

A experiência da pessoa em situação de rua com os serviços de saúde

Homeless people's experiences with health services

La experiencia de las personas en situación de calle con los servicios de salud

Henrique Mendonça Del Nero Festa Nobre, Michelle Cristine de Oliveira Minharro, Tainá Nikoli Goes, Guilherme Correa Barbosa

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivos: Conhecer a experiência da pessoa em situação de rua com o Consultório na Rua e os outros serviços de saúde. **Método:** Pesquisa de caráter qualitativo através de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados ao longo do mês de dezembro de 2022 em um serviço municipal especializado no atendimento da população em situação de rua (PSR), em uma cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil. A análise dos dados foi pautada no pensamento hermenêutico-dialético, empregando como referencial teórico a Tríade Donabediana. **Resultados:** Participaram da pesquisa nove usuários atendidos pelo Consultório na Rua, sendo elaboradas duas categorias temáticas: 1 - Vivências no Sistema Único de Saúde e 2 - Acesso da população em situação de rua aos recursos de cuidados em saúde. **Conclusão:** Houve uma pluralidade das vivências da PSR com os serviços de saúde. Ademais, constatou-se a importância conferida ao Consultório na Rua pelos Entrevistados, dado seu papel de restituidor dos direitos daqueles indivíduos que se encontram em situação de rua, garantindo seu acesso aos recursos de saúde disponíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de Saúde. Acesso a Serviços de Saúde. Pessoas Mal Alojadas. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives: To understand homeless people's experiences with Street Clinics and other health services. **Method:** Qualitative research using semi-structured interviews. The data were obtained during December 2022 at a municipal service specialized in assisting Street People (SP), in the inland of the state of São Paulo, Brazil. Data analysis was based on hermeneutic-dialectic thinking, employing the Donabedian Triad as a theoretical paradigm. **Results:** Nine users assisted by the Street Clinics took part in the research, and two thematic categories were developed: 1 - Experiences in the Unified Health System; and 2 - Access of the homeless population to health care resources. **Conclusion:** There was plurality of homeless people's experiences with health services. In addition, the importance given to the street clinics by the interviewees was noted, given their role as restorers of the homeless individuals' rights, guaranteeing their access to available health resources.

KEYWORDS: Health Personnel. Health Services Accessibility. III-Housed Persons. Public Health.

RESUMEN

Objetivos: Conocer la experiencia de las personas en situación de calle con los Consultorios en la Calle y los demás servicios de salud. **Método:** Investigación de carácter cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas. Los datos se recolectaron durante el mes de diciembre de 2022 en un servicio municipal especializado en atender a la población en situación de calle (*População em Situação de Rua*, PSR), en una ciudad del interior del estado de San Pablo, Brasil. El análisis de los datos se basó en el pensamiento hermenéutico-dialéctico, empleando la Tríada de Donabedian como referencial teórico. **Resultados:** Los participantes de la investigación fueron nueve usuarios atendidos en Consultorios en la Calle; y se elaboraron dos categorías temáticas: 1 - Experiencias en el Sistema Único de Salud; y 2 - Acceso de la población en situación de calle a los recursos de atención de la salud. **Conclusión:** Se registró cierta pluralidad en las experiencias de la PSR con los servicios de salud. También se constató la importancia que los entrevistados confieren a los Consultorios en la Calle, dado su función de restituidor de los derechos de las personas en situación de calle, garantizando así que puedan acceder a los recursos de salud disponibles.

PALABRAS CLAVE: Personal de Salud. Acceso a los Servicios de Salud. Personas con Mala Vivienda. Salud Pública.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR)¹, a PSR é definida como um grupo heterogêneo extremamente pobre, sem moradia convencional, que utiliza locais públicos como moradia de forma temporária ou permanente e que tem vínculos familiares interrompidos ou fragilizados^{2,3}.

Tal contexto, por sua vez, facilita a invisibilização da PSR perante o sistema de saúde², exigindo maiores esforços para assegurar o seu cuidado em saúde, conforme previsto pela constituição brasileira de 1988⁴.

No Brasil, essa população começou a se disseminar com a soltura dos escravos e a transição para o capitalismo⁵, e precisa ser entendida em sua dimensão multifatorial e como consequência das políticas que acentuam as desigualdades sociais, a pobreza, a precarização do trabalho e o desemprego. Além disso, esse grupo enfrenta diversos desafios como a fome, a má qualidade do sono, a falta de recursos para a higiene, a carência de documentação, a falta de segurança, a ausência de bem-estar físico e emocional e a falta de sentimento de pertencimento, entre outros, impedindo a sua melhora de vida e tendo como foco a subsistência^{5,6-8}.

A PSR vive em meio a intolerâncias, preconceitos e indiferenças devido à sua aparência e higiene, além do uso de substâncias psicoativas que faz com que seja culpabilizada e naturalizada pela sua condição de vida, isolando-a mais ainda da sociedade³.

Nesse âmbito, o uso de substâncias psicoativas (SPA) surge como uma forma de amenizar as consequências de toda essa exclusão, podendo ser um elemento de comunicação, cultura e estilo de vida, já que o indivíduo não é apenas o seu comportamento, mas também o seu ambiente⁹.

Com isso, esses indivíduos são extremamente vulneráveis a desenvolver problemas de saúde devido às suas condições de vida, que vão além do uso de álcool e drogas, como a exposição à violência física e psicológica, prostituição, sexo desprotegido, compartilhamento de seringas entre outros, somado ao fato de raramente procurarem o serviço de saúde para práticas preventivas, tendo como consequências a alta taxa de doenças entre essa população¹⁰ e uma maior taxa de mortalidade precoce, sendo 5,6 vezes maior em mulheres e 2,8 vezes maior em homens, quando comparada à da população geral³.

Um dos motivos para essa situação é a vergonha por sua condição de higiene, além do preconceito que sofrem pelos próprios profissionais e a falta de documentação, cadastro e comprovante de residência, obstáculos inseridos pelo serviço que explicitam a exclusão existente, modificando a experiência da PSR no sistema de saúde, conferindo novas características ao cuidado com esta população, as quais, caso estejam adequadamente

elucidadas e definidas, cenário esse atingível pelo fornecimento de voz ativa à pessoa em situação de rua no que tange à sua vivência com o sistema de saúde, podem ser adequadamente abordadas mediante a elaboração de ações públicas, por exemplo, pelas gestões municipais^{6,11-13}.

Neste caminho, foi necessário constituir no campo da Atenção Primária à Saúde o Consultório na Rua (eCR), que faz uma ponte entre a rua e os serviços de saúde^{14,15}, tendo por objetivo escapar do modelo de clínicas psiquiátricas, vigilâncias epidemiológicas e consultórios médicos, realizando a abordagem nos locais onde as pessoas se encontram, quer seja nas calçadas, nas praças ou até mesmo em terrenos baldios, sem assepsia, sem vocabulários formais e, principalmente, sem preconceitos¹⁶.

Por meio da construção de vínculos e confiança, o eCR acolhe e promove uma relação terapêutica e uma escuta qualificada identificando os problemas e as necessidades do usuário. Trata-se de uma abordagem inversa ao que normalmente acontece já que esses profissionais não são chamados para estarem ali¹⁴.

A Portaria nº. 122 de 2012 define o funcionamento dessas equipes, que devem ser multiprofissionais e atuar com prática colaborativa para lidar com as diferentes necessidades dessa população. Com isso, buscam aumentar o acesso aos serviços de saúde e articular o cuidado com a Rede de Atenção Psicossocial^{6,17}, promovendo a garantia mínima de alguns direitos humanos que, até pouco tempo, não eram objeto de atenção.

Desse modo, esse trabalho justifica-se pela importância de conhecer a relação entre PSR, eCR e demais serviços de saúde, compreendendo e, conseqüentemente, legitimando, a partir disso, as demandas e necessidades próprias desta, advindas da imersão da PSR em um contexto socioeconômico, cultural, político e histórico que a invisibiliza e exclui dos sistemas de cuidado.

Objetivo

Conhecer a experiência da pessoa em situação de rua com o Consultório na Rua e com os outros serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva¹⁸. A coleta de dados realizou-se com usuários atendidos pelo eCR em um município no interior do estado brasileiro de São Paulo, selecionado intencionalmente dada a problemática abordada na pesquisa.

Os dados foram coletados em um serviço municipal especializado no atendimento da PSR

nos períodos da manhã e tarde de dias úteis ao longo do mês de dezembro de 2022. Houve uma única recusa, sem o fornecimento de justificativa específica pelo usuário.

Nesse sentido, participaram da pesquisa usuários contemplados pelo seguinte critério de inclusão: (1) ser atendido pela equipe de Consultório na Rua; (2) ser maior de 18 anos; e (3) demonstrar interesse em participar da pesquisa. Foram excluídos da amostra usuários que possuísem déficit cognitivo causador de prejuízo para responder aos instrumentos de coleta de dados. Não foram encontradas no momento da coleta de dados usuárias do sexo feminino que atendessem ao critério de inclusão na pesquisa.

A seleção dos participantes ocorreu considerando a amostragem do tipo homogênea e de casos típicos, respectivamente, por agruparem uma mesma situação relacionada ao objeto de estudo e por potencializar a riqueza e a profundidade da experiência que se pretendeu investigar¹⁸.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu (parecer n.º 5.233.243; CAAE n.º 55027921.0.0000.5411). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A condução da coleta de dados deu-se através de entrevista semiestruturada tendo como base um roteiro para coleta de dados composto de duas partes: um questionário sociodemográfico em que se coletaram os seguintes dados: cidade onde reside, naturalidade, sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e tempo em situação de rua, com questões fechadas, com o objetivo de levantar informações para caracterização da amostra, e em seguida as questões norteadoras: “Como tem sido sua experiência de vida a partir do momento em que iniciou o contato com a equipe do Consultório na Rua?” e “Como tem sido sua relação com os serviços de saúde?”

As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos, sendo gravadas em áudio para posterior transcrição integral de seu conteúdo e constituíram o material qualitativo para a análise. Não foram realizadas repetições, retorno das descrições e anotações durante a coleta.

O roteiro e as questões norteadoras foram submetidos a um pré-teste no mesmo cenário em que a pesquisa foi conduzida. Essa etapa fundamentou-se no referencial autobiográfico e na narrativa do sujeito, permitindo ao participante expor sua experiência em torno do objeto de estudo estabelecido¹⁹. Além disso, o pré-teste favoreceu também o procedimento de coleta uma vez que o pesquisador pôde aprimorar sua abordagem.

A análise dos dados da vertente qualitativa foi pautada no pensamento hermenêutico-dialético, concepção adotada pela reflexão interpretativa que se funda na práxis e na busca pela compreensão crítica da realidade²⁰. Para análise das informações foram realizadas leituras flutuantes e exaustivas do conteúdo das narrativas, seguindo três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados¹⁹⁻²¹.

A organização dos dados foi orientada pela análise temática de conteúdo, método que consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis para permitir comparação com outros textos selecionados sob o mesmo critério^{19,20}. A análise incluiu classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando ideias convergentes, divergentes e complementares. Alcançou-se a saturação teórica pela reincidência das ideias obtidas por intermédio do processo de síntese, consolidando, assim, a lógica interna do objeto de estudo²¹. Por fim, os resultados adquiridos foram trabalhados na discussão mediante o referencial teórico da tríade estrutura-processo-resultado elaborada pelo médico libanês Avedis Donabedian²².

RESULTADOS

Participaram nove usuários, todos brasileiros e do sexo masculino — oito residentes do município de Botucatu e um de São Paulo. Quanto à faixa etária, dois possuíam entre 35 e 39 anos e um entre 40 e 44 anos; quatro tinham entre 45 e 50 anos, caracterizando-se como o grupo mais prevalente do estudo. Por fim, dois participantes apresentavam idade entre 60 e 64 anos. Em relação à cor ou raça, cinco declararam-se pardos, um preto e três brancos. Sobre o estado civil, registraram-se sete solteiros e dois divorciados. Com relação à escolaridade três possuíam ensino fundamental incompleto, cinco com ensino médio completo e um com ensino superior incompleto.

No que tange ao tempo vivendo na rua, um relatou estar há um mês em situação de rua, outro há um ano, um afirmou estar há dois anos em tal situação, dois referiram estar há três anos, um relatou estar há quatro anos nessa situação, um afirmou viver há cinco anos na rua e um informou estar há mais de 10 anos em situação de rua. Somente um dos participantes afirmou não estar, no período de realização da entrevista, em situação de rua.

Categoria temática I: Vivências no Sistema Único de Saúde

A experiência individual com o sistema de saúde é um fenômeno, por si só, subjetivo e diverso. Assim sendo, pode apresentar, sobrepostas, características positivas e negativas, em razão dos diversos aspectos relacionados ao contato com o serviço de saúde, seja no atendimento ou na relação com os profissionais da saúde, tornando-se complexo no contexto da PSR, tendo em vista os estigmas enfrentados por tal população, vulnerável do ponto de vista socioeconômico e com laços afetivos interpessoais²³, como demonstram as falas a seguir:

“Então, às vezes por a gente ser sozinho e também ser assim morador de rua, as pessoas, desfaz um pouco da gente e tal, desclassifica um pouco a nossa qualidade enquanto pessoa, mas infelizmente o sistema brasileiro é desse jeito.”(E7)

“Assim para mim normal, como quase todo mundo, me tratam bem e das vezes que eu precisei do posto de saúde não tenho nada a reclamar, a não ser duas semanas atrás, que eu precisei ir no pronto-socorro buscar uma internação no SARAD(Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas). Era o caminho que me disseram para buscar uma internação, expliquei pro médico que já estava numa situação descontrolada de droga, bebida e já não tinha mais o controle sobre mim, que se continuasse na rua o pior podia acontecer comigo[...] já tava nesse processo, vendo coisas, escutando coisas, me tornando agressivo, expliquei tudo isso e ele colocou na carta do encaminhamento como se não fosse um critério de urgência.”(E2)

“Ah foi boa de certo modo, a gente se torna uma criança, uma coisa que não tá no esquema, mas foi tratado bem, bem até demais porque eu não conseguia nem andar, então o pessoal da clínica médica tá de parabéns. Foi bom demais, continua sendo né porque eu não terminei o tratamento ainda.”(E1)

“Não, não, eu tinha bronquite, fiz tratamento pela Unesp e não tenho mais, faz tempo que não dá falta de ar, mais nada[...] foi bom, o pessoal dá atenção lá.”(E11)

No entanto, foram unânimes entre os entrevistados falas que apresentam a qualidade e importância dos serviços prestados pelo eCR, principalmente no que tange ao atendimento realizado, ressaltando elementos como a abordagem atenciosa dos profissionais e a assistência fornecida, seja na forma de cuidados imediatos ou realização de encaminhamentos para os demais serviços de saúde.

“A gente chama elas de anjos de branco, já vi elas pelas construções por aí, acordavam a gente, sabiam onde a gente tava e procurava até achar, media a pressão, quando tinha machucado fazia curativo, quando via que a gente tava doente levava pra tomar remédio.”(E5)

“Atendimento foi bom das meninas do Consultório de Rua[...]me trataram como um filho que precisa de cuidados.”(E1)

“Gostei do atendimento delas, não tem nada a reclamar só agradecer, é uma boa esse Consultório na Rua, deve permanecer porque é muito bom para os moradores de rua[...] elas ajudam os moradores de rua ali na hora caso tivesse alguma coisa poderiam ser encaminhados, ser ajudados também para tratar na rua, realmente ótimo esse trabalho que eles fazem, muito legal.”(E2)

Ademais, registrou-se o relato a respeito da diferença no tratamento oferecido à população em situação de rua nos grandes centros urbanos e em cidades interioranas.

“Aqui é um lugar que eu sou bem recebido, bem tratado, respeitado como ser humano. Ninguém nunca me desrespeitou de modo nenhum como ser humano, daqui eu não tenho que falar nada, só alguns lugares de São Paulo, que o sistema é crítico, pelos vários interiores assim que eu passei, não posso falar nada. Mas São Paulo é terrível né meu, é o caos, é violento, o dia a dia também é pesado, então talvez as pessoas num consigam suportar o peso do dia a dia, do trabalho deles, por isso às vezes acaba tratando a gente mal, mas em questão de outros lugares, as cidades fora de São Paulo, não tem o que reclamar.”(E7)

A vivência em serviços como o CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas) e SARAD (Serviço de Atenção em Álcool e Drogas) também figurou entre as temáticas abordadas nas entrevistas, apresentando, majoritariamente, repercussões benéficas em termos de qualidade de vida e adesão ao tratamento dos entrevistados. Conforme o apresentado nos seguintes trechos:

“Foi boa pelo, a equipe de psicólogos, psiquiatras, fica tudo bem, não tinha problema nenhum, se eu pudesse dar uma nota, eu daria nota máxima.”(E8)

“Não, me sinto bem. Psicólogo né. Se eu não for, não tem os remédios. Os remédios que me fazem ficar aqui também. Tira a ansiedade, o nervosismo, a vontade de usar de novo, a vontade de ir embora.”(E4)

“Boa, conheço o pessoal tudo lá, os doutores que me acompanham, que faz o psicológico, tem um doutor que acompanha a parte física também, as moças que fazem as pesquisas, bom tratamento.”(E9)

Categoria Temática II: Acesso da população em situação de rua aos recursos de cuidados em saúde

É necessário, para um cuidado em saúde adequado, o amplo acesso do paciente aos recursos materiais disponibilizados pelo SUS, como unidades básicas de saúde; hospitais; ambulatorios e farmácias populares, indispensáveis para a realização de seu tratamento. No entanto, hodiernamente, tal acesso é comprometido, assim como o apresentado nos seguintes trechos:

“Teve essa da intoxicação alimentar, eu quase morri mesmo de tanto esperar, de dor, e eles desacreditavam de mim, do que eu tava sentindo.”(E7)

“O último foi que eu quebrei a mandíbula, só que não tinha vaga, fiquei três dias esperando na recepção, no pronto socorro, com dor, veio uma enfermeira e aplicou um tramal, daí passou a dor. No terceiro dia um amigo meu que é chefe de enfermagem me arrumou uma vaga rapidinho na área do bebê, das criança mesmo, fiquei nove dias, no nono dia fizeram a cirurgia, foi bem feita, era pra eu ter voltado pra tirar as plaquinhas, não voltei, caiu sozinha.”(E6)

“Aí quando (a bolsa de ostomia) aturava um dia, eu tinha que colocar esparadrapo. Se não ela descolava inteira, e eu vinha de ônibus, tinha que pedir passe na época ainda. A carteirinha consegui aqui, com elas (eCR). Pedi ajuda, fui lá fazer perícia no postão também. Passei, consegui a carteirinha de ônibus. Agora não preciso pegar passe mais.”(E4)

Outrossim, a obtenção do tratamento farmacológico adequado apresentou dificuldades relacionadas a barreiras socioeconômicas, como o custeio próprio e logísticas, como o abastecimento dos centros de saúde. No entanto, relatos positivos também foram colhidos.

“Um eu pegava na faculdade, mas a faculdade não tem mais esse remédio, são dois, e os outros eu pego pela prefeitura mesmo, aí tenho que desembolsar do Auxílio Brasil.”(E1)

“Eu vou ter que passar amanhã para buscar uma receita que eu não encontrei no posto, é um de 50 mg que eu não lembro o nome do remédio, no posto só tinha de 25 mg. Então por causa que na receita tá 50 mg a moça da farmácia não pode entregar o remédio, então vou voltar lá amanhã para fazer outra receita para o comprimido de 25 mg .”(E2)

“Quatro anos pra voltar a pegar os colírios de novo, muito tempo. Porque eu desandei. Não trabalhando, não tando em casa, tava desandado já. Minha mãe ainda não sabia. Eu fazia escondido. Eu trabalhava, fazia mais final de semana. Aí eu peguei e não usei mais colírio, não fui mais atrás, aqui consegui de novo. Na semana passada já fui buscar. Tem mais dois tubos aí. Cada tubinho dá pra um mês, certinho”(E4)

“Pra pressão alta e epilepsia[...]pelo SUS, pelo SUS todos.”(E8)

A importância do fornecimento satisfatório de informações a respeito do seu tratamento e

diagnóstico ao paciente em situação de rua, bem como da adequação do projeto terapêutico ao contexto socioeconômico e cultural do sujeito, foi elucidada pelos relatos dos entrevistados, demonstrando o impacto de tais medidas na qualidade de vida do paciente.

“Tudo, só tem um que não é, que daí eu não tomo, não compro, porque pra mim não faz diferença, que é Topiramato, mas eu não preciso do Topiramato, eu preciso de descansar a cabeça, preciso de um diazepam e diazepam eles não davam.”(E5)

“Já...que é uma coisa muito grave, se tiver sozinho assim, corre o risco de morrer, porque não tem hora certa, não avisa a gente se tá mal, se tá suando, com frio, de nada.”(E8)

“Não comia, não dava fome, a droga não dá fome. Eu cheirava muita cocaína, e era alcoólatra. Aí nem usava bolsa. Quando acabava a bolsa não ia atrás. Tinha consulta, não ia...perdia as consultas, demorava mais quatro meses pra marcar outra de novo, ia perdendo as consultas, eu ia morrer né?”(E4)

“Eu enrolava um pano, ou usava assim... não usava bolsa, colocava só a camisa, perigoso pegar uma bactéria [...] tomar banho, quando eu tomava banho, tomava num rio sujo que tem lá em Vitoriana. Num córrego, de uma mina suja que tem lá.”(E4)

“Quando você vai no médico, o médico tem que explicar essas coisas certo, porque não é uma coisa comum, toda hora tá saindo que nem uma dor de cabeça, um resfriado, é uma coisa que quando vem a gente tem que tomar cuidado (hérnia inguinal). Então deveria de ser explicado bem como usar as coisas, porque ficar parado sem saber enrola a vida da gente, ainda mais a gente que mora na rua, tem que catar sucata, carregar peso.”(E1)

DISCUSSÃO

Esta pesquisa analisou as vivências da PSR com o eCR e os demais serviços de saúde, registrando os fatores que contribuem para uma experiência individual associando-os às suas respectivas fontes na tessitura sociocultural e econômica brasileira, contemplando também a relação entre o eCR e a PSR, e como se dá a construção do cuidado realizado pelo eCR¹⁷ junto a tal população. Além disso, aprofundou-se também a dificuldade de acesso da PSR aos recursos de cuidados necessários para a garantia de seu direito à saúde, conforme o estipulado pelo Art. 196. da Constituição Federal⁴.

Comparativamente, o perfil demográfico encontrado neste estudo se assemelha, em grande parte, àquele obtido em outras pesquisas a respeito da relação da PSR com os serviços de saúde. Os achados de Gontijo TG *et al.* (2024)²⁴ corroboram tal observação, apontando, dentre os 390 participantes em situação de rua, um predomínio de entrevistados do sexo masculino (85,6%) e pardos autodeclarados (41,8%). No entanto, parte dos dados apresentados são divergentes com os do presente estudo, com o grau escolar majoritário encontrado dentre os participantes sendo o de ensino fundamental incompleto (37,4%).

Os relatos obtidos podem ser organizados e interpretados mediante a Tríade de Donabedian²², a qual avalia a qualidade do cuidado oferecido, dividindo-o em três partes: estrutura, englobando os aspectos físicos das estruturas próprias do sistema de saúde, disponibilizadas para oferecer assistência, bem como o acesso a tais centros de cuidado;

processo, vinculado aos protocolos utilizados pelos profissionais da saúde para fundamentação diagnóstica e terapêutica além da relação de tais profissionais com os pacientes; e resultados, atrelados à capacidade do sistema de saúde em contribuir para a melhora efetiva do quadro clínico apresentado pelo paciente previamente, assim como promover seu bem-estar.

Desta forma, no que tange às experiências positivas com o sistema de saúde, os relatos fornecidos pelos entrevistados se atribuíram variadamente aos elementos da Tríade de Donabedian, com alguns destacando, estruturalmente, o amplo acesso ao sistema de saúde, sempre disponível para a realização de atendimentos quando necessário e a atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)^{22,25}, prestando assistência rápida nos casos em que foi ativado, desde o atendimento de um caso de infarto até situações de violência armada.

Ressaltou-se também a importância dos processos estabelecidos no âmbito do CAPS AD e SARAD, como o estabelecimento de vínculo entre a equipe multiprofissional e o paciente, para a obtenção de resultados positivos em termos terapêuticos.

Tal fato, por sua vez, é confirmado por um estudo realizado com as equipes do Centro de Atenção Psicossocial CAPS Adulto II Sé e do Consultório na Rua da Unidade Básica de Saúde da região da Sé, no município de São Paulo, o qual apontou que todos os usuários entrevistados, pessoas em situação de rua, destacaram a importância da construção de vínculo entre os profissionais e os usuários para melhores resultados terapêuticos e um cuidado mais efetivo como um todo, com o rompimento deste resultando em sofrimento e perda do acompanhamento dos pacientes²⁶.

Outrossim, experiências de caráter negativo, racionalizadas mediante o modelo de Donabedian apresentaram, em termos de queixas estruturais, enfoque nas dificuldades de acesso ao cuidado, problemática essa manifesta nos elevados tempos de espera, déficit de instalações adequadas e problemas de transporte até os centros de cuidado, com um dos entrevistados, uma pessoa ostomizada, relatando não ter adquirido o passe livre para o transporte público ao longo dos seis primeiros meses de seu tratamento^{22,27}.

No entanto, tais queixas não devem ser desvinculadas da realidade enfrentada pela PSR no Brasil, exposta rotineiramente a situações de violência, privações de direitos constitucionais e estigmas pela sociedade civil²⁸, as quais, em conjunto, contribuem tanto para às queixas apresentadas quanto para sua expulsão definitiva dos espaços, privados e públicos, que constroem a urbe moderna, conforme o apresentado em outro estudo²⁹, ao constatar que 36,5% da PSR participantes da pesquisa teriam sido expulsas de locais públicos, incluindo hospitais e postos de saúde²⁹.

Nesse contexto, Bezerra *et al.* (2015)³⁰ revela que os processos de exclusão, discriminação e violência sofridos pela PSR ocorrem de formas diversas e em espaços distintos, inclusive em espaços destinados ao acolhimento e cuidado em saúde. Silva (2009)³¹ destaca

também em seu estudo que além da PSR terem sido historicamente alijadas do acesso à saúde, quando entram nos serviços de saúde se deparam com o preconceito e falta de capacitação dos profissionais para atenderem às suas particularidades, além de ser obrigadas a lidar com vários entraves burocráticos, como não possuir documento de identificação, cartão do SUS, endereço domiciliar, entre outros documentos necessários para seu acompanhamento nesses serviços

Agamben (2002)³², retoma o conceito de *homo sacer*, do direito romano, apresentando um sujeito que, ao cometer um ato acima das leis humanas, é entregue ao domínio divino, não podendo ser sacrificado, uma vez que este é removido da vida qualificada, individual e coletiva, denominada, por Agamben, enquanto *Biós*, própria, no exemplo fornecido, dos cidadãos romanos.

Todavia, o caráter divino do *homo sacer*, desprovido, portanto, de *Biós*, transforma-o em vida nua, isto é, *zoé*, caracterizada pelo simples ato de viver, vida essa matável por qualquer cidadão, soberano frente ao *homo sacer*, “Esta violência - a morte insancionável que qualquer um pode cometer em relação a ele - não é classificável nem como um sacrifício e nem como homicídio, nem como execução de uma condenação, nem como sacrilégio”³².

Por esse prisma, a PSR na contemporaneidade é identificável como *homo sacer*³³, uma vez que, para a sociedade brasileira, imersa no contexto do capitalismo tardio, as vidas dignas e indignas de serem vividas estão vinculadas, majoritariamente, às capacidades produtivas individuais³⁴.

Desta forma, a PSR, presente no imaginário coletivo por fazer parte de uma massa de vagabundos, inúteis e preguiçosos, mesmo realizando atividades informais, não possuindo, todavia, carteira assinada de trabalho, legitimadora da identidade de trabalhador³⁴, experimenta a vida nua, com seus direitos básicos tolhidos, ainda que protegidos por lei, imersa em um contexto social de exclusão e inclusão simultânea³³, panorama este expresso, por exemplo, pela desassistência, negligência e preconceitos em relação à PSR perpetuados nos serviços de saúde públicos do país.

Isto posto, é necessária a análise crítica das queixas dos entrevistados relativas aos processos desenvolvidos no sistema de saúde, as quais envolvem a desqualificação dos sintomas relatados pelo doente; ausência de explicação, em uma linguagem acessível ao paciente, das características de sua condição clínica, medidas a serem tomadas para o melhor resultado terapêutico e possíveis desfechos de seu tratamento, pelos profissionais da saúde.

Adicionalmente, tal raciocínio também deve ser aplicado no entendimento das questões referentes à esfera dos resultados, expressas, por exemplo, através de relatos sobre o agravamento da doença, em consequência do abandono do tratamento pelo paciente.

Tal abandono, por sua vez, foi associado tanto a problemas estruturais, como o não fornecimento dos medicamentos demandados pela terapêutica, quanto a fatores como o abuso

de substâncias, atribuindo a si, em um processo de autculpabilização, a responsabilidade pela descontinuidade do tratamento, o qual pode apresentar uma correlação exclusiva, pelos integrantes da PSR, entre sua condição de morar nas ruas e o abuso de álcool e substâncias químicas³⁵.

Diante da complexidade do fenômeno da PSR e sua expressão no espaço urbano, são necessárias ações articuladas em diversos quesitos dentro das políticas públicas. Entretanto, a articulação da rede de cuidado apresenta-se como desafio para o cuidado integral da PSR. Como manifestação desse desafio, encontramos a articulação do eCR com os serviços de saúde mental, menos frequente do que a articulação com a assistência social e demais equipes da atenção básica e hospitais gerais, ainda que as demandas relacionadas ao sofrimento mental se façam presentes no cotidiano da PSR³⁶.

Por último, uma vez que não houve queixas pelos entrevistados em relação às suas experiências em saúde com o eCR, torna-se possível, por intermédio da Tríade Donabediana, sistematizar as formas como esta constrói o cuidado, afetando positivamente a experiência de seus usuários.

Estruturalmente, o eCR se baseia em equipes multiprofissionais que realizam assistência em saúde de forma itinerante, compostas por enfermeiros; psicólogos; assistentes sociais; técnicos de enfermagem e de saúde bucal; cirurgiões dentistas; terapeutas ocupacionais; profissionais de educação física; arte e cultura e médicos³⁷, abordando a PSR nos lugares em que esta se localiza. Destarte, obtém-se a inversão da lógica tradicional dentro do sistema de saúde, materializada na busca ativa, pelo eCR, das pessoas que compõem a PSR, oferecendo assistência em saúde de forma diversificada e personalizada para cada indivíduo³.

Ademais, em relação aos processos de cuidado estabelecidos pelo eCR, ressalta-se a importância conferida pelo eCR à criação de vínculo com o paciente, contribuindo decisivamente para resultados terapêuticos positivos²⁶.

O vínculo, por sua vez, é construído a partir de diferentes elementos, porém, destaca-se nos relatos coletados o papel da escuta e do olhar ativos no estreitamento da relação entre os indivíduos assistidos pelo eCR, captando demandas e narrativas antes ignoradas pelo sistema de saúde, sob as quais o eCR poderá prestar assistência.

Tal fenômeno é ilustrado pela atuação do eCR em auxiliar um dos entrevistados a conseguir o passe livre para transporte público e trocar o tipo de bolsa de ostomia utilizada em seu tratamento, uma vez que este relatou problemas relacionados tanto à durabilidade da bolsa prévia, quanto às possibilidades de higienização da bolsa, referindo tomar banho em um córrego, situação que o desestimulou a dar continuidade ao tratamento.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se com o estudo a pluralidade da relação entre a PSR, o eCR e os demais serviços de saúde, variando de vivências positivas até situações de negligência e desassistência, motivadas por estigmas sociais e pela própria lógica organizacional do sistema de saúde, advindos de um contexto econômico e político que legitima a violência contra populações vulneráveis.

Nesse contexto, o eCR apresenta-se como restituidor dos direitos da PSR, garantindo, pelo deslocamento até os locais onde a PSR se encontra e pela escuta e olhar ativos da equipe multiprofissional, capacitada para auxiliar, seja por meio de orientações, encaminhamentos a centros de saúde e serviços de assistência social ou assistência em saúde de maneira direta, a PSR a ter suas necessidades em saúde supridas.

Sob esse prisma, é nítido o potencial benefício da ampliação do número de eCR atuantes e sua maior integração com os demais componentes da rede de atenção de saúde, em especial componentes com enfoque em saúde mental, diminuindo os danos humanos causados pela desassistência crônica à PSR no Brasil.

Todavia, dentre as limitações do estudo está a coleta de dados restrita aos usuários de um único serviço de assistência social de um município do interior paulista. Ademais, a ausência de participantes do sexo feminino confere um viés de gênero androcêntrico à pesquisa, não abordando as experiências das mulheres que integram a PSR com o sistema de saúde e eCR, sendo necessária a inclusão desta parcela da população em estudos posteriores quanto ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
2. Friedrich MA, Wetzel C, Camatta MW, Olschowsky A, Schneider JF, Pinho LB, *et al.* Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *J. nurs. health.* 2019 [acesso em 2023 ago. 08]; 9(2):e199202. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047261/1.pdf>
3. Campos A. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. *Saúde e Sociedade [Internet].* 2018 [acesso em 2023 ago. 23];27(4):997-1003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/r6wGzjvVdWBVQV8qQwrvJbK/> DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180908>.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988;[acesso em 2023 ago. 8]; Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
5. Cruz JR, Cruz TAQUETTE SR. Viver na rua: vulnerações e a bioética da proteção. *Revista Bioética [Internet].* 2020 [acesso em 2023 ago. 27];28(4):637-646. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/WxKbcZgTbYhbmLVTKZvGFGL/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284427>.

6. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2018 [acesso em 2023 ago. 8];71(suppl 1):684-692. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/#>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>.
7. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 ago. 8];43(spe7):50- 61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/#> DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>.
8. Silva CVV. População em situação de rua: um olhar da terapia ocupacional. Porto Alegre; s.n; 2020. 87 p. tab, ilus.
9. Silva AB da, Olschowsky A, Wetzel C, Silva TJ, Pavani FM. Desvelando a cultura, o estigma e a droga enquanto estilo de vida na vivência de pessoas em situação de rua. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 ago. 08];25(10):3713- 3721. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/W5jWLP356PcMz68GT68zfWN/> DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.36212018>.
10. Patricio, ACFA, Figueiredo MSBR, Silva DF, Rodrigues BFL, Silva RF, Silva RAR. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.]. 2020 [acesso em 2023 ago. 23];28, e44520. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/44520> DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44520>
11. Hamada RKF, Alves MJM, Hamada HH, Hamada JSF, Valvassori PMD. População em situação de rua: a questão da marginalização social e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Rev. APS*. 2018 [acesso em 2023 ago. 23];21(3):461-469. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-982028>.
12. Wijk LBV, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 ago. 27];24(9):3357-3368. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jkVXqj4J7w4FmxXVZ3YnWFy/> DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>.
13. Valle FAA, Farah BF, Carneiro Junior N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde Debate*. 2020 [acesso em 2023 ago. 08];44(124):182-192. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Jbg5jB3yFMBQjnyJkcTfy3f/?lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>
14. Duarte AHC. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos Contextos* (Porto Alegre) [Internet]. 2019 [acesso em 2023 ago 27];18(2):e34306. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/34306>. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>
15. Teixeira MB, Belmonte P, Engstrom EM, Lacera A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [on-line]. 2019 [acesso em 2023 ago. 23]; 43(spe7):92-101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HvKgjfjk3zpkctHBKFMn6tz/#>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>. .
16. Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2018[acesso em 2023 ago. 8];22(67):1043-1052. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>.
17. Ministério da saúde (Brasil). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Institui as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União* 26 de janeiro de 2012; seção 1.
18. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodologia de Pesquisa* 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.

20. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 83-107.
21. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesqui Qual. 2017 [acesso em 2023 ago. 27];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
22. D Avedis. The quality of care how can it be assessed?. Journal of the American Medical Association. 1988; [acesso em 2023 ago. 8];260(12):1743-1748. Disponível em: <https://healthpartners.chistjosephhealth.org/wp-content/uploads/2018/09/Donabedian- JAMA-1988-2.pdf>
23. Antonsen LK, Lassen AT, Nielsen D, Østervang C. The Wall of Stigma - A Qualitative Study on the Health Perceptions of Socially Marginalised Patients. Scand J Caring Sci. 2025 Sep [acesso em 2023 ago. 15];39(3):e70091. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.70091>
24. Gontijo TG, Oliveira BC, Dias AL, Hino P, Freitas GL, Lana FC. População em situação de rua: fatores para utilização dos serviços de saúde. Acta Paul Enferm. 2024 [acesso em 2024 dez. 27];37:eAPE0000186. Disponível em : People experiencing homelessness: factors for the use of health services – Acta Paulista de Enfermagem DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000186>
25. Almeida, PMV de, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Escola Anna Nery [internet]. 2016 [acesso em 2023 ago. 23];20(2):289-295. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jqr8vfFBg7S6CgcvxjGW6tv/> DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>.
26. Wijk LBV, Mângia EF. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. Saúde em Debate [internet]. 2017 [Acesso em 2023 out. 02];41(115):1130-1142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jqr8vfFBg7S6CgcvxjGW6tv/#> DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711511>
27. Governo do Estado de São Paulo [Passe Livre-Secretaria da Pessoa com deficiência]. Passe Livre. Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/legislacao/passe-livre/>
28. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2016 [acesso em 2023 ago. 27];21(8):2595-2606. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfP7fKXpsW84f6gxM8r/?lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
29. Pimenta MM. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. Civitas - Revista de Ciências Sociais [internet]. 2019 [acesso em 2023 ago. 27];19(1):82-104. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/30905/17714> DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30905>
30. Bezerra WC, Firmino GCS, Javarrotti ES, Melo FVM, Calheiros PFF, Silva RGLB. O cotidiano de pessoas em situação de rua em Maceió-AL: rupturas, sociabilidades, desejos e possibilidades de intervenção da terapia ocupacional. Cad Ter Ocup da UFSCar. 2015 [acesso em 2023 ago. 23];23(2):335-46. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281791550_O_COTIDIANO_DE_PESSOAS_EM_SITUACAO_DE_RUA_EM_MACEIO_AL_RUPTURAS_SOCIABILIDADES_DESEJOS_E_POSSIBILIDADES_DE_INTERVENCAO_DA_TERAPIA_OCUPACIONAL DOI: 10.4322/0104-4931.ctoAO0541
31. Silva MLL. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez; 2009.
32. Agamben G. Homo sacer o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
33. Faria FG, Batista RS. (Bio)ética e população em situação de rua: entre Agamben e Derrida. Revista Bioética [Internet]. 2020 [acesso em 2023 ago 27];28(4):628-636. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/jHkVhMZ3rShfBVwgSVzFmsP/?lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284426>

34. Sousa DRM. A biopolítica em Giorgio Agamben: Estado de Exceção, poder soberano, vida nua e campo. Natal. Dissertação (mestrado em filosofia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). 2017 [acesso em 2023 ago. 27]; 88. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/22594/1/DaniguiReniguiMartinsDeSouza_DISSERT.pdf
35. Regina CF, Regina YDC, Leonardo MK, Beatriz LC, Joab JSX. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2016 [acesso em 2023 ago. 27]; 37(spe):1- 8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WPGQ8PpXRz9zLv5rcKfvbgy/> DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72861>
36. Silva CC, Cruz M, Vargas M. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde em Debate. 2015 [acesso em 2023 ago. 27]; 39(spe), 246-256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBqqKT9JyJgJndzcTcjxRMh/?lang=pt> DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
37. Governo Federal Brasileiro [Consultório na Rua - Ministério da Saúde - Governo Federal]. Consultório na Rua [acesso em 2023 ago. 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Henrique Mendonça Del Nero Festa Nobre	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)	https://orcid.org/0009-0000-0043-1239	http://lattes.cnpq.br/1446776265287481
Michelle Cristine de Oliveira Minharro	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)	https://orcid.org/0000-0001-7001-5935	http://lattes.cnpq.br/1658599597609935
Tainá Nikoli Goes	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)	https://orcid.org/0000-0002-6378-8443	http://lattes.cnpq.br/6101255810893810
Guilherme Correa Barbosa	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)	https://orcid.org/0000-0002-7433-8237	http://lattes.cnpq.br/4066495284331881
Autor correspondente	Michelle Cristine de Oliveira Minharro  michelle.minharro@unesp.br		

Metadados		
Submissão: 5 de fevereiro de 2024		Aprovação: 10 de fevereiro de 2026
		Publicação: 17 de junho de 2026
Como citar (Vancouver)	Nobre HMDNF, Minharro COM, Goes TN, Barbosa GC. A experiência da pessoa em situação de rua com os serviços de saúde. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292643484. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.43484	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: HMDNFN, MCOM, GCB. Análise ou interpretação dos dados: HMDNFN, MCOM, TNG, GCB. Elaboração do Rascunho: HMDNFN, TNG. Revisão crítica do conteúdo: HMDNFN, MCOM, GCB. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho	

[Início](#)