ Baixo Risco - C.S. CARLOS CHAGAS	4
Micro Área - 98	4
☐ Equipe PSF 01	205
Micro Área - 01	35
Micro Área - 02	145
Micro Área - 03	25
☐ Equipe PSF 02	2682
Micro Área - 04	2425
Micro Área - 05	90
Micro Área - 09	167
☐ Equipe PSF 03	436
Micro Área - 06	38
Micro Área - 07	350
Micro Área - 08	48
☐ (vazio)	1205
Micro Área - 97	63
Micro Área - 99	1142
Total Geral	4532
Fonte: PBH/SMSA/ Repositório- Planilha de acompanhamento da população em situação de rua/ Data da atualização: 21/02/2025.	

O QUANTITATIVO DESCRITO NA TABELA CONSIDEROU OS CADASTROS COM "RESIDE SIM" E "NÃO AVALIADOS" = 4532

DETALHANDO OS DADOS DA PLANILHA GERAL
RESIDE SIM: 537
RESIDE NÃO: 776
RESIDE NÃO AVALIADO: 3995
TOTAL GERAL: 5308