

Ísis Oliveira Ribeiro¹
Ananda Carvalho Martins¹
Gislaine Cristina Moraes de Oliveira¹
Milena de Oliveira Simões²
Lélia Cápua Nunes¹
Eulilian Dias de Freitas¹
Waneska Alexandra Alves¹

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, Brasil.

²Universidade Vale do Rio Doce, Brasil.

RESUMO

Introdução: O contexto de vida da população em situação de rua (PSR) é permeado de obstáculos ao acesso à saúde. **Objetivo:** Analisar características sociodemográficas, morbidade, fatores de risco, procura aos serviços de saúde, realização de exames de triagem e a avaliação do serviço prestado pela Equipe de Consultório na Rua (ECR) pela população em situação de rua de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com um questionário estruturado aplicado na PSR do município. **Resultados:** Foram entrevistadas 85 pessoas, com média de 43 anos de idade e 8 anos de vida na rua. 72,8% referiram possuir pelo menos uma morbidade e apenas 33,9% utiliza medicamentos para o tratamento das condições de saúde. Observou-se uma baixa taxa de realização de exames de rastreio para neoplasias, indicando a dificuldade de acesso ao cuidado integral à saúde. **Conclusão:** Percebeu-se que a maior parcela da PSR busca principalmente a Atenção Primária quando precisa de cuidado em saúde, o que pode ser facilitado pela existência de serviços específicos para essa população no município analisado.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Populações Vulneráveis; Serviços de Saúde; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The life context of the homeless persons (HP) is permeated with obstacles to accessing health services. **Objective:** To analyze the sociodemographic characteristics, morbidity, risk factors, demand health care, carrying out screening exams and evaluating the service provided by the HP in Governador Valadares, Minas Gerais, Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional study, with a structured questionnaire applied in the HP of the city. **Results:** 85 people were interviewed, with an average of 43 years of age and 8 years experiencing homelessness. 72.8% reported having at least one morbidity and only 33.9% use medication to treat it. There was a low rate of screening tests for cancer, indicating the difficulty of accessing comprehensive health care. **Conclusion:** The largest portion of the HP mainly seeks Primary Care when they need health care, which can be facilitated by the existence of specific health services for this population in the city.

Key-words: Ill-Housed Persons; Vulnerable Populations; Health Services; Equity in Access to Health Services.

✉ **Ísis Ribeiro**

Av. Bruno Chaves, 288, Morada do Acampamento, Governador Valadares, Minas Gerais
CEP: 35012-445
✉ isisoliveira.ribeiro@estudante.ufjf.br

Submetido: 29/03/2023

Aceito: 28/09/2023



INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) é definida pela Política Nacional para a População em Situação de Rua como um

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória [...].¹

Em 2016, projeções do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estimaram que existiam mais de 100 mil pessoas em situação de rua no Brasil, e quase metade delas vivia na região Sudeste.² O contexto da vida nas ruas envolve uma situação de vulnerabilidade em decorrência da pobreza extrema, insegurança, falta de vínculos familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas, violências físicas e emocionais, preconceito, dificuldade de acesso à água, alimentos e higiene básica e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros fatores.^{3,4}

As diversas limitações no acesso aos serviços de saúde enfrentadas pela PSR podem ocorrer em decorrência da própria negação de atendimento por parte do serviço, um mau atendimento anterior e até mesmo preconceitos com relação à condição de PSR manifestados em algum momento.⁵ Soma-se aos fatores anteriores a falta de documentação dos indivíduos que compõem essa população, o que esbarra na burocracia dos serviços de saúde no Brasil.^{3,4} Em muitos municípios brasileiros ainda inexistem em quantidade e qualidade suficientes programas e serviços destinados a essa população e que abarquem suas particularidades.³

A dificuldade de acesso à saúde pela PSR inicia-se na própria invisibilidade. Por muito tempo essa população foi vista apenas como alvo de políticas assistencialistas e, às vezes, higienistas, ou foi totalmente ignorada. No Brasil, apenas em 2009 a Política Nacional para a População em Situação de Rua foi instituída e, a partir disso, políticas públicas voltadas especificamente a essa população começaram a ser implementadas nas diferentes esferas.^{5,1}

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como porta de entrada do serviço e a Estratégia de Saúde da Família, nesse sentido, amplia a resolutividade ao favorecer a reorientação do processo de trabalho e, desse modo, auxilia na consolidação da atenção básica como porta de entrada do sistema.⁶ Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituiu como integrantes da

APS as unidades do Consultório na Rua (CNR), com foco no atendimento à PSR.⁷ O CNR é formado por equipes multiprofissionais divididos em três modalidades com diferentes composições e tem como particularidade o caráter itinerante,⁴ com o desenvolvimento de ações tanto nas ruas e unidades móveis, quanto em instituições do território. A Equipe de Consultório na Rua (ECR) precisa atuar de forma articulada com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) voltados ao atendimento da PSR.⁶

No escopo de ações da Assistência Social, a PSR também conta com serviços especializados.⁸ São oferecidos para essa população o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, o Serviço Especializado em Abordagem Social e os Serviços de Acolhimento Institucional (em abrigos, casa-lar, casa de passagem etc).⁸

Apesar da existência de políticas públicas com diretrizes que contemplem o apoio, o cuidado e a atenção integral à PSR, ainda são escassos estudos quantitativos sobre o acesso à saúde por essa população que possam subsidiar a tomada de decisões para garantir efetividade no atendimento às necessidades sociais e de saúde da PSR, em especial para cidades de médio e pequeno porte. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi descrever as características sociodemográficas, a prevalência de morbidade autorreferida e de fatores de risco, bem como a procura e utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua de Governador Valadares, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com delineamento transversal, que utilizou questionário padronizado, estruturado, para identificar o perfil sociodemográfico, os comportamentos, os hábitos de vida e o perfil de utilização de serviços de saúde da PSR no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Governador Valadares está localizado no Leste do estado de Minas Gerais a 316 km da capital, Belo Horizonte, e adscrito na região do Vale do Rio Doce. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa da população em 2020 foi de 281.046 habitantes.⁹ Em 2015, o município instituiu a ECR modalidade III, conforme diretrizes de organização e funcionamento estabelecidas pelo Ministério da Saúde.¹⁰ Essa modalidade caracteriza-se por uma equipe composta por três profissionais de ensino superior, três de ensino médio e um médico, para cada 80 a 1.000 pessoas em situação de rua.

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos com 18 anos ou mais que estavam em situação de rua no município no momento da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que se encontravam sob influência de álcool ou

drogas durante a abordagem dos entrevistadores ou que por qualquer outro motivo estiveram impossibilitados de compreender as perguntas e participar da entrevista. De acordo com um levantamento realizado pela Prefeitura de Governador Valadares,¹¹ estimava-se que a quantidade de pessoas vivendo em situação de rua seria de, aproximadamente, 120 indivíduos na cidade. Devido à grande mobilidade dessa população e à dificuldade de identificação por não terem endereço fixo, adotou-se nesse estudo a amostragem por conveniência. O mapeamento dos locais de abordagem da PSR foi realizado a partir de bases de dados municipais e informações advindas da ECR. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e em caso de impossibilidade de assinar, foi utilizada a identificação pela digital.

A abordagem da PSR ocorreu em seus locais de permanência mais frequentes na cidade (praças e avenidas), além de instituições municipais de acolhimento da Assistência Social, como o Abrigo Noturno Municipal e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social em População de Rua (Centro POP). A equipe de entrevistadores, composta por profissionais da área da saúde e estudantes de graduação do curso de medicina, foi previamente treinada visando à padronização da condução das entrevistas e do preenchimento dos questionários.

A coleta de dados foi planejada para acontecer no menor período de tempo com o maior número de pesquisadores possível, ocorrendo em um dia no Abrigo Noturno e em uma semana (de segunda a sexta-feira) nos locais de permanência identificados no município. Tal medida justificou-se pela grande mobilidade dessa população e pela minimização da chance de ocorrerem entrevistas duplicadas. A abordagem foi individual e todas as pessoas em situação de rua presentes nos locais de coleta foram convidadas a participar. A coleta foi realizada no período diurno, exceto no Abrigo Noturno, onde ocorreu após as 18h e com acompanhamento de um membro da ECR.

Os dados foram submetidos à dupla digitação e processados com o *software* IBM SPSS® *Statistics* 23. Os bancos de dados foram então comparados, sendo verificadas inconsistências e os dados faltantes identificados e completados quando possível.

As análises dos dados incluíram procedimentos de estatística descritiva, tais como distribuição de frequências (relativa e absoluta). Para análise inferencial utilizou-se o teste do qui-quadrado, com definição de um valor de $p < 0,05$ para nível de significância.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob parecer número 2.698.623.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 85 pessoas em situação de

rua no município de Governador Valadares. Estima-se que 15% da PSR do município no momento do estudo não tenha sido entrevistada por se negarem a participar da pesquisa ou estarem sob efeito de álcool ou drogas.

A proporção de entrevistados do sexo masculino foi maior que do sexo feminino, 75,3% *versus* 24,7%, respectivamente. A idade mais prevalente foi entre 40 e 59 anos, sendo a média 43 anos (19 a 73 anos). Com relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados (71,4%) declarou ter cursado alguma série do ensino fundamental e duas pessoas (2,4%) relataram ter cursado o ensino superior (Tabela 1).

O tempo de vida na rua variou de menos de um a quarenta anos, sendo que 24,4% dos indivíduos estavam em situação de rua há até um ano e 32,9% há mais de 10 anos, não havendo diferença significativa entre os sexos. A média de tempo de vida na rua foi de 8,04 anos, com mediana de 5 anos. Menos da metade dos entrevistados (49,4%) recebia algum tipo de benefício ou auxílio do governo, sendo o mais frequente (40,0%) o Programa Federal Bolsa-Família.¹² Trinta e um indivíduos (36,5%) eram naturais do próprio município e 64 (75,3%) de outros municípios de Minas Gerais.

Com relação às condições de saúde dos entrevistados, 72,8% reportaram pelo menos uma morbidade. A média de tempo de vida na rua entre aqueles que referiram alguma morbidade foi 8,7 anos, enquanto entre os que não referiram foi 5,6 anos, com significância limítrofe ($p = 0,05$). Com relação ao número de morbidades, 34,6% dos entrevistados referiram possuir apenas uma e 38,3% referiram duas ou mais comorbidades. Apenas 33,9% estavam em uso de medicamentos para a enfermidade que possuíam no momento da entrevista.

As morbidades mais frequentemente relatadas foram doenças nos dentes (42,9%), hipertensão arterial (27,5%) e depressão (23,7%), não havendo diferença significativa entre os sexos (Tabela 2).

Quando questionados sobre a presença de fatores de risco, 80,7% dos indivíduos afirmaram fazer uso de tabaco no momento. A frequência do uso de álcool foi relatada como diária por 42,4% dos entrevistados, em contrapartida, 38,8% afirmaram que nunca ou quase nunca fizeram uso de bebidas alcoólicas. Já o uso de drogas ilícitas foi relatado por 54,8% dos indivíduos, com maior prevalência da maconha (53,3%). Entre os indivíduos que referiram alguma morbidade, a prevalência de tabagismo foi de 81,0%, de álcool, 69,5% e de drogas ilícitas 51,7%.

Sobre a procura aos serviços de saúde do município, 29, 8% ($n = 25$) dos entrevistados afirmaram que, pelo menos uma vez, demandaram atendimento na rede de serviços de saúde do município e não conseguiram. Os níveis de complexidade mais procurados pela PSR estão descritos na Tabela 3: APS (43%), seguido da Atenção Terciária (34,7%).

Análises adicionais evidenciaram que, na APS,

Tabela 1: Dados sociodemográficos, de acordo com o sexo, da população em situação de rua de Governador Valadares, Minas Gerais, 2018.

Características gerais	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	p valor*
Faixa etária (anos)				
19 a 39	21 (72,4)	8 (27,6)	29 (34,5)	0,254
40 a 59	37 (74)	13 (26)	50 (59,5)	
Mais de 60	5 (100)	0 (0)	5 (5,95)	
Cor ou raça				
Branca	7 (63,7)	4 (36,3)	11 (13,8)	0,198
Preta/negra	24 (85,7)	4 (14,3)	28 (35)	
Parda	28 (71,8)	11 (28,2)	39 (48,8)	
Indígena	0 (0)	1 (100)	1 (1,3)	
Amarela (oriental)	1 (100)	0 (0)	1 (1,3)	
Estado civil				
Sem cônjuge	54 (79,4)	14 (20,6)	68 (80)	0,452
Com cônjuge	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (20)	
Escolaridade				
Nunca frequentou	3 (100)	0 (0)	3 (3,6)	0,205
Até o 1º grau (Ensino Fundamental)	47 (78,3)	13 (21,7)	60 (71,4)	
2º grau ou mais (Ensino Médio ou mais)	13 (61,9)	8 (38,1)	21 (25)	
É beneficiário de algum programa do governo?*				
Não	30 (69,8)	13 (30,2)	43 (50,6)	0,315
Sim	34 (81)	8 (19)	42 (49,4)	
Estava com algum documento de identificação no momento da entrevista				
Não	16 (25,4)	8 (38,1)	24 (28,6)	0,278
Sim	47 (74,6)	13 (61,9)	60 (71,4)	
Tempo de tempo de vida na rua				
Até 1 ano	15 (75)	5 (25)	20 (24,4)	0,959
De 2 a 9 anos	27 (77,1)	8 (22,9)	35 (42,7)	
10 anos ou mais	20 (74,1)	7 (25,9)	27 (32,9)	

*Valor-p obtido por meio do Teste Qui quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, quando apropriado. **Inclui aposentadoria. Os valores de n podem variar devido a valores perdidos, em algumas variáveis.

Tabela 2: Morbidade autorreferida, em relação ao sexo, na população em situação de rua de Governador Valadares, Minas Gerais, 2018.

Morbidade	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)	p Valor*
Doença nos dentes				
Sim	25 (43,1%)	8 (42,1%)	33 (42,9%)	1,00
Não	33 (56,9%)	11 (57,9%)	44 (57,1%)	
Total	58 (100%)	19 (100%)	77 (100%)	
Hipertensão arterial				
Sim	16 (26,7%)	6 (30%)	22 (27,5%)	0,778
Não	44 (73,3%)	14 (70%)	58 (72,5%)	
Total	60 (100%)	20 (100%)	80 (100%)	

Depressão				
Sim	11 (19,6%)	7 (35%)	18 (23,7%)	0,221
Não	45 (80,4%)	13 (65%)	58 (76,3%)	
Total	56 (100%)	20 (100%)	76 (100%)	
Doença mental				
Sim	7 (12,1%)	4 (20%)	11 (14,1%)	0,459
Não	51 (87,9%)	16 (80%)	67 (85,9%)	
Total	58 (100%)	20 (100%)	78 (100%)	
Doença de pele				
Sim	6 (10,5%)	3 (15%)	9 (11,7%)	0,6886
Não	51 (89,5%)	17 (85%)	68 (88,3%)	
Total	57 (100%)	20 (100%)	77 (100%)	
Doença do coração				
Sim	4 (7,5%)	3 (16,7%)	7 (9,9%)	0,3591
Não	49 (92,5%)	15 (83,3%)	64 (90,1%)	
Total	53 (100%)	18 (100%)	71 (100%)	
Diabetes				
Sim	4 (6,9%)	2 (10%)	6 (7,7%)	0,6432
Não	54 (93,1%)	18 (90%)	72 (92,3%)	
Total	58 (100%)	20 (100%)	78 (100%)	
Tuberculose				
Sim	2 (3,5%)	0 (0%)	2 (2,6%)	1,00
Não	55 (96,5%)	19 (100%)	74 (97,4%)	
Total	57 (100%)	19 (100%)	76 (100%)	
HIV/AIDS				
Sim	0 (0%)	1 (5%)	1 (1,3%)	0,2667
Não	55 (100%)	19 (95%)	74 (98,7%)	
Total	55 (100%)	20 (100%)	75 (100%)	

*Valor-p obtido por meio do Teste Qui quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, quando apropriado.

Tabela 3: Nível de atenção à saúde e outros serviços procurados, em relação ao sexo, pela população em situação de rua no município de Governador Valadares, Minas Gerais, 2018.

Nível de Atenção	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total* N (%)
Atenção Primária	31 (43,1)	10 (43,5)	41 (43,2)
Atenção Secundária	6 (8,3)	0 (0,0)	6 (6,3)
Atenção Terciária	24 (33,3)	9 (39,1)	33 (34,7)
Serviço de Proteção Social	11 (15,3)	4 (17,4)	15 (15,8)

*Refere-se ao total de respostas. Os entrevistados listaram todos os serviços que procuravam, podendo marcar mais de uma opção.

o serviço mais buscado foi o CNR (31,7%) e, no nível terciário, o Hospital Municipal foi citado por 40,5% dos entrevistados. Dos 85 entrevistados, 15 (17,6%) relataram procurar por atendimento em saúde no Serviço de Proteção Social do município.

Do total de entrevistados, 58,0% afirmaram que um profissional de saúde aferiu sua pressão arterial há menos de três meses e 25,9% informaram que essa aferição ocorreu entre três meses e um ano (Tabela 4).

A realização de exame de rastreamento para câncer

de próstata foi relatada por 19,6% dos homens acima de 40 anos. Entre as mulheres acima de 35 anos, a taxa de realização do exame das mamas (mamografia ou palpatório) foi de 52,6% e do exame citopatológico do colo de útero, de 68,4%. Destaca-se o percentual de indivíduos que não realizaram os exames de rastreamento por falta de vontade/interesse próprios (Tabela 4).

Com relação ao serviço oferecido pelo CNR, 71,1% dos entrevistados afirmaram que foram atendidos pela equipe ao menos uma vez. Dentre esses, 75,9%

afirmaram que a equipe atende em quantidade suficiente para suprir as suas demandas e 89,1% afirmaram que a equipe atende bem as necessidades de saúde. Ademais, 88,1% desses indivíduos consideraram que as atividades do CNR melhoraram sua saúde (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O perfil da PSR do município pesquisado é similar ao descrito na literatura brasileira, sendo constituída majoritariamente por pessoas do sexo masculino, de cor parda e de baixa escolaridade, sendo que a faixa etária predominante é de 40 a 59 anos.^{4,5,13-16} A média de tempo de vida na rua foi de 8,04 anos (mediana de 5 anos), resultado consonante com a pesquisa censitária da PSR realizado em 2015 na cidade de São Paulo e no mais recente estudo de abrangência nacional sobre a PSR, cujos dados foram coletados anteriormente à implementação de políticas específicas para essa população.^{16,17} Ressalta-se a grande parcela de pessoas que relataram viver na rua há dez anos ou mais (32,9%), demonstrando que essa situação frequentemente torna-

se crônica. Tal fato configura-se como desafio adicional para os serviços de saúde e assistência social a essa população, pois o envelhecimento na rua traz consigo o aumento do risco para diversas doenças – cujo curso será vivido em situação de rua – além dos impactos psicológicos e sociais de uma trajetória de vida numa situação constante de exposição à violência e fragilidade de laços interpessoais, entre outros.¹⁸

A PSR da cidade apresentou elevado nível de adoecimento, já que 70% dos entrevistados referiram pelo menos um problema de saúde. O último estudo nacional apontou morbidade autorreferida de 30% nessa população,¹⁷ um percentual consideravelmente mais baixo em comparação com a PSR de Governador Valadares. Uma possível explicação para essa diferença é o efeito da implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, que visa à ampliação do acesso aos serviços de saúde por essa população e que resultaria em maior quantidade de diagnósticos, melhor acesso aos tratamentos e melhor percepção sobre a própria saúde. As morbidades mais relatadas entre os respondentes são similares à estudos publicados

Tabela 4: Realização de exames de triagem pela população em situação de rua de Governador Valadares, Minas Gerais, 2018.

Exames de triagem	Sexo		Total N (%)
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	
Última aferição da pressão arterial (N= 81)			
Menos de três meses	33 (55,0)	14 (66,7)	47 (58,0)
Entre três e um ano	15 (25,0)	6 (28,6)	21 (25,9)
Mais de um ano	12 (20,0)	1 (4,7)	13 (16,1)
Total	60 (100,0)	21 (100,0)	81 (100,0)
Exame de próstata (N= 46)			
Sim	9 (19,6)	-	-
Não	37 (80,4)	-	-
Nunca me pediram	10 (34,5)	-	-
Não consegui fazer	2 (6,9)	-	-
Não quis fazer	17 (58,6)	-	-
Exame de mama (N= 19)			
Sim	-	10 (52,6)	-
Não	-	9 (47,4)	-
Nunca me pediram	-	3 (37,5)	-
Não consegui fazer	-	2 (25,0)	-
Não quis fazer	-	3 (37,5)	-
Exame citopatológico de colo de útero (N= 19)			
Sim	-	13 (68,4)	-
Não	-	6 (31,6)	-
Nunca me pediram	-	1 (16,7)	-
Não consegui fazer	-	1 (16,7)	-
Não quis fazer	-	4 (66,6)	-

Tabela 5: Avaliação do serviço prestado pelo Consultório na Rua para a população em situação de rua de Governador Valadares, Minas Gerais, 2018.

Avaliação do serviço prestado pela ECR	Masculino	Feminino	Total
Quantidade suficiente			
Sim	31 (70,5%)	13 (29,5%)	44 (75,9%)
Não	12 (85,7%)	2 (14,3%)	14 (24,1%)
Atende bem às necessidades			
Sim	34 (69,4%)	15 (30,6%)	49 (89,1%)
Não	5 (83,3%)	1 (16,6%)	6 (10,9%)
Melhorou sua saúde			
Sim	38 (73,1%)	14 (26,9%)	52 (88,1%)
Não	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (11,9%)

anteriormente, destacando-se os problemas de saúde bucal e mental.^{16,17}

O percentual de indivíduos que relataram uso de medicamento para a morbidade autorreferida foi maior do que o encontrado no estudo nacional¹⁷, porém ainda considerado aquém do ideal, o que traduz tanto a dificuldade de acesso à medicação quanto de adesão ao tratamento medicamentoso. Portanto, evidencia-se a fragilidade dos serviços de saúde tanto em garantir o acesso quanto o tratamento e o cuidado longitudinal para essa população.

O nível de atenção à saúde mais frequentemente procurado pela PSR do município estudado foi a Atenção Primária. Enquanto algumas publicações relatam maior percentual de busca a serviços de urgência e emergência em detrimento da APS,^{3,5,19-21} outras indicam essa mesma situação de busca preferencial pela APS. No município de São Paulo, 57,6% da PSR afirmou procurar uma unidade da atenção primária quando doente, em comparação a 42,0% que procurava a atenção terciária.¹⁶

É preciso ponderar que o acesso aos serviços de saúde vai além da entrada do indivíduo na rede. Para que o direito à saúde da PSR seja garantido, a organização dos serviços de saúde deve se adaptar às condições de vida e às demandas da PSR.¹⁹ Em Governador Valadares, foi demonstrado que existe a entrada dos indivíduos na rede de saúde, mas é preciso analisar como ocorre esse acesso e quais serviços são acessados, especialmente ao considerar que o acesso vai muito além do "ser atendido" ou de um acesso focalizado e seletivo.¹⁹ Se por um lado, 58% da PSR de Governador Valadares teve sua pressão arterial aferida por um profissional de saúde nos últimos três meses – o que indica um contato recente com os serviços de saúde – por outro, quase metade das mulheres nunca realizou exame de rastreamento para câncer de mama e menos de 20% dos homens realizaram exame de rastreamento para o câncer de próstata. Apesar da existência de serviços especializados, a assistência integral à saúde da PSR ainda encontra desafios para sua efetivação, dentre eles o acesso aos diferentes pontos da rede de atenção à saúde, já que

o CNR é insuficiente para atender toda a demanda de saúde dessa população.

A PSR do município utiliza o CNR e avalia a ECR de forma positiva. Em Maceió, as atividades da ECR também foram avaliadas positivamente e houve percepção de que o CNR trouxe melhoria no acesso aos serviços de saúde.²² Da mesma forma, o estudo realizado por Lira et al¹⁹ apontou a falta de longitudinalidade e integralidade no acompanhamento da PSR como um dos grandes desafios em municípios sem a presença desse serviço.¹⁹ Esses achados reforçam a relevância desse serviço de saúde para a população em situação de rua, que é porta de entrada no sistema de saúde, além de ser capaz de acompanhar a dinâmica territorial particular dessa população.³

O estudo de Barata et al¹⁴ encontrou prevalência de 66% para realização de citopatológico do colo do útero e 42% para mamografia, percentuais similares aos do presente estudo. Esses resultados indicam uma menor cobertura de exames de rastreamento de neoplasias na PSR quando comparados com a população geral, que apresenta prevalência de realização do exame citopatológico de colo de útero superior a 80%.³ Granja e Lima²³ destacaram o desconhecimento da população sobre os fatores de risco a que estão expostos e a percepção de que isso seria uma demanda secundária, por não ser uma condição imediatamente debilitante, como importantes barreiras à prevenção do câncer na PSR. Essas condições podem explicar a opção pela não realização do exame de triagem entre algumas pessoas entrevistadas no presente estudo.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de amostra por conveniência. No entanto, um levantamento realizado pela Prefeitura de Governador Valadares,¹¹ que abrangeu tanto as pessoas em situação de rua cadastradas nos serviços públicos especializados quanto aqueles que não estavam, foram entrevistados 123 indivíduos. Acredita-se que os resultados aqui apresentados são representativos da PSR do município. Devido à exclusão de indivíduos em uso/efeito de substâncias psicoativas no momento da entrevista, não

é possível descartar a ocorrência do viés de seleção. Como estratégia de redução dessa limitação, os locais de permanência foram visitados pelos entrevistadores, pelo menos 2 vezes, em turnos diferentes.

A pesquisa realizada mostra-se relevante para o contexto da PSR, especialmente considerando a invisibilidade a qual essa população está submetida. Potencialmente, o presente estudo contribui para a elaboração/renovação das políticas públicas de saúde voltadas para a inclusão da PSR no SUS, tornando-as mais efetivas e contextualizadas à realidade desse grupo populacional.

CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados, tem-se o perfil sociodemográfico da PSR estudada: predominantemente indivíduos do sexo masculino, com média de 43 anos de idade e 8 anos de vida na rua, e mais de 70% declarou ter cursado alguma série do ensino fundamental. Considera-se que a PSR estudada possui elevada prevalência de morbidade autorreferida, embora baixa frequência de utilização de medicamentos para essa população. A realização de exames de triagem para neoplasias é menos frequente do que na população geral, o que aponta desigualdade de acesso para essa população vulnerável. Destaca-se a importância da existência de serviços especializados na atenção a essa população em nível municipal, como o CNR, o Centro POP e o Abrigo Noturno, que ampliam o acesso à saúde para a PSR do município.

A cultura assistencialista e imediatista da atenção à saúde na nossa sociedade, que aliada a características intrínsecas da PSR – que relativiza problemas de saúde que não afetem a capacidade de trabalhar ou garantir sua subsistência – faz com que a busca por serviços de saúde ocorra principalmente em face de problemas graves ou urgentes.²⁴ Porém, a escolha sobre qual serviço de saúde recorrer está relacionada a fatores adicionais, dentre eles a disponibilidade de serviços específicos para essa população em cada município. São Paulo foi um município pioneiro na implantação de serviços de atendimento específicos à PSR e Governador Valadares possui uma rede de atenção à saúde e proteção social voltados para o atendimento dessa população, dentro da qual se inclui o CNR.⁴

Apesar da existência de políticas públicas específicas para a garantia de direitos fundamentais da PSR, o acesso dessa população aos serviços de saúde com longitudinalidade, equidade e integralidade, está longe de ser alcançado. O fortalecimento da rede de saúde e a ampliação da oferta de serviços específicos para a PSR em todo o território nacional é o primeiro passo para a superação das desigualdades enfrentadas por essa população no acesso aos serviços de saúde, porém mais do que isso, a rede de saúde deve ser capaz

de compreender as necessidades sociais da PSR e se reorganizar para se adaptar a elas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 dez. 2009.
2. Natalino MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil: texto para discussão n. 2246. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016.
3. Oliveira DM, Exedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua. Rev Bras Enferm. 2018; 71(Suppl 6):2689-97.
4. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de consultório na rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e170.
8. Brasil. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União. 11 nov. 2009.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
10. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 25 jan. 2011.
11. Prefeitura Municipal de Governador Valadares (BR). Diagnóstico da população de Governador Valadares em situação de rua. Governador Valadares: Secretaria Municipal de Assistência Social; 2016.
12. Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o

- Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União. 9 jan. 2004.
13. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (BR). Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania; 2018.
14. Barata RB, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde Soc* 2015; 24:219-32.
15. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. *Saúde Debate* 2015; 39:246-56.
16. Prefeitura Municipal de São Paulo (BR). Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo: sumário executivo. São Paulo: Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; 2015.
17. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Rua: aprendendo a contar. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.
18. Raiol RWG, Nonato DN. Mais vulnerabilizadas à violência urbana: pessoas em situação de rua e a suposta segurança pública. *Revista Jurídica*. 2018; 4(53):633-58.
19. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *Rev Min Enferm*. 2019; 23:e-1157.
20. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(7):1497-504.
21. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(8):2595-606.
22. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(8):e00070515.
23. Granja MCLM, Lima FLT. Barreiras à prevenção do câncer e tratamento oncológico para a população em situação de rua. *Rev Bras Cancerol*. 2020; 66(2):e-09816.