

## Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária

## Accessibility and quality of life for homeless people and primary care

## Accesibilidad y calidad de vida de personas en situación de calle y la atención primaria

Recebido: 28/10/2020

Aprovado: 04/03/2021

Publicado: 01/01/2022

Lauro José Franco Melo<sup>1</sup>Francisca Bruna Arruda Aragão<sup>2</sup>José Henrique da Silva Cunha<sup>3</sup>Tânia Gomes Carneiro<sup>4</sup>Regina Célia Fiorati<sup>5</sup>

Trata-se de um estudo transversal do tipo exploratório e descritivo, de abordagem quali-quantitativa, realizado em 2018, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, com objetivo de conhecer condições de saúde e o acesso à atenção primária à saúde das pessoas em situação de rua. As técnicas de coleta de dados foram: análise documental, aplicação de questionário sociodemográfico, de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e entrevistas semiestruturadas audiogravadas. Os dados quantitativos receberam tratamento por estatística descritiva e os dados qualitativos foram interpretados seguindo a análise de conteúdo temática. Participaram 60 pessoas na fase quantitativa e 15 pessoas na fase qualitativa. Os resultados referentes aos dados sociodemográficos obtiveram o seguinte perfil: gênero masculino (85%); 50% pardos, 28,3% brancos e 20% negros; solteiros (48,3%), com primeiro grau incompleto (58,3%) e 10% analfabetos; na renda, 36,6% recebem até R\$ 100,00 por mês e 60,0% até 1 salário mínimo. Entretanto, observa-se que 53,3% realizam trabalho informal e 30% se encontram desempregados. As médias foram regulares ou ruins em todos os domínios de qualidade de vida. No domínio "físico" a média foi 62,6%, no "psicológico" 64%, em "relações sociais" 35,6%, e no "ambiental", 41,6%. Na autoavaliação sobre qualidade de vida, a média encontrada foi de 51,5%. Emergiram quatro categorias: "Política pública de saúde em Ribeirão Preto"; "Autoavaliação das condições de saúde-doença"; "Avaliação do acesso e assistência à saúde"; e "Barreiras ao acesso à Atenção Primária à Saúde". O acesso é restrito aos serviços de saúde e em geral não ocorre na atenção primária e sim nos serviços de urgência e emergência, tem como dificultadores: ausência de políticas públicas específicas, exigência de comprovante de residência e documentação, desumanização, e atitudes preconceituosas por parte de alguns profissionais de saúde.

**Descritores:** Pessoas em situação de rua; Vulnerabilidade em saúde; Vulnerabilidade social; Disparidades nos níveis de saúde; Determinantes sociais da saúde.

This is an exploratory and descriptive cross-sectional study, with a quali-quantitative approach, carried out in 2018, in the city of Ribeirão Preto, in the state of São Paulo. It aimed to learn about health conditions and access to primary health care for homeless people. The data collection techniques were: document analysis, application of a sociodemographic and quality of life questionnaire (WHOQOL-Bref) and audio-recorded semi-structured interviews. Quantitative data were treated by descriptive statistics and qualitative data were interpreted according to thematic content analysis. 60 people participated in the quantitative phase and 15 people participated in the qualitative phase. The results regarding sociodemographic data had the following profile: male (85%); 50% brown, 28.3% white and 20% black; single (48.3%), with incomplete elementary education (58.3%) and 10% are illiterate; regarding income, 36.6% had a family income of up to R\$100.00 per month and 60.0% had a family income of up to 1 minimum wage. However, it is observed that 53.3% perform informal work and 30% are unemployed. Means were average or poor in all quality of life domains. In the "Physical" domain, mean was 62.6%, in the "Psychological" domain 64%, in "Social Relations" 35.6%, and in the "Environmental" domain, 41.6%. In the self-assessment of quality of life, the average found was 51.5%. Four categories emerged: "Public health policy in Ribeirão Preto"; "Self-assessment of health-disease conditions"; "Assessment of access and health care"; and "Barriers to access to Primary Health Care". Access is restricted to health services and in general does not occur in primary care but in urgent and emergency services. The obstacles are: absence of specific public policies, requirement of proof residence and documentation, dehumanization, and prejudiced attitudes on the part of some health professionals.

**Descriptors:** Homeless persons; Health vulnerability; Social vulnerability; Health status disparities; Social determinants of health.

Se trata de un estudio transversal de tipo exploratorio y descriptivo, de enfoque cualitativo y cuantitativo, realizado en 2018 en la ciudad de Ribeirão Preto, São Paulo, con el objetivo de conocer las condiciones de salud y el acceso a la atención primaria a la salud de personas en situación de calle. Las técnicas de recogida de datos fueron: análisis documental, aplicación de cuestionario sociodemográfico, de calidad de vida (WHOQOL-Bref) y entrevistas semiestruturadas grabadas en audio. Los datos cuantitativos se trataron mediante estadísticas descriptivas y los datos cualitativos se interpretaron siguiendo el análisis de contenido temático. Sesenta personas participaron en la fase cuantitativa y 15 en la cualitativa. Los resultados relativos a los datos sociodemográficos obtuvieron el siguiente perfil: género masculino (85%); 50% pardos, 28,3% blancos y 20% negros; solteros (48,3%), con primer grado incompleto (58,3%) y 10% analfabetos; en ingresos, 36,6% reciben hasta R\$ 100,00 por mes y 60% hasta 1 salario mínimo. Sin embargo, se observa que el 53,3% realiza trabajos informales y el 30% está desempleado. Las medias fueron regulares o malas en todos los dominios de la calidad de vida. En el ámbito "físico" la media fue del 62,6%, en el "psicológico" del 64%, en el de "relaciones sociales" del 35,6%, y en el "ambiental", del 41,6%. En la autoevaluación sobre la calidad de vida, la media encontrada fue del 51,5%. Surgieron cuatro categorías: "Política pública de salud en Ribeirão Preto"; "Autoevaluación de las condiciones de salud-enfermedad"; "Evaluación del acceso y la atención a la salud"; y "Barreras de acceso a la Atención Primaria de Salud". El acceso es restringido a los servicios de salud y generalmente no se da en la atención primaria sino en los servicios de urgencia y emergencia, con los siguientes obstaculizadores: ausencia de políticas públicas específicas, exigencia de prueba de residencia y documentación, deshumanización y actitudes prejuiciosas de algunos profesionales de la salud.

**Descriptor:** Personas sin hogar; Vulnerabilidad en salud; Vulnerabilidad social; Disparidades en el estado de salud; Determinantes sociales de la salud.

1. Médico. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-9125-0408 E-mail: laurojose@hotmail.com

2. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde do Adulto e da Criança. Doutoranda pela Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1191-0988 E-mail: aragao\_bruna@usp.br

3. Terapeuta Ocupacional. Acupunturista. Especialista em Saúde do Adulto. Mestre em Atenção à Saúde. Doutorando em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-4255-6125 E-mail: josehenrique\_dasilvacunha@hotmail.com

4. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-6056-3476 E-mail: jasmimgomes@yahoo.com.br

5. Terapeuta Ocupacional. Mestre e Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente no Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-3666-9809 E-mail: reginacf@fmrp.usp.br

## INTRODUÇÃO

O aumento da população em situação de rua (PSR) tem afetado diversos países e tende a aumentar nas grandes e médias cidades, principalmente em consequência da consolidação do capitalismo globalizado. É resultante das crises econômicas, da precarização das relações e condições de trabalho e da estrutura de desigualdades e iniquidades sociais<sup>1</sup>.

Essa população sofre de exclusão social ao ser tratada como socialmente “inútil” e não ter sua dignidade humana reconhecida, têm seus direitos violados, e é destituída até mesmo de direitos humanos básicos e de garantia universal, como o acesso à saúde<sup>2</sup>.

A PSR vive sob condições de iniquidades sociais, sendo a principal delas as desigualdades de saúde, ou seja, condições desiguais de acesso a boas condições de saúde resultantes de fatores sociais que são evitáveis, desnecessários e injustos<sup>3</sup>.

Estudos<sup>4-6</sup> apontam que as pessoas em situação de rua apresentam risco maior de adoecer em relação ao restante da população, podendo apresentar risco de morte por idade 3,5 vezes maior; elevada taxa de consumo de álcool entre 44,2% e 81,5%; dependência de outras drogas de 31,3%; altas taxas de esquizofrenia, entre 9,6% e 10,7%; bem como prevalência seis vezes maior de gestações e 57 vezes maior de tuberculose; elevadas taxas de doenças infectocontagiosas, como a sífilis (7%), sendo que 60,4% apresentam alguma das demais infecções sexualmente transmissíveis<sup>7</sup>.

Associada às altas taxas de vulnerabilidade social, ao risco aumentado de morte, à alta prevalência de transtornos mentais, e outras doenças, a PSR depara-se com políticas públicas de saúde e de assistência social ineficazes ou mesmo inexistentes<sup>8</sup>. A atenção à pessoa em situação de rua, na maioria das vezes, reduz-se ao uso problemático de drogas, negligenciando outros problemas de saúde, e mesmo as ações voltadas às questões do consumo de drogas são criminalizadoras e individualizadoras, encobrendo as determinações sociais, políticas e econômicas que estão na base da vulnerabilidade social e de saúde dessa população<sup>9</sup>.

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, reforçando a importância dos consultórios de rua e restabelecendo os princípios para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população<sup>10</sup>.

O acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde se dá por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) que organiza o caminho a ser percorrido na rede de atenção à saúde com vistas à integralidade do cuidado. Entretanto, conforme aponta um estudo<sup>11</sup>, este acesso tem sido dificultado em virtude da falta de compreensão da constitucionalidade da atenção em saúde, da exigência de documentação para atendimento nos serviços, pelas atitudes preconceituosas e estigmatizantes de profissionais, e pela lógica da atenção centrada e pautada no paradigma do cuidado na visita de família, além do trabalho territorializado com base em endereços e residências.

O consultório na rua (CR) foi criado para diminuir esses obstáculos e funcionar como uma ponte para que pessoas em situação de rua acessem os serviços de saúde, especialmente a APS, para depois constituir-se o caminho da integralidade<sup>12,13</sup>.

Se fazem necessárias novas estratégias de cuidado e novos processos de trabalho proativos na atenção à saúde, bem como formas de atendimento e diagnóstico flexíveis que considerem, inclusive, a atenção extramuros ou em meio aberto, como os consultórios na rua, estendendo o serviço de saúde à população em situação de rua<sup>14</sup>. Entretanto, mesmo sendo apontada como uma boa prática em saúde coletiva, a política de consultório na rua é pouco implementada nos estados brasileiros, sendo apenas cinco os estados que a ela aderiram: Distrito Federal, Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco<sup>15</sup>. Assim, esta pesquisa tem como objetivo conhecer condições de saúde e o acesso à atenção primária à saúde das pessoas em situação de rua.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal do tipo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa<sup>16,17</sup>, realizado na cidade Ribeirão Preto, situada na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, com uma população de 674.405 habitantes, composta em sua maioria por mulheres (52%) em idade economicamente ativa (46%)<sup>18</sup>.

Destaca-se que esta cidade conta com uma Rede de APS composta por 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 18 Unidades de Saúde da Família (UFS) e 1 Centro Médico Social Comunitário (CMSC). Possui 7 unidades de nível secundário de atenção em saúde (Unidades Básicas Distritais de Saúde - UBDS e Centros de Saúde Escola - CSE) e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)<sup>19</sup> e não possui uma equipe de consultório na rua.

Os locais da pesquisa constituíram-se a partir de lugares comumente frequentados por moradores de rua desta cidade, tais como: praças, logradouros, viadutos, entre outros, localizados na região central, demarcada pela Secretaria Municipal de Saúde.

A constituição da amostra de participantes da pesquisa foi por conveniência e não probabilística<sup>16</sup>. Teve, como critérios de inclusão, pessoas que vivem em situação de rua na cidade de Ribeirão Preto independente de gênero, raça ou qualquer outra característica individual, e que declararam consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa.

No período da coleta de dados, de abril a agosto de 2018, inicialmente efetuou-se uma busca e análise documental nas bases de dados da Prefeitura do Município de Ribeirão Preto. Os documentos buscados constituíam-se em políticas, programas ou estratégias voltadas à população em situação de rua na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Posteriormente, seguiu-se para a etapa quantitativa com a aplicação de dois questionários: sociodemográfico (construído pelos pesquisadores da pesquisa) e o WHOQOL-bref<sup>20</sup>, um questionário de qualidade de vida estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que possui 26 questões. As respostas deste instrumento seguem escala Likert (de 1 a 5). Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida, exceto nas questões em que se orienta que a pontuação seja invertida. Além de suas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas, as quais compõem quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (Quadro 1).

**Quadro 1.** Domínios e suas respectivas Facetas do WHOQOL-Bref<sup>20</sup>.

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio 1 – Domínio Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades de vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
Domínio 2 – Domínio Psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Autoestima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Domínio Relações Sociais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (apoio) social
	16. Atividade sexual
Domínio 4 – Domínio Meio Ambiente	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos Financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidade de recreação/lazer
	23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	24. Transporte

Nesta etapa, ocorreu a imersão da equipe de pesquisa diretamente em logradouros públicos frequentados por pessoas em situação de rua, para convidá-las a participar da pesquisa. Houve recusa de participação; como principais motivos: indisposição e/ou insegurança sobre qual instituição estava por trás da pesquisa, embriaguez e aparente transtorno mental. Os dados obtidos na etapa quantitativa foram analisados por meio do programa estatístico Epi Info, versão 7.2, para o cálculo do escores e da estatística descritiva dos questionários utilizados.

Na etapa qualitativa, efetuou-se entrevistas semiestruturadas, com duração média de 20 minutos, nos mesmos logradouros públicos, com vistas a conhecer a autopercepção de pessoas em situação de rua sobre sua saúde, seu acesso a serviços de saúde e as dificuldades que encontram no acesso aos serviços de saúde.

As entrevistas foram audiogravadas por meio de aparelho celular e, transcritas na íntegra e checadas duas vezes, para garantir a fidedignidade da transcrição. Ao realizar a transcrição e a leitura das entrevistas, aplicou-se o critério de saturação dos dados<sup>21</sup>.

Os dados foram analisados pelo método da análise de conteúdo temática, seguindo as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados<sup>17</sup>. Na pré-análise foi realizada uma leitura flutuante do material com vistas à identificação das unidades relevantes e significativas para compor as unidades de análise. Na exploração do material, as unidades de análise foram examinadas a fim de se encontrar determinados componentes temáticos. Finalmente, em uma terceira etapa, os componentes temáticos foram agrupados conforme seus conteúdos, a partir das unidades de significado, para compor as categorias.

A interpretação dos resultados foram articulados de acordo com o referencial teórico do Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde<sup>3,22</sup>, que aponta que os processos saúde-doença são determinados por fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, étnicos e geográficos, isto é, o gradiente de saúde de uma população, assim como de grupos sociais e de pessoas, é determinado pela forma como uma sociedade se organiza, se governa e se estrutura (Determinantes sociais estruturais da saúde). Ou ainda, os determinantes sociais estruturais da saúde produzem os determinantes sociais intermediários, que se caracterizam pelas condições materiais de vida da população<sup>3,22</sup>.

Por se tratar de uma investigação envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sendo aprovado sob o parecer nº 2.324.368. Foi respeitado o anonimato dos participantes e as entrevistas foram realizadas após aceitação e assinatura do TCLE e, utilizou-se o termo “E” (entrevistado), seguido por números arábicos, na descrição das falas.

## RESULTADOS

Participaram 60 pessoas na fase quantitativa e 15 pessoas na fase qualitativa. Os resultados referentes aos dados sociodemográficos obtiveram o seguinte perfil: gênero masculino (85%); 50% pardos, 28,3% brancos e 20% negros; solteiros (48,3%), com primeiro grau incompleto (58,3%) e 10% analfabetos; quanto à renda, 36,6% recebem até R\$ 100,00 por mês e 60,0% até 1 salário mínimo. Entretanto, observa-se que 53,3% realizam trabalho informal e 30% se encontram desempregados (Tabela 1), e, por não receberem nenhuma renda, podem ser enquadrados no grupo de “*pedintes*”.

Os participantes apresentaram médias regulares ou ruins em todos os domínios. Nota-se que no domínio “*físico*” a média calculada é de 62,6%, e no “*psicológico*”, de 64%. Quanto ao domínio “*relações sociais*”, a média foi 35,6%, e no “*ambiental*”, 41,6%. Na autoavaliação sobre qualidade de vida, a média encontrada é de 51,5% (Tabela 2).

Na autoavaliação de qualidade de vida, em 45% a resposta foi “*ruim*”, seguidos de 35% “*nem ruim, nem boa*”; e, apenas seis sujeitos consideram sua vida “*boa*”. Na autoavaliação em

saúde, 50% não está “nem satisfeita, nem insatisfeita”, 15% “insatisfeitos” e 10% “muito insatisfeitos” (Tabela 2).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico, pessoas em situação de rua, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

VARIÁVEIS	N (n)	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	09	15,0%
Masculino	51	85,0%
<b>IDADE</b>		
18 a 30	40	66,6%
31 a 50	16	26,6%
51 a 70	04	6,6%
<b>COR/RAÇA</b>		
Branca	17	28,3%
Parda	30	50,0%
Negra	13	21,6%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	11	18,3%
Solteiro	29	48,3%
Viúvo	06	10,0%
Divorciado	14	23,3%
<b>CIDADE (ORIGEM)</b>		
Ribeirão Preto	29	48,3%
São Paulo	03	5,0%
Franca	04	6,6%
Cravinhos	02	3,3%
Batatais	02	3,3%
Campinas	03	5,0%
Outros	17	28,3%
<b>GRAU DE INSTRUÇÃO PESSOAL</b>		
Sem estudo	06	10,0%
1º Grau Incompleto	35	58,3%
2ª Grau Incompleto	18	30,0%
Curso técnico	01	1,6%
<b>SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO</b>		
Aposentado (a)	03	4,2%
Desempregado	18	30,0%
Trabalho informal	32	53,3%
Autônomo	07	11,6%
<b>RENDA ATUAL INDIVIDUAL*</b>		
Até 100 reais	22	36,6%
Até 1 salário	36	60,0%
1\2 salário	02	3,3%

\* Salário mínimo, Brasil, ano 2018 - R\$ 937,00.

**Tabela 2.** Domínios de qualidade de vida dos participantes em situação de rua, com base no questionário WHOQOL-Bref, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

DOMÍNIOS	Média %	Mediana %	Mínimo %	Máximo %
Físico (0-100)	62,6	61,00	38,0	86,0
Psicológico (0-100)	64,0	62,00	24,0	78,0
Relações Sociais (0-100)	35,6	38,00	15,0	62,0
Meio Ambiente (0-100)	41,6	44,00	30,0	58,0
Auto avaliação	51,5	60,00	20,0	76,0

Das entrevistas, emergiram quatro categorias: "Política pública de saúde em Ribeirão Preto"; "Autoavaliação das condições de saúde-doença"; "Avaliação do acesso e assistência à saúde"; e "Barreiras ao acesso à Atenção Primária à Saúde".

### **Política pública de saúde em Ribeirão Preto**

A maioria dos entrevistados considera que não há nenhum programa específico em saúde voltado às pessoas em situação de rua e relata ausência de políticas públicas de proteção social: *A gente é pela gente mesmo; aqui não tem ajuda não; não tem ninguém do postinho ou da prefeitura que ajuda, que pensa na gente. Nem o prefeito tá ajudando (E1).*

*Não conheço nada não pra saúde da gente; não temos muito cuidado (...) Só tem aquele projeto que vem, anjos da noite, que trazem comida durante a semana. Do governo, não conheço nada do governo não (E2).*

As únicas políticas apontadas que se conhecem e/ou fazem uso no município de Ribeirão Preto são representadas por ações de agentes do 3º setor, especialmente ações de Organizações não Governamentais (ONGs) e igrejas, porém isoladas e pontuais, como evidenciado na fala:

*Agente tem alguns exemplos de assistência aqui na praça. Tem alguns pontos que eles (voluntários de igrejas) chegam para doar alimentos, doar roupas, café da manhã (...) Eles perguntam se a gente precisa de algum remédio e às vezes dão pra gente também (E3).*

### **Autoavaliação das condições de saúde-doença**

Nessa categoria, observa-se que a maioria inicialmente apresentou dificuldade em conversar sobre suas condições de saúde, 40% se reconheceu como tendo condições debilitadas em saúde, 20% avaliou sua condição de saúde como “boa” ou “ótima”, como visto na fala:

*Minha saúde? (...) Minha saúde, não sei, viu? (...) Minha saúde tá ótima, 8 por 12; esses dias atrás eu tirei minha pressão 8 por 12, tá ótima, né? (E4).*

Os entrevistados reconhecem como saúde apenas o aspecto biológico da “ausência de doença”. Apenas 13% dos entrevistados citaram a saúde além da não-doença, reconhecendo suas condições de moradia, alimentação e lazer como más condições de saúde:

*O grande problema de saúde daqui são os policiais daqui. Eles vêm e nos manda sair daqui, mandam a gente pro outro lado e não deixam a gente dormir. Às vezes, eles até agredem a gente, eles vêm a noite pra nos agredir (...) Aí, não tem saúde que se mantenha (E5).*

*Eu vivo com medo, porque você está aqui na rua e ainda tem muita gente que vem quando a gente tá dormindo, eu tenho muito medo, principalmente de abuso. Tenho muito medo de abuso sexual (E9).*

### **Avaliação do acesso e assistência à saúde**

66% dos entrevistados têm como porta de entrada predominante as unidades de urgência e emergência e não consideram a APS como possibilidade de ajuda e cuidado:

*Quando eu fico doente, eu vou pra UPA e eles me dão algum remédio (E4).*

*(...) quando tô muito ruim, por exemplo, quando estou com uma dor muito forte, um mal-estar muito forte (...) procuro o pronto atendimento (E8).*

Apenas 7% dos entrevistados citou o Centro de Triagem e Aconselhamento - Programa IST/AIDS como porta de entrada ao acesso à saúde e cerca de 15% relataram o acesso à saúde por meio do “consultório na rua”, que é uma equipe do Centro de Triagem e Aconselhamento que faz prevenção à saúde junto à PSR, mas essa equipe não está institucionalizada como consultório na rua, não dispendo dos reais recursos desse programa e funcionando de forma precária.

Em relação à avaliação do atendimento à saúde, os participantes avaliaram os serviços de atendimento em saúde de uma forma acrítica, ou, ao fazê-lo apresentaram justificativas para tal, naturalizando as injustiças que sofrem, como observa-se na seguinte fala:

*Quando eu preciso mesmo, vou ali no pronto atendimento ao lado da rodoviária. Ah, eles até atendem bem, mas é muita gente, né? Não atendem com educação, mas não tem jeito, né? É muita gente para eles atenderem mesmo (E6).*

20% dos entrevistados descreveu o atendimento em saúde como “ruim” ou “muito ruim”, especialmente pela negligência nos cuidados, a demora no atendimento, a baixa resolubilidade e o mau trato por parte da equipe de saúde. Um entrevistado, citou que o atendimento é em grande parte instável e dependente da equipe de plantão do dia:

*O atendimento depende muito de quem tá lá; depende do doutor que tá te atendendo lá, tem dia que eu fui bem atendido e outros, eu nem fui (E7).*

Outro entrevistado, por sua vez relatou o mau atendimento:

*Eu vou falar a verdade. Um pouco de mau trato, um pouco de preconceito. Quando a gente, morador de rua, vai lá, eles tratam a gente assim sem importância em cuidar (...) É isso, eles atendem a gente, passam um remédio, tranquilo, mas o atendimento (...) Não é dos melhores, isso não! (E8).*

### **Barreiras ao acesso à Atenção Primária à Saúde**

As principais dificuldades e barreiras encontradas ao atendimento em saúde relatadas foram: demora no atendimento; ausência de serviços e políticas de saúde específicos; exigência de comprovante de endereço e documentação; desumanização no acesso ao atendimento; e preconceito. Outro participante relata inúmeras deficiências no acesso à saúde:

*(...) Eu vou no pronto socorro quando preciso, passar pelo clínico e tudo mais (...) Mas é difícil, viu? Porque eles pedem residência, pedem comprovante e nós não temos. É muito descaso, vou ser honesta. Em qualquer lugar que você vai, o povo te esculacha. Igual, hoje eu tô sem receita, eu tomo topiramato, e eu até tinha receita, mas aí eu perdi e fui lá, mas não me atenderam, não me deram outra receita, eu não tinha comprovante de endereço, mas eu nem tenho casa (E9).*

## **DISCUSSÃO**

O estudo evidenciou uma população em situação de rua do município de Ribeirão Preto com perfil sociodemográfico semelhante aos encontrados em outros trabalhos<sup>23,24</sup>, sendo composta por 85% do gênero masculino, em sua maioria adultos jovens, de cor parda (50%) ou negros (20%), na faixa etária entre 18 a 30 anos, sendo que 26,6% possuem de 31 a 50 anos.

No que tange à cidade de origem, 48,3% relatam ser originários do próprio município e cerca de 40% vêm de municípios menores da região metropolitana de Ribeirão Preto, remetendo ao processo de urbanização, em consonância com a Pesquisa Nacional sobre pessoas em situação de rua realizada em 71 cidades brasileiras<sup>25</sup>.

Quando comparados às grupos socialmente mais vulneráveis, a população em situação de rua mostrou condições de extrema vulnerabilidade e exclusão social. Eles têm baixo grau de escolaridade (58,3% apresentam 1º grau incompleto e 10% dos entrevistados referem ser analfabetos)<sup>26</sup>.

Quanto à renda atual individual, 60% recebem 1 salário mínimo, sendo que 3,3% vivem com até meio salário mínimo e 36,6% vivem com até 100 reais mensais no município de Ribeirão Preto, cujo PIB per capita é de 41.736,07 reais. Esses dados são compatíveis com aqueles observados no censo da população em situação de rua da municipalidade de São Paulo e em outros centros urbanos<sup>23</sup>.

Esses dados podem ser explicados pelos vários fatores que podem levar as pessoas a viverem em situação de rua e apresentarem baixa escolaridade ou ter renda individual desfavorável. Dentre eles: desemprego, vínculos familiares fragilizados ou interrompidos, dificuldades de acesso à educação, profissionalização, dependência de drogas lícitas e ilícitas<sup>27</sup>, e outros.

A vida na rua, na maioria das vezes, é ocasionada pela falta generalizada de oportunidades e de acesso a recursos e políticas básicos dirigidos à dignidade humana, situação agravada por uma orientação neoliberal das políticas econômicas como fatores geradores de desemprego estrutural e em massa, e que estão na base da exclusão dessas camadas da população a nível mundial<sup>9,27</sup>. A vulnerabilidade social e a exclusão fazem parte da história familiar dessas pessoas, que geralmente estão inseridas em famílias e comunidades marcadas pelo analfabetismo, atividades laborais de baixa renda e baixo capital social, além de vínculos sociais de violência<sup>9</sup>.

Evidenciou-se baixas médias e medianas na qualidade de vida das pessoas em situação de rua, especialmente no domínio qualidade de vida global, em que 55% referiram qualidade de vida “ruim” ou “muito ruim”. De modo semelhante, 35% referiram estarem “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos” com a própria saúde e 50% referiram não estar “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com a saúde. Verificou-se baixa qualidade de vida, principalmente em “relações pessoais” e “meio ambiente”. Essa baixa qualidade de vida pode ser proveniente do fato de o morador de rua viver em situação de miséria, exclusão social e violência, o que acaba

vulnerabilizando seu estado de saúde. Viver nesta situação por períodos prolongados pode levá-los a desenvolver doenças mentais e ter sua qualidade de vida drasticamente afetada<sup>27</sup>.

Viver na rua representa um acúmulo de desvantagens que se traduz em maior discriminação social, ausência ou precariedade de vínculos, sensação de insegurança, ausência de confiança nas pessoas e instituições, exposição a inúmeras situações de risco, comportamentos não saudáveis, e maior possibilidade de mortalidade e menor expectativa de vida<sup>28</sup>.

A análise qualitativa mostrou que a maioria das pessoas em situação de rua em Ribeirão Preto não recorre à APS para sua assistência e cuidado, optando pelos serviços de urgência e emergência no intuito de atender as suas necessidades. Observa-se que esses serviços se revelam mais acessíveis que a APS, que historicamente tem se constituído como a principal porta de entrada aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde, o que aponta a fragilidade desse nível de atenção à saúde em identificar essa população e reconhecê-la como usuária de todos os serviços que compõem a rede de atenção à saúde. Situação esta que também pode ser identificada em estudos realizados na cidade de São Paulo<sup>26</sup> e na Bélgica<sup>29</sup>.

Tem-se a necessidade dos serviços da APS superarem a lógica estanque e estigmatizante da exigência de endereços, de banhos e documentação para atendimento à PSR. Também é essencial se investir na implementação de consultórios na rua, para suprir deficiências junto a essa população e assim reverter a procura prioritária da PSR por serviços de urgência e emergência<sup>30</sup>.

Houve dificuldade em reconhecer e realizar análise crítica sobre a própria saúde e não reconhecer a saúde como direito universal. É necessário que a equipe multiprofissional que atende essas pessoas desenvolva ações que possam conscientizá-las a respeito de seus direitos de saúde, visando garantir a integralidade do cuidado dessa população<sup>30</sup>.

Observou-se, nas falas dos entrevistados, barreiras no que se refere ao acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, tais como: ausência de cuidado específico a suas necessidades e problemas de saúde; exigência de comprovante de residência e documentos pessoais para cadastro e atendimento; demora nos atendimentos, superlotação, maus tratos e preconceito.

Embora, o Brasil tenha avançado no acesso aos serviços de saúde por meio da expansão da cobertura pelas Equipes de Saúde da Família em Ribeirão Preto e em diversos municípios do país, ainda existem grupos, como é o caso das pessoas em situação de rua, que encontram dificuldade de acesso aos serviços devido à organização dos mesmos e de seus próprios modos de vida e singularidades<sup>6</sup>. Tais barreiras e dificuldades de acesso encontram semelhanças com aquelas descritas em outras investigações: exigência de comprovação de residência, tratamentos de saúde aplicados a regras que não levam em consideração as condições de vida destes indivíduos, e despreparo dos profissionais para o acolhimento<sup>4,30</sup>.

O município de Ribeirão Preto não conta com uma equipe de Consultório de Rua institucionalizada, sendo que uma equipe que faz prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas tem desenvolvido trabalho semelhante à de um consultório na rua, mas não é credenciada enquanto tal, não dispendo de todos os recursos materiais e humanos exigidos por esta abordagem e previstos na portaria nº 122 que regulamenta os CR<sup>12</sup>.

Nesta pesquisa, constatou-se que fatores sociais, econômicos, políticos e culturais são determinantes sociais definitivos para a condição de saúde, produzindo na população em situação de rua desigualdades em saúde que são injustas e evitáveis porque são produzidas pela estrutura social. Ao se apoiar em uma estratificação social injusta, essa estrutura exclui camadas da população das oportunidades de uma vida digna, gerando iniquidades sociais, dentre elas, o não acesso a serviços e tratamentos de saúde em um contexto de equidade<sup>9</sup>. Além disso, alguns participantes consideraram a violência do Estado, da polícia e dos próprios serviços de saúde como fator das más condições, verificando-se um determinante social estrutural da saúde.

Os determinantes sociais de saúde (DSS) estruturais e intermediários configuram os principais fatores que produzem as iniquidades em saúde na PSR<sup>22</sup>. Observou-se que os DSS estruturais inclui mecanismos sociais, econômicos e políticos e valores culturais e societários de exclusão ao gerar e manter importantes desigualdades sociais, que estão na base da exclusão dessa população do mercado de trabalho, da educação, e de todos os serviços necessários a uma vida digna<sup>3</sup>.

Além disso, observa-se que esses determinantes estruturais influem nos determinantes intermediários da saúde ao produzir péssimas circunstâncias materiais de vida, como falta de moradia, relação violenta de vizinhança, consumo de alimentação deteriorada e meio ambiente de baixa qualidade. Nessas condições, os estressores psicossociais são imensos, gerados por relações sociais de violência e baixo suporte social. Acrescenta-se comportamentos de risco na população estudada: elevado consumo de tabaco, álcool e outras drogas<sup>3</sup>.

## CONCLUSÃO

Os participantes que estão em situação de rua na cidade de Ribeirão Preto apresentaram baixa qualidade de vida, o que pode decorrer da condição de miséria, da violência e da exclusão social, e por sofrerem variados graus de vulnerabilidade e marginalidade no acesso a bens e a serviços como trabalho, educação, habitação e saúde.

Essas pessoas apresentaram dificuldades para acessar os serviços da Atenção Primária em decorrência da exigência de documentação, ausência de residência fixa, demora nos atendimentos, superlotação, atitudes preconceituosas por alguns profissionais de saúde, e outros. Assim, acabam optando por procurar os serviços de urgência e emergência na tentativa de resolver suas necessidades.

A limitação desse estudo diz respeito ao fato de este ser realizado em apenas uma cidade do estado de São Paulo e ao pequeno número de participantes, resultante da recusa das pessoas em situação de rua em participar da pesquisa, o que inviabiliza a generalização dos dados. Assim, se faz necessário que sejam realizados estudos em outras cidades do Brasil para confirmar os achados.

Entretanto, os achados forneceram informações importantes para conhecer as condições de saúde dessa população e seu acesso aos serviços de saúde, bem como possibilitam a sensibilização de gestores de saúde para a construção de políticas intersectoriais.

## REFERÊNCIAS

1. Fiorati RC, Xavier JJS, Lobato BC, Carretta RYD, Kebbe LM. Iniquidade e exclusão social: estudo com pessoas em situação de rua em Ribeirão Preto/SP. *Rev Eletr Gest Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 10 out 2020]; 6(3):2120-35. DOI: <https://doi.org/10.18673/gsv0i0.22440>
2. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [citado em 27 out 2020]; 22(3):879-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>
3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice) [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado em 05 maio 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
4. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [citado em 27 out 2020]; 71(Supl1):684-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
5. Heckert U, Silva JMF. Psicoses esquizofrênicas em população de rua. *Rev Psiquiatr Clin*. [Internet]. 2002 [citado em 05 set 2020]; 29(1):14-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-315067>
6. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc*. [Internet].

- 2010 [citado em 27 out 2020]; 19(3):709-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>
7. Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDR, Camolesi E, Holcman MM, Grecco JP, et al. Prevalência de sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2014 [citado em 10 out 2020]; 17(2):341-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>
8. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet]. 2018 [citado em 05 out 2020]; 38(4):662-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>
9. Fiorati RCa, Carretta RYD, Kebbe LM, Cardoso BL, Xavier JJS. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2016 [citado em 10 out 2020]; 37(Esp):e72861. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72861>
10. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [citado em 02 out 2020]; 39(Esp):246-56. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
11. Farias DCS, Rodrigues ILA, Marinho IC, Nogueira LMV. Homens vivendo em situação de rua e o acesso aos serviços de atenção primária em saúde. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2017 [citado em 10 out 2020]; 43(3):1-8. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583419630>
12. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. DOU, Brasília, DF, 26 jan 2012; Seção 1:46-47.
13. 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.* [Internet]. 2016 [citado em 10 out 2020]; 21(8):2595-606. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
14. Medeiros CRS, Cavalcante P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saúde Soc.* [Internet]. 2018 [citado em 05 set 2020]; 27(3):754-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170946>
15. Rosa AS, Santana CLA. Consultório na rua como boa prática em saúde coletiva. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 05 out 2020]; 71(Supl1):465-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>
16. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2017: Ribeirão Preto [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [citado em 29 abr 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>
19. Prefeitura de Ribeirão Preto, Secretaria da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021 [Internet]. Ribeirão Preto, SP: Prefeitura; 2017 [citado em 29 abr 2020]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>
20. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. Quality of life assessment. *Psychol Med.* [Internet]. 1998 [citado em 12 set 2020]; 28(3):551-8. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
21. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado em 05 set 2020]; 22(1):94-104. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado em 29 abr 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
23. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil). A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, DF; 2008 [citado em 29 abr 2020]. Disponível em: <https://wpp.org.br/wp->

content/uploads/2016/11/Pesquisa-Nacional-sobre-a-Popula%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-Relato-de-Uso-WWP\_-PORT.pdf

24. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Desenvolvimento Social. Censo da população em situação de rua – Estado de São Paulo 2019 [Internet]. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social; 2019 [citado em 04 set 2020]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzYzM4MDJmNTAtNzhlMi00NzliLTk4MzYtY2MzN2U5ZDE1YzI3IiwidCI6ImE0ZTA2MDVjLWUzOTUtdNDZlYS1iMmE4LTlhNjE1NGM5MGUwNyJ9>

25. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil), Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia de cadastramento de pessoas em situação de rua [Internet]. 3ed. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2015 [citado em 29 abr 2020]. Disponível em:

[https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro\\_unico/\\_Guia\\_Cadastramento\\_de\\_Pessoas\\_em\\_Situacao\\_de\\_Rua.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/_Guia_Cadastramento_de_Pessoas_em_Situacao_de_Rua.pdf)

26. 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. [Internet]. 2015 [citado em 27 out 2020]; 24(Supl1):219-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01019>

27. Silva RP, Leão VAS, Santos ESV, Costa GNC, Santos RV, Carvalho VT, et al. Assistência de enfermagem a pessoa em situação de rua. Rev RECIEN [Internet]. 2017 [citado em 27 out 2020]; 7(20):31-9. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.20.31-39>

28. Dibben C, Atherton I, Doherty J, Baldacchino A. Differences in 5-year survival after a 'homeless' or 'housed' drugs-related hospital admission: a study of 15--30-year olds in Scotland. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2011 [citado em 10 out 2020]; 65(9):780-5. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2009.101352>

29. Verlinde E, Verdée T, Van de Walle M, Art B, Maeseneer J, Willems S. Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2010 [citado em 12 out 2020]; 10(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-242>

30. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? REME Rev Min Enferm. [Internet]. 2019 [citado em 05 set 2020]; 23:e-1157. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>

**Editora Associada:** Vania Del Arco Paschoal

### CONTRIBUIÇÕES

**Lauro José Franco Melo** e **Francisca Bruna Arruda Aragão** contribuíram na concepção, coleta de dados e redação. **José Henrique da Silva Cunha**, **Tânia Gomes Carneiro** e **Regina Célia Fiorati** participaram na análise de dados, redação e revisão.

### Como citar este artigo (Vancouver)

Melo LJF, Aragão FBA, Cunha JHS, Carneiro TG, Fiorati, RC. Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua à atenção primária. REFACS [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(1):57-67. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

### Como citar este artigo (ABNT)

MELO, L. J. F.; ARAGÃO, F. B. A.; CUNHA, J. H. S.; CARNEIRO, T. G.; FIORATI, R. C. Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua à atenção primária. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 10, n. 1, p. 57-67, 2022. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

### Como citar este artigo (APA)

Melo, L.J.F., Aragão, F.B.A., Cunha, J.H.S., Carneiro, T.G., & Fiorati, R.C. (2022). Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua à atenção primária. *REFACS*, 10(1), 57-67. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

