

Percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde

Perception of homeless people about health promotion

Priscila Roberta Lopes¹ • Maria Caroline das Chagas Winkelmann² • Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann³ • Gisele Cristina Manfrini Fernandes⁴ • Indira Sartori Dalmolin⁵

RESUMO

Objetivou-se conhecer a percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde. Pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa, realizada nos meses de agosto e setembro de 2016, em uma cidade do Sul do Brasil, com a participação de 15 pessoas. A coleta ocorreu em três etapas: seleção dos participantes, levantamento do perfil sócio-demográfico e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da análise temática. Percebeu-se que a concepção de saúde dos entrevistados, engloba as necessidades humanas básicas, como alimentação, segurança e higiene. A maior facilidade encontrada para se obter saúde morando nas ruas foi a ampla oferta de alimentação. O distanciamento da família foi uma das dificuldades apontadas pelos participantes, assim como a violência existente nas ruas. Sobre o acesso desta população aos serviços de saúde, a maior demanda na Atenção Primária é para obter medicação. Concluiu-se que a percepção de promoção da saúde dos indivíduos em situação de rua resulta do meio em que vivem. As políticas públicas desenhadas para este grupo precisam ser melhoradas e ampliadas, para que tenham seus direitos alcançados.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Pessoas em Situação de Rua; Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The aim is to know the perception of homeless people about health promotion. An exploratory-descriptive study, of qualitative approach, carried out in August and September of 2016, in a city in the South of Brazil, with the participation of 15 people. The collection occurred in three steps: selection of the participants, survey of the socio-demographic profile and semi-structured interview. The data were analyzed through the thematic analysis. Was perceived that the health conception of the interviewed, includes basic human needs, such as food, safety and hygiene. The greater ease found to obtain health living on the streets was the wide supply of food. The distancing of the family was one of the difficulties pointed out by the participants, as well as violence on the streets. Regarding the population's access to health services, the greatest demand in Primary Care is to obtain medication. It concludes that the perception of health promotion of the homeless people results from the environment in which they live. The public policies designed for this group need to be improved and expanded, so that they have their rights achieved.

Keywords: Health Promotion; Homeless People; Delivery of Health Care.

NOTA

¹ Enfermeira. Clínica de Vacinação - Salutare Vacinas. Joinville, Santa Catarina, Brasil. E-mail: prilopes123@hotmail.com

² Enfermeira. Hospital Nossa Senhora da Imaculada Conceição. Nova Trento, Santa Catarina, Brasil. E-mail: mariacaroline.chagas@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ivoneteheideman@gmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem. UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gisele.manfrini@ufsc.br

⁵ Enfermeira. Mestranda do PEN. UFSC. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Florianópolis, Santa Catarina Brasil. E-mail: indiarasartoridalmlin@gmail.com

INTRODUÇÃO

A partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (PS), no ano de 1986, em Ottawa, começou-se à discutir conceitos e práticas de promoção da saúde e foram estabelecidos princípios éticos e políticos, como eixo norteador. O produto desta conferência foi a Carta de Ottawa, que define a promoção da saúde como o processo de capacitação dos indivíduos e comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo¹.

As ações de PS no Brasil são diversificadas e configuram o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam em cada esfera da sociedade. Além disso, as práticas de PS compreendem ações educativas ou ações mais abrangentes de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento². De modo à incluir as cinco estratégias da Carta de Ottawa (implantação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reorientação dos serviços de saúde, apoio à ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais), no processo de trabalho dos profissionais de saúde, oportunizando novas formas de produção do cuidado³.

Em 2009, visando ampliar e assegurar a igualdade e equidade das Pessoas em Situação de Rua (PSR), foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), a qual considera PSR o conjunto populacional heterogêneo que possui como similitude a intensa pobreza, os laços familiares diminuídos ou bloqueados e a ausência de moradia convencional regular, utilizando os espaços públicos e regiões degradadas/marginalizadas para moradia e sustento, de maneira provisória ou permanente. Destaca-se um dos objetivos dessa política que refere-se ao incentivo de estudos, produção e publicação de conhecimentos sobre as PSR, dando visibilidade e valorizando a heterogeneidade humana em toda a sua dimensão étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento⁴.

Apesar do Brasil dispor de censos e sistemas de informação, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não contabiliza as PSR. Foi realizada uma pesquisa nacional sobre a População em Situação de Rua durante agosto de 2007 a março de 2008, na qual foram entrevistadas pessoas maiores de 18 anos que se encontravam vivendo em situação de rua em 71 cidades brasileiras, obtendo um resultado de 31.922 PSR nos locais pesquisados⁵.

No município, foco do estudo, em 2015 foi realizado um Projeto de Contagem das PSR, com o objetivo de identificar o número oficial dessas, traçar seu perfil e locais de ocupação, para subsidiar estratégias de auxílio e atendimento à este grupo. Naquele momento, foram identificados 421 indivíduos, concentrados especialmente na região central da cidade. Além disso, existem instituições que prestam serviços específicos as PSR, como o Centro de Referência Especializado para População em Situação

de Rua (Centro POP). Este, foi criado em 2010, é mantido pela Prefeitura Municipal e presta serviços continuados à PSR adulta, contando com uma equipe multiprofissional. O Centro POP também oferece três refeições diárias (café da manhã, almoço e café da tarde) e materiais/instrumentos para higienização de roupas.

Próximo ao Centro POP está localizada uma equipe do Consultório na Rua (CnR), que visa, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, ampliar o acesso das PSR aos serviços de saúde. Considera-se o CnR um dispositivo da Atenção Primária a Saúde (APS) que visa o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, tais como: empoderamento, participação social, comunicação e educação em saúde, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade em suas práticas⁶.

Neste sentido, a PS voltada para as PSR ao longo das últimas décadas tem mobilizado diferentes instituições, grupos de pesquisa, órgãos governamentais e setores da sociedade civil. A colaboração entre PSR, serviços de saúde e a comunidade em geral torna a responsabilização coletiva, em torno dos resultados e um maior aprendizado social².

Com base nesta contextualização, a presente pesquisa teve o objetivo de conhecer a percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde.

MÉTODO

Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, que expõe características de determinada população. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2016, com 15 PSR em uma cidade do Sul do Brasil, sendo escolhidas de forma aleatória. Foram critérios de inclusão: faixa etária maior ou igual a 18 anos e que se encontram em situação de rua há seis meses ou mais, independente do sexo. As informações foram levantadas em três etapas: seleção dos participantes, levantamento do perfil sócio demográfico e entrevista semiestruturada, com perguntas abertas sobre a percepção acerca da promoção da saúde.

Primeiramente, o participante foi informado sobre o projeto e após o esclarecimento de possíveis dúvidas, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram realizadas as entrevistas individuais com duração de aproximadamente 30 minutos, nas ruas do município em foco. O áudio das entrevistas foi gravado e posteriormente transcrito na íntegra.

Após a transcrição, realizou-se a leitura do material, iniciando a pré-análise, em seguida os dados foram organizados em unidades temáticas e então, categorizados. Para análise e interpretação utilizou-se a análise temática⁷.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC)

sob parecer nº 1.660.691, respeitando os preceitos da resolução 466/2012⁸. Todos os participantes assinaram o TCLE e para garantir o anonimato, foram identificados pela letra “E” seguida de um número arábico, que representa a sequência em que foram realizadas as entrevistas.

RESULTADOS

Como parte do estudo, foi realizada uma caracterização sócio-demográfica, a fim de traçar o perfil das pessoas em situação de rua, e observou-se que as idades variam entre 27 e 62 anos, sendo que 05 têm entre 40 e 47 anos de idade. Com relação ao sexo, 14 entrevistados são do sexo masculino e 01 participante feminina. Na escolaridade, houve variação desde ensino fundamental incompleto, até ensino superior completo, sendo que 07 entrevistados concluíram o ensino médio. O estado civil de 10 dos participantes é solteiro, 02 referiram ser casados, 02 divorciados e 01 não respondeu. 12 dos entrevistados relataram ter filhos. Outro dado levantado revelou que 07 pessoas em situação de rua estão de 1 a 2 anos vivendo nas ruas. Da análise temática, emergiram três categorias: I) Pessoas em situação de rua: como ser saudável; II) Dificuldades e facilidades para promover a saúde morando nas ruas; e III) Relação Centro de Saúde e pessoas em situação de rua: identificando aproximações e distanciamentos.

Pessoas em situação de rua: como ser saudável

As maneiras de promover a saúde morando nas ruas foram identificadas de diferentes formas. Dentre elas, 04 relacionam o fato de ter saúde ao ato de se alimentar, como pode-se observar nas falas:

Conseguo me alimentar todo dia (E8)

Como é capital, passa almoço, passa café, então tem muita gente que prefere ficar na rua porque tem mais comida aqui (E12)

Comida sempre tem alguém oferecendo, quando eu to com fome eles já me dão. Lanchonete, esses negócios, sou bem conhecido (E14)

Outros 03 entrevistados responderam que promover a saúde morando nas ruas é exercer uma espiritualidade.

Em primeiro lugar, saúde pra mim é Deus, se não tiver Deus, não é ninguém (E14)

O exercício físico foi citado nas respostas de 06 PSR, e atrelado às maneiras de se obter renda, como juntar latinhas, cuidar de carros estacionados e auxiliar no descarregamento de mercadorias.

Eu nunca paro, hoje, por exemplo, parei de catar latinha para ajudar a descarregar um caminhão de telhas,

chamei mais quatro amigos e ganhamos 50 pila cada um (E14)

A lógica do trabalho fixo e da consequente estabilidade de renda, como forma de promoção da saúde, foi mencionada apenas por 01 entrevistado, conforme revela a fala:

Mas agora eu já to tranquilo, hoje eu já consegui emprego, segunda-feira eu começo, eu fiquei feliz! (E11)

Quando questionados sobre saúde, os desabafos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua precariedade emergiram nas respostas de 03 participantes.

O que eu vou falar se a saúde no país é ruim? Tem um monte de programa, mas não funciona nada. Quando começa bem, daqui a pouco já não funciona mais nada (E8)

A saúde não só aqui, como em todo o país é muito precária. Falta medicamentos, falta formação não só das enfermeiras mas dos médicos em si, muito carregados com os horários (E13)

Em relação ao ensino formal, apenas 01 entrevistado citou a importância do estudo para ser saudável, e foi o único que declarou-se interessado em terminar o ensino médio na Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Dificuldades e facilidades para promover a saúde morando nas ruas

O cotidiano das pessoas que moram nas ruas apresenta algumas dificuldades relacionadas à obtenção e manutenção da saúde. Os entrevistados foram questionados sobre isso e 02 respostas mostram que a maior dificuldade em morar nas ruas está ligada ao distanciamento da família. Uma PSR citou a saudade:

A pior coisa é o sentimento de estar longe da família, em primeiro lugar da minha mãe (E14)

Outro relatou o fato de não receber auxílio dos seus familiares.

As pessoas que estão na rua ficam a mercê da família ou de algum parente, mesmo sendo oriunda de classe média para classe alta. Então a gente torna-se assim, um peixe fora da água da família, porque a gente fica aquém da família (E9)

Outra dificuldade apontada diz respeito à higiene corporal, pois é preciso pagar para ter acesso a um banho no chuveiro, ou então ir até um local público com disponibilidade de água.

A gente tem que tomar banho meio dia no Centro POP, ou então debaixo da ponte que tem uma mangueira que a gente vai lá e toma banho (E5)

Ah, é mais complicado pela higiene pessoal. Hoje a gente vai dormir sem escovar os dentes (E11)

Dificuldade é que é dureza pra tomar um banho. Quando eu quero tomar banho junto latinha o dia todo, 10 reais, vou na rodoviária, tomo um banho de uma hora, duas horas, três horas, já que tá pago eu tomo um banho legal (E14)

Ademais, outra fragilidade encontrada para a promoção da saúde nas ruas, é a violência com as PSR, a violência que perpetua as ruas. 04 entrevistados citaram a existência de brigas e a insegurança constante, principalmente à noite.

Tú não tem segurança sabe, não está num ambiente de casa (E6)

Dormir na rua é uma loteria, pois a noite é traiçoeira, tú pode acordar morto. De repente você discute com um cara a tarde e ele tem medo de você, aí ele te encontra dormindo e te joga uma lajota na cabeça (E12)

Por outro lado, os entrevistados apontaram as facilidades para promover a saúde morando nas ruas. O acesso a alimentação está presente na fala de 10 PSR, que expressam diversas maneiras e locais de se conseguir alimento, como no Centro POP, por meio de caridade e instituições religiosas, em padarias; e que a oferta de comida é grande, principalmente no período da noite.

Alimentação é 100%. Morador de rua não passa fome não cara. Vocês estavam aqui e veio o pessoal do cachorro quente, depois vocês vão ver vem o pessoal de 'não sei o que', depois de 'não sei o que', sempre tem. E as padarias também doam bastante comida, quando fecha e sobra comida eles dão, tudo coisa fresca (E4)

Tem comida todo dia, três, quatro comidas, às vezes se alimenta mais do que em casa. De meio dia é mais difícil, mas a noite não tem fronteiras (E5)

Em especial, o Centro POP foi citado por 05 participantes, destacando-se pelo fornecimento de três refeições diárias e oferta de espaço e material para higiene e lavagem de roupas.

Tem o apoio do Centro POP, para tomar banho, se alimentar ao meio dia, café da manhã, higiene! (E7)

Fico aqui até as 7:00 horas, vou para o POP, tomo banho, pego toalha, uma camiseta, me enxugo e vou embora (E8)

A facilidade para promover saúde também é vista pelas PSR através do CnR, o que fica claro na fala:

É até mais fácil ter acesso à medicina, por que você tá na rua, tem o consultório de rua que dá um empurrãozinho. Apesar dos médicos estarem em greve, mas quando não estão é mais fácil fazer exames (E2)

O cuidado preventivo com relação à realização do teste rápido do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), como forma de promoção da saúde, foi citado por 01 entrevistado.

Aqui passam muitas pessoas fazendo teste de HIV, muitos nem fazem, eu não sei por que não fazem, é grátis, é melhor saber se tem ou não, para se tratar (E13)

Além de conhecer as dificuldades e facilidades para a promoção da saúde das PSR, identificou-se a resiliência como estratégia de vida, percebida em falas sobre os locais e as condições para dormir, pois quando chove ou faz muito frio, simplificam dizendo que é só ficar em um lugar coberto e utilizar cobertores.

Nós temos um monte de coberta aqui, tem até sobrando (E5)

Relação Centro de Saúde e pessoas em situação de rua: identificando aproximações e distanciamentos

A percepção das PSR sobre o Centro de Saúde, serviço de APS, foi diversificada nesse estudo. Dos 15 entrevistados, 02 referiram nunca ter usado este serviço e 03 já usaram quando não estavam em situação de rua, porém relataram não utilizarem mais. Apesar disso, 04 PSR mencionaram que o atendimento no Centro de Saúde é realizado de forma respeitosa, sem discriminação por suas situações de vida. Relataram receber assistência de qualidade, conforme evidenciado:

É mais fácil um ser humano aqui de fora nos discriminar porque moramos na rua do que aquele que está atendendo que é profissional, que não pode diferenciar classe social, porque estar em situação de rua não quer dizer que você não seja um ser humano também (E2)

Eles (os profissionais) não fazem diferença entre as pessoas (E13)

O atendimento é igual pra todo mundo (E15)

Todavia, 01 entrevistado relatou desigualdade no tratamento devido a sua condição de vida.

O atendimento é diferente para quem tá na rua. Nem todo mundo que está na rua cheira bem (E12)

A necessidade da apresentação do comprovante de residência para receber atendimento, mostra-se como um fator de distanciamento do Centro de Saúde, porém, há flexibilidade por parte dos profissionais.

Temos que ter comprovante de residência. No Centro de Saúde o atendimento demora duas, três horas, mas eles atendem, nos recebem bem (E1)

Por fim, 07 participantes relataram utilizar os serviços do Centro de Saúde, especificamente para obtenção de medicamentos.

Vou no posto de saúde pegar remédios (E2)

Eu pego remédio todo mês no posto. Tem vezes que tem, outras não tem, quando não tem a gente fica sem" (E8)

Já peguei aqueles envelopes que a mulher me deu, foi um pra dor e outro pra coluna" (E15)

DISCUSSÃO

As PSR estão expostas diariamente à situações de instabilidade como as interpéries, privação do sono, vergonha, condições insalubres de moradia, higiene e alimentação, que vinculadas às dificuldades no cumprimento dos direitos, afetam negativamente a condição de saúde destes indivíduos⁹.

Os pesquisados identificaram as ações de PS no seu cotidiano, como no ato de conseguir alimento e realizar atividade física. A importância da espiritualidade também foi mencionada. O trabalho fixo e a estabilidade de renda foi considerado significativo para produzir saúde, assim como o ensino formal de qualidade. Também, opiniões sobre o SUS e suas fragilidades atuais, emergiram quando questionados a respeito da PS.

Considerando a alimentação saudável um dos fatores para a promoção da saúde das PSR e compreendendo-a como um direito fundamental, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece, em seu Artigo 25, inciso I, que todo o indivíduo tem direito à um padrão de vida para garantir a si próprio e a sua família à saúde e o bem-estar, sobretudo quanto à alimentação, vestuário, moradia e assistência à saúde¹⁰.

A alimentação está ligada às condições de desigualdade que conduzem à pobreza e geram a fome, o que tem sérias repercussões no processo saúde-doença. A não certeza de acesso à alimentação saudável, aliada à situação de rua, é uma condição que mantém as PSR na zona de exclusão social¹¹.

A fome e os valores acerca de hábitos alimentares não restringem-se apenas as necessidades fisiológicas, mas têm forte relação com a construção cultural, pois fazem parte das relações sociais, sendo que a sociedade cria valores e estereótipos em torno deste processo¹².

A espiritualidade, identificada pelas pessoas em situação de rua como forma de promoção da saúde, é expressa de diversas maneiras e em diferentes contextos. É reconhecido que a espiritualidade/fé num ser superior, é um fator que contribui para a saúde de muitas pessoas, mobilizando estratégias de forças e enfrentamento das adversidades do cotidiano, bem como do processo saúde-doença¹³.

A prática de exercício físico reconhecida como estratégia de promoção da saúde nas ruas é determinada por relações que não são fixas, dependem da demanda diária de serviços ou condições climáticas para realizá-los. Cada fato novo nas relações cotidianas e na vida das PSR muda a forma como encarar a sociedade e as situações¹⁴.

É sabido que o país apresenta algumas características próprias de países em desenvolvimento, dentre elas, a desigualdade na distribuição da renda e grandes carências no sistema educacional¹⁵. De maneira geral, estes dois problemas estão associados, sobretudo porque a educação formal de qualidade não chega às PSR¹⁶.

Por conseguinte, neste estudo, a falta de vínculo e apoio familiar, a higiene corporal e pessoal prejudicada e a insegurança devido à violência urbana, foram apontadas como dificuldades de morar nas ruas. Enfatiza-se que o viver nas ruas engloba a adaptação as situações climáticas, a procura constante de lugares/abrigos seguros/protegidos. Em outra dimensão, o fato de conseguir alimentos apareceu como uma facilidade em promover a saúde morando nas ruas. E o CnR é visto pelas PSR como um dispositivo da APS aliado no cuidado a saúde.

A família e as relações com essa, emergiu na voz das PSR, como uma dificuldade de morar na rua e por consequência, um aspecto que interfere na saúde. Atualmente, devido à dinâmica social e aos variados estilos de vida, é difícil determinar um conceito de família, porém, ela continua sendo o núcleo primário, que promove o suporte emocional, cultural e psicossocial dos seus integrantes¹⁶. No caso das PSR os vínculos na maioria das vezes estão rompidos ou fragilizados, deixando cicatrizes e vazios na vida desses indivíduos e influenciando diretamente sua saúde física, mental e emocional.

Pensando-se no ser humano e nas necessidades humanas básicas eclode o cuidado com a higiene corporal, que encontra-se debilitado na vida das PSR, por não possuir uma residência fixa e ambiente pessoal privativo, constituindo-se outra dificuldade de estar nas ruas. A sociedade prevê que o cuidado do corpo deve ocorrer diariamente e em ambiente reservado. Quem vive na rua inventa formas para conseguir sua privacidade, ao menos por minutos, fugindo do olhar de quem passa, o que nem sempre é possível¹⁷, pois ao exibir sua vida particular no espaço público, traz à cena imagens até então invisíveis ao cenário urbano¹⁶.

Por outro lado, o desleixo ou a falta de cuidado podem assumir outros significados no contexto das PSR. O odor pode representar uma forma de demarcar um território, evitando que outras pessoas se aproximem ou invadam seu espaço social. Para as mulheres, o mau cheiro pode significar uma forma de proteção para evitar serem violentadas¹⁸.

Ademais, a convivência com a insegurança é uma constante na vida dessas pessoas e conseqüentemente, influencia na promoção da saúde. A violência, não apenas a física, mas também a psíquica pode vir a qualquer momento e de qualquer direção, seja por zombadores, por seguranças públicos e privados, por pessoas ligadas ao crime organizado, ao tráfico de drogas, ou por dívidas de qualquer natureza. A discriminação e a invisibilidade social também são uma forma de violência¹⁷.

Alguns hábitos cotidianos caracterizam-se como meio de estabelecer e sustentar relações com outras pessoas, motivo este que as PSR se mantêm principalmente à noite, dormindo próximas umas das outras, estabelecendo uma relação de cuidado e de proteção mútua¹⁶.

O Brasil, apesar de ser um grande produtor mundial de alimentos, até hoje não conseguiu de fato estabelecer uma política que atenda plenamente este direito à toda a população¹¹. Nesta pesquisa, a oferta de alimentos/refeições apareceu como uma das facilidades de viver na rua, pela grande disponibilidade por parte do centro POP, de organizações e entidades sociais, religiosas e de caridade, garantindo condições de alimentação diariamente. Outro aspecto positivo da rua foi a atuação da equipe do CnR, por realizar uma abordagem das PSR, fazendo escuta ativa e buscando situações que necessitam de atendimento e resolução, mostrando-se efetivamente como um dispositivo de acesso e cuidado a esse grupo populacional.

Sabe-se que as PSR sofrem desigualdades sociais e privações de direitos perante o restante da sociedade. Estes fatores aliados com a não adoção de práticas seguras nas relações sexuais e no uso de drogas, faz com que ocorra grande número de pessoas portadoras do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis¹⁹. Os testes laboratoriais convencionais possuem um prazo para entrega dos resultados mais longo do que os denominados testes rápidos, o que leva a PSR à desinteressar-se pelo resultado do teste e a consequente perda deste sujeito pelo sistema de saúde¹⁹.

No setor saúde, o desafio não é somente o descumprimento dos princípios do SUS como a universalidade e a equidade, mas a qualidade da atenção oferecida. E que os serviços ofertados sejam efetivos e reconhecidos pela população para a qual foi desenhada⁹.

A PSR por não residir em domicílios ou lugares fixos, por uso e abuso de substâncias psicoativas, por sofrer de transtornos mentais ou por sua própria dinâmica de vida e afazeres, representa uma problemática nos grandes centros urbanos²⁰.

Difícilmente esta população acessa os serviços de saúde que são de direito. E quando este acesso acontece é decorrente de situações agudas, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nos serviços de urgência e emergência, sem nenhuma continuidade do cuidado, tarefa primordial da APS²⁰. O acesso deste grupo ao Centro de Saúde mostrou-se pontual, para se obter medicamentos, não ocorrendo a longitudinalidade da atenção à saúde.

Embora o Decreto Presidencial 7.053/09, que instituiu a PNPSR, tenha como um de seus objetivos assegurar cuidados de saúde, os serviços assistenciais específicos para atenção desta população não dispõem de estrutura e recursos humanos para o atendimento à saúde e não apresentam na prática relações bem estruturadas com a rede de APS⁹.

Ainda que haja a PNPSR, a Política Nacional de Humanização, entre outras políticas públicas, elas nem

sempre garantem efetivamente um cuidado integral, pois o imaginário social sobre as PSR influencia significativamente a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde⁹.

Características como a sujeira, o mau cheiro e o efeito do uso de drogas são, muitas vezes, determinantes para a precariedade no acolhimento da PSR nos serviços de saúde. O processo de marginalização desta população é reforçado através da dinâmica de atendimento do serviço de saúde, como o horário de oferta de atendimento, a burocracia para o agendamento das consultas, assim como a exigência de documento de identidade e comprovante de endereço. Ao mesmo tempo em que as ações do poder público deixam visível a violência estrutural sobre as PSR, também reforçam o processo de marginalização ao negarem o pertencimento deste grupo na sociedade⁹.

CONCLUSÃO

Compreender a percepção das pessoas em situação de rua contribuiu para identificar os fatores que promovem ou não a sua saúde. Isso traz à tona a realidade do ponto de vista de quem vive na rua, em um cotidiano recheado por dificuldades, no qual a saúde muitas vezes fica em segundo plano. Neste cenário, emergem novas perspectivas à serem pensadas, discutidas e implantadas no âmbito da saúde e intersetorialmente. Para que sejam alcançadas melhorias nas condições de vida das pessoas em situação de rua, é preciso que as suas percepções sejam ouvidas, suas condições respeitadas e que ações eficazes venham a acontecer, recomendando-se futuros estudos sobre esta temática.

Toda rede de atenção à pessoa em situação de rua depara-se com obstáculos para atingir a população e propiciar o acesso efetivo. As fragilidades iniciam quando o poder público mostra-se ineficaz em cumprir as leis e diretrizes já estabelecidas, desencadeando uma série de violações de direitos básicos, como: o acesso a segurança, alimentação e saúde. As políticas públicas ainda precisam avançar e a promoção da saúde tem muito a contribuir para a construção de uma realidade igualitária.

Neste sentido, destaca-se como limitação do estudo, o caráter local e a dificuldade encontrada para a coleta de dados, pois o excesso de ruídos sonoros presentes nas ruas, constituiu um empecilho para a comunicação clara entre entrevistador e entrevistado. Por outro lado, ressalta-se a riqueza de realizar o estudo nas ruas, no cenário real de vida dessas pessoas, possibilitando conhecê-las e entender o contexto pessoal, social e cultural em que vivem, bem como os significados atribuídos ao viver nas ruas.

Assim, orienta-se a realização de outras investigações, agregando metodologias e propostas de intervenção, que auxiliem na compreensão ampliada das condições de vida das pessoas em situação de rua, trilhando o caminho em direção à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Maceno PR, Heidemann ITSB. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da atenção primária à saúde. Texto contexto – enferm [Internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2017]; 25(4): e2140015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2140015.pdf.
2. Bucharles DG, Alverne M, Catrib AMF. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. Rev Bras Promoc Saude [Internet]. 2013 [acesso em 20 abr 2017]; 26(3):307-8. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.3_editorialingles.pdf.
3. Heidemann ITSB, Wosny ADM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. Ciênc Saúde coletiva [Internet]. 2014 [acesso em 20 abr 2017]; 19(8):3553-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Presidência da República. Decreto nº 7.053. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. 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: Ministério da Saúde; 2014.
6. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciênc Saúde coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2017]; 21(6):1839-1848. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=pt&nrm=iso.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466. diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Hallais JADS, Barros NFD. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2017]; 31(7):1497-1504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=en.
10. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf.
11. Rosaneli CF, Ribeiro ALC, Assis LD, Silva TMD, Siqueira JED. A fragilidade humana diante da pobreza e da fome. Rev. bioét. [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2017]; 23(1):89-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000100089&lng=en&nrm=iso.
12. Casemiro JP, Dias J, Chiffolleau M, Schottz V. Comida: esse diálogo sem palavras. Advir [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2017]; 1:23-9. Disponível em: <http://aspta.org.br/wp-content/uploads/2016/08/ADVIR34.pdf>.
13. Encarnação P, Oliveira CC, Martins T. O papel da fé na promoção da saúde em pacientes com Esclerose Múltipla. Rev Bras Promoc Saude [Internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2017]; 29(4): 574-84. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40849609013>.
14. Andrade LP, Costa SLD, Marquetti FC. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. Saude soc. [Internet]. 2014 [acesso em 20 abr 2017]; 23(4):1248-1261. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401248&lng=en&nrm=iso.
15. Araujo GCD. Do programa ao diagrama: uma contribuição sócio-histórica para a relação entre estado, cidadania e direito à educação. Inter-ação [Internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2017]; 41(1):213-32. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/interacao/article/view/36475>.
16. Silva SAD. População em situação de rua no Rio de Janeiro: novos tempos, velhos métodos. Rev. psicol. polít. [Internet]. 2013 [acesso em 20 abr 2017]; 13(27):337-350. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v13n27/v13n27a09.pdf>.
17. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. Interface [Internet]. 2015 [acesso em 20 abr 2017]; 19(53):275-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>.
18. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso em 20 abr 2017]; 28(1):115-124. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/12.pdf>.
19. Grangeiro A, Holcman MM, Onaga ET, Alencar HDRD, Placco ALN, Teixeira PR. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso em 20 abr 2017]; 46(4):674-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/4111.pdf>.
20. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. Interface [Internet]. 2014 [acesso em 20 abr 2017]; 18Supl1:919-30. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000600919&lng=en&nrm=iso.