

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

Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua à atenção primária

Accessibility and quality of life for homeless people to primary care

Lauro José Franco Melo¹Francisca Bruna Arruda Aragão²José Henrique da Silva Cunha³Tânia Gomes Carneiro⁴Regina Célia Fiorati⁵

Recibido: 28/10/2020

Aprobado: 04/03/2021

Publicado: 01/01/2022

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, Brasil, 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 semiestructuradas 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.

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 semiestructuradas 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.

Descriptor: 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, Brazil. 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

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

2. Enfermeira. Especialista em Salud de la Familia. Especialista en Salud Pública. Maestra en Salud de Adultos y Niños. Estudiante de Doctorado en la Escuela de Enfermería de la USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1191-0988 E-mail: aragao_bruna@usp.br

3. Terapeuta Ocupacional. Acupunturista. Especialista en Salud de Adultos. Maestra en Atención a la Salud. Estudiante de Doctorado en Enfermería Psiquiátrica en la Escuela de Enfermería de la USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-4255-6125 E-mail: josehenrique_dasilvacunha@hotmail.com

4. Enfermeira. Especialista en Salud Pública. Maestra y Doctora en Enfermería de Salud Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-6056-3476 E-mail: jasmimgomes@yahoo.com.br

5. Terapeuta Ocupacional. Maestra y Doctora en Enfermería Psiquiátrica. Profesora del Curso de Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-3666-9809 E-mail: reginaacf@fmrp.usp.br

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población en situación de calle (PSC) ha afectado a varios países y tiende a aumentar en las ciudades grandes y medianas, principalmente como resultado de la consolidación del capitalismo globalizado. Es el resultado de las crisis económicas, la precariedad de las relaciones y condiciones laborales y la estructura de las desigualdades e inequidades sociales¹.

Esta población sufre la exclusión social al ser tratada como “inútil” socialmente y no se le reconoce su dignidad humana, se le violan sus derechos y se le priva incluso de derechos humanos básicos y de garantía universal, como el acceso a la salud².

La PSC vive en condiciones de desigualdades sociales, siendo la principal las desigualdades de salud, es decir, las condiciones desiguales de acceso a unas buenas condiciones de salud derivadas de factores sociales evitables, innecesarios e injustos³.

Estudios⁴⁻⁶ señalan que las personas en situación de calle tienen un mayor riesgo de enfermar en relación con el resto de la población, pudiendo presentar un riesgo de muerte por edad 3,5 veces mayor; un alto índice de consumo de alcohol entre 44,2% y 81,5%; una dependencia de otras drogas del 31,3%; altas tasas de esquizofrenia, entre el 9,6% y el 10,7%; así como una prevalencia de embarazos seis veces mayor y una prevalencia de tuberculosis 57 veces mayor; altas tasas de enfermedades infecciosas, como la sífilis (7%), y el 60,4% presentan alguna de las otras infecciones de transmisión sexual⁷.

Asociada a los altos índices de vulnerabilidad social, el aumento del riesgo de muerte, la alta prevalencia de trastornos mentales y otras enfermedades, la PSC se enfrenta a políticas de salud pública y asistencia social ineficaces o incluso inexistentes⁸. La atención a las personas en situación de calle, la mayoría de las veces, se reduce al uso problemático de drogas, descuidando otros problemas de salud, e incluso las acciones dirigidas a las cuestiones de consumo de drogas son criminalizantes e individualizadoras, encubriendo las determinaciones sociales, políticas y económicas que están en la base de la vulnerabilidad social y de la salud de esta población⁹.

En 2009, el Ministerio de Salud estableció la Política Nacional para la Población en Situación de Calle, reforzando la importancia de los consultorios de calle y restableciendo los principios para la ampliación y construcción de nuevas formas de actuación frente a los problemas de salud de esta población¹⁰.

El acceso de las personas en situación de calle a los servicios de salud se produce a través de la Atención Primaria de Salud (APS) que organiza el camino a recorrer en la red de atención a la salud con vistas a un cuidado integral. Sin embargo, como señala un estudio¹¹, este acceso se ha visto obstaculizado por el desconocimiento de la constitucionalidad de la atención a la salud, la exigencia de documentación para la atención en los servicios, por actitudes prejuiciosas y estigmatizantes de los profesionales, y por la lógica de atención centrada y guiada por el paradigma de la atención en la visita familiar, además del trabajo territorializado basado en domicilios y residencias.

El consultorio de calle (CC) fue creado para reducir estos obstáculos y servir de puente para que las personas que viven en la calle puedan acceder a los servicios de salud, especialmente a la APS, y constituir así el camino de la integralidad^{12,13}.

Se necesitan nuevas estrategias asistenciales y nuevos procesos de trabajo proactivos en la atención a la salud, así como formas flexibles de atención y diagnóstico que contemplen, incluso, la atención extramuros o en el medio abierto, como consultorios en la calle, ampliando el servicio de salud a la población en situación de calle¹⁴. Sin embargo, aun siendo señalada como una buena práctica en salud colectiva, la política de consultorio de calle es poco implementada en los estados brasileños, siendo sólo cinco estados los que se han adherido a ella: Distrito Federal, Santa Catarina, Río de Janeiro, São Paulo y Pernambuco¹⁵. Así, esta investigación pretende conocer las condiciones de salud y el acceso a la atención primaria de las personas en situación de calle.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal de tipo exploratorio y descriptivo, de enfoque cualitativo y cuantitativo^{16,17}, realizado en la ciudad de Ribeirão Preto, ubicada en la región Nordeste del Estado de São Paulo, a 313 km de la capital, con una población de 674.405 habitantes, mayoritariamente mujeres (52%) en edad económicamente activa (46%)¹⁸.

Cabe destacar que esta ciudad cuenta con una Red de APS formada por 23 Unidades Básicas de Salud (UBS), 18 Unidades de Salud de la Familia (USF) y 1 Centro Médico Social Comunitario (CMSC). Cuenta con 7 unidades de nivel secundario de atención a la salud (Unidades Básicas Distritales de Salud - UBDS y Centros de Salud Escuela - CSE) y 1 Unidad de Atención de Urgencias (UPA)¹⁹ y no tiene un equipo de consultorio de calle.

Los sitios de investigación se constituyeron a partir de lugares comúnmente frecuentados por las personas en situación de calle de esta ciudad, como plazas, calles, pasos elevados, entre otros, ubicados en la región central, demarcada por la Secretaría Municipal de Salud.

La constitución de la muestra de participantes en la investigación fue por conveniencia y no probabilística¹⁶. Tuvo como criterios de inclusión a las personas que viven en situación de calle en la ciudad de Ribeirão Preto, independientemente del género, la raza o cualquier otra característica individual, y que dieron su consentimiento libre e informado (TCLI) para participar en la investigación.

En el periodo de recogida de datos, de abril a agosto de 2018, fue inicialmente realizada una búsqueda y análisis documental en las bases de datos del Ayuntamiento de Ribeirão Preto. Los documentos buscados fueron políticas, programas o estrategias dirigidas a la población en situación de calle en la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto. Posteriormente, se procedió a la etapa cuantitativa con la aplicación de dos cuestionarios: sociodemográfico (construido por los investigadores de la investigación) y el WHOQOL-bref²⁰, un cuestionario de calidad de vida establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene 26 preguntas. Las respuestas de este instrumento siguen una escala Likert (de 1 a 5). Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será la calidad de vida, excepto en las preguntas en las que se recomienda invertir la puntuación. Además de sus dos preguntas (1 y 2), el instrumento tiene 24 facetas, que conforman cuatro dominios: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Entorno (Cuadro 1).

Cuadro 1. Dominios y sus respectivas facetas del WHOQOL-Bref²⁰.

DOMINIOS	FACETAS
Dominio 1 - Dominio Físico	1. Dolor y malestar
	2. Energía y fatiga
	3. Sueño y descanso
	4. Movilidad
	5. Actividades de la vida diaria
	6. Dependencia de medicamentos o tratamientos
	7. Capacidad de trabajo
Dominio 2 - Dominio Psicológico	8. Sentimientos positivos
	9. Pensar, aprender, memoria y concentración
	10. Autoestima
	11. Imagen corporal y apariencia
	12. Sentimientos negativos
	13. Espiritualidad/religión/creencias personales
Dominio 3 - Dominio Relaciones Sociales	14. Relaciones personales
	15. Soporte (apoyo) social
	16. Actividad sexual
Dominio 4 - Dominio Medioambiente	17. Seguridad física y protección
	18. Ambiente en casa
	19. Recursos Financieros
	20. Cuidados de salud y sociales: disponibilidad y calidad
	21. Oportunidades para adquirir nuevas informaciones y habilidades
	22. Participación en, y oportunidad de ocio
	23. Entorno físico: (polución/ruido/tráfico/clima)
	24. Transporte

En esta fase, se produjo la inmersión del equipo de investigación directamente en los lugares públicos frecuentados por las personas en situación de calle, para invitarlas a participar en la investigación. Hubo negativas a participar; como principales motivos: indisposición y/o inseguridad sobre qué institución estaba detrás de la investigación, embriaguez y aparente trastorno mental. Los datos obtenidos en la fase cuantitativa se analizaron mediante el programa estadístico Epi Info, versión 7.2, para calcular las puntuaciones y los estadísticos descriptivos de los cuestionarios utilizados.

En la fase cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas, con una duración media de 20 minutos, en los mismos lugares públicos, con el objetivo de conocer la autopercepción de las personas en situación de calle sobre su salud, su acceso a los servicios de salud y las dificultades que encuentran para acceder a ellos.

Las entrevistas se grabaron en audio con un teléfono móvil, se transcribieron íntegramente y se revisaron dos veces para garantizar la fiabilidad de la transcripción. Al transcribir y leer las entrevistas, se aplicó el criterio de saturación de datos²¹.

Los datos se analizaron mediante el método de análisis de contenido temático, siguiendo las fases de preanálisis; exploración del material; tratamiento e interpretación de los resultados¹⁷. En el preanálisis se realizó una lectura flotante del material para identificar las unidades relevantes y significativas para componer las unidades de análisis. En la exploración del material, se examinaron las unidades de análisis para encontrar determinados componentes temáticos. Por último, en un tercer paso, los componentes temáticos se agruparon según su contenido, a partir de las unidades de significado, para componer las categorías.

La interpretación de los resultados se articuló según el marco teórico del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud^{3,22}, que señala que los procesos de salud-enfermedad están determinados por factores sociales, políticos, económicos, culturales, étnicos y geográficos, es decir, que el gradiente de salud de una población, así como de los grupos sociales e individuos, está determinado por la forma en que se organiza, gobierna y estructura una sociedad (Determinantes sociales estructurales de la salud). O aún, los determinantes sociales estructurales de la salud producen los determinantes sociales intermedios, que se caracterizan por las condiciones materiales de vida de la población^{3,22}.

Por tratarse de una investigación que involucra a seres humanos, el proyecto de investigación fue sometido al Comité de Ética de la Investigación de la Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, y aprobado con el número de dictamen 2.324.368. Se respetó el anonimato de los participantes y las entrevistas fueron realizadas después de la aceptación y firma del TCLI, utilizándose el término "E" (entrevistado), seguido de números arábigos, en la descripción de los discursos.

RESULTADOS

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 educación primaria incompleta (58,3%) y 10% analfabetos; cuanto a 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 (Tabla 1), y, por no percibir ningún ingreso, se les puede clasificar en el grupo de "mendigos".

Los participantes presentaron medias regulares o pobres en todos los dominios. Se puede observar que en el dominio "físico" la media calculada es del 62,6%, y en el "psicológico", del 64%. En cuanto al dominio de las "relaciones sociales", la media fue del 35,6%, y en el dominio "ambiental", del 41,6%. En la autoevaluación de la calidad de vida, la media encontrada fue del 51,5% (Tabla 2).

En la autoevaluación de la calidad de vida, en el 45% la respuesta fue “*mala*”, seguida del 35% “*ni mala ni buena*”; y, sólo seis sujetos consideran su vida “*buena*”. En la autoevaluación en salud, el 50% está “*ni satisfecho ni insatisfecho*”, el 15% “*insatisfecho*” y el 10% “*muy insatisfecho*” (Tabla 2).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico, personas en situación de calle, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

VARIABLES	N (n)	%
SEXO		
Femenino	09	15,0%
Masculino	51	85,0%
EDAD		
18 a 30	40	66,6%
31 a 50	16	26,6%
51 a 70	04	6,6%
COLOR/RAZA		
Blanco	17	28,3%
Pardo	30	50,0%
Negro	13	21,6%
ESTADO CIVIL		
Casado	11	18,3%
Solo	29	48,3%
Viudo	06	10,0%
Divorciado	14	23,3%
CIUDAD (ORIGEN)		
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%
Otros	17	28,3%
NIVEL DE EDUCACIÓN		
Sin educación	06	10,0%
Educación primaria incompleta	35	58,3%
Educación secundaria incompleta	18	30,0%
Curso técnico	01	1,6%
SITUACIÓN LABORAL ACTUAL		
Retirado	03	4,2%
Desempleado	18	30,0%
Trabajo informal	32	53,3%
Autónomo	07	11,6%
INGRESO INDIVIDUAL ACTUAL*		
Hasta 100 reales	22	36,6%
Hasta 1 salario	36	60,0%
1\2 salario	02	3,3%

* Salario mínimo, Brasil, año 2018 - R\$ 937,00.

Tabla 2. Dominios de calidad de vida de los participantes en situación de calle, con base en el cuestionario WHOQOL-Bref, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

DOMINIO	Media %	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
Relaciones Sociales (0-100)	35,6	38,00	15,0	62,0
Medioambiente (0-100)	41,6	44,00	30,0	58,0
Autoevaluación	51,5	60,00	20,0	76,0

De las entrevistas 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*”.

Política pública de salud en Ribeirão Preto

La mayoría de los entrevistados consideran que no existe un programa de salud específico dirigido a las personas en situación de calle y denuncian la ausencia de políticas públicas de protección social:

Estamos solos; aquí no hay ayuda; no hay nadie del centro de salud o del ayuntamiento que ayude, que piense en nosotros. Ni siquiera el alcalde ayuda (E1).

No sé nada para nuestra salud; no recibimos muchos cuidados (...) Sólo existe ese proyecto que viene, ángeles de la noche, que traen comida durante la semana. Del gobierno, no conozco nada del gobierno (E2).

Las únicas políticas señaladas que se conocen y/o utilizan en el municipio de Ribeirão Preto están representadas por acciones de agentes del 3º sector, especialmente acciones de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) e iglesias, pero aisladas y puntuales, como se evidencia en el discurso:

Tenemos algunos ejemplos de asistencia aquí en la plaza. Hay algunos puntos en los que ellos (los voluntarios de la iglesia) vienen a donar comida, a donar ropa, desayuno (...) Nos preguntan si necesitamos alguna medicina y a veces también nos la dan (E3).

Autoevaluación de las condiciones de salud-enfermedad

En esta categoría, se observa que la mayoría presentó inicialmente dificultades para hablar de su estado de salud, el 40% se reconoció con un estado de salud debilitado, el 20% evaluó su estado de salud como “bueno” o “estupendo”, tal y como se observa en el discurso:

¿Mi salud? (...) Mi salud, no lo sé (...) Mi salud es estupenda, 8 por 12; estos días me tomé la presión arterial 8 por 12, es estupenda, ¿no? (E4).

Los encuestados sólo reconocen como salud el aspecto biológico de la “ausencia de enfermedad”. Sólo el 13% de los entrevistados citó la salud más allá de la no enfermedad, reconociendo sus condiciones de vivienda, alimentación y ocio como malas condiciones de salud:

El gran problema de salud aquí es la policía. Vienen y nos dicen que nos vayamos de aquí, nos mandan al otro lado y no nos dejan dormir. A veces incluso nos molestan, vienen por la noche a molestarnos (...) Entonces no hay salud que se mantenga (E5).

Vivo con miedo, porque estás aquí en la calle y todavía hay mucha gente que viene cuando estamos durmiendo, tengo mucho miedo, sobre todo de los abusos. Tengo mucho miedo al abuso sexual (E9).

Evaluación del acceso y la atención a la salud

El 66% de los entrevistados tienen como puerta de entrada predominante las unidades de urgencia y emergencia y no consideran la APS como una posibilidad de ayuda y atención:

Cuando me quedo mal, voy a la UPA y me dan alguna medicina (E4).

(...) cuando estoy muy mal, por ejemplo, cuando tengo un dolor muy fuerte, un malestar muy fuerte (...) busco la atención de urgencia (E8).

Sólo el 7% de los encuestados citó el Centro de Triage y Asesoramiento – Programa ITS/SIDA como la puerta de acceso a la salud y alrededor del 15% informó el acceso a la salud a través del “consultorio de calle”, que es un equipo del Centro de Triage y Asesoramiento que hace la salud preventiva junto a la PSC, pero este equipo no está institucionalizado como un consultorio de calle y no tiene los recursos reales de este programa y trabaja de una manera precaria.

En cuanto a la evaluación de la atención a la salud, los participantes evaluaron los servicios de atención a la salud de forma acrítica o, al hacerlo, presentaron justificaciones para ello, naturalizando las injusticias que sufren, como se observa en el siguiente discurso:

Cuando lo necesito de verdad, voy al servicio de urgencias que hay junto a la estación de autobuses. Ah, son buenos, pero es mucha gente, ¿no? No atienden amablemente, pero no hay qué hacer, ¿verdad? Es mucha gente a la que tienen que atender (E6).

El 20% de los entrevistados calificó la atención en salud de “mala” o “muy mala”, especialmente por la negligencia en los cuidados, la demora en la atención, la baja resolutivez y el mal trato por parte del equipo de salud. Uno de los encuestados señaló que la atención es en gran medida inestable y depende del equipo de guardia del día:

La atención depende mucho de quién esté allí; depende del médico que te atienda allí, algunos días me atendieron bien y otros, no (E7).

Otro entrevistado, a su vez, informó de un mal servicio:

Te diré la verdad. Un poco de maltrato, un poco de prejuicio. Cuando nosotros, los indigentes, vamos allí, nos tratan sin importancia (...) Así es, nos atienden, nos dan una medicina, bueno, pero el servicio (...) No es el mejor, ¡no! (E8).

Barreras de acceso a la Atención Primaria de Salud

Las principales dificultades y barreras a la atención a la salud señaladas fueron: la demora en la atención; la falta de servicios y políticas de salud específicas; la exigencia de un comprobante de domicilio y documentación; la deshumanización en el acceso a la atención; y los prejuicios. Otro participante informó de numerosas deficiencias en el acceso a la salud:

(...) Voy a urgencias cuando lo necesito, al médico y todo lo demás (...) Pero es difícil, ¿ves? Porque piden residencia, piden comprobantes y no los tenemos. Es mucho desprecio, seré sincera. Dondequiera que vayas, la gente te ridiculiza. Por ejemplo, hoy no tengo receta, tomo topiramato, e incluso tenía una receta, pero luego la perdí y fui allí, pero no me atendieron, no me dieron otra receta, no tenía ningún comprobante de domicilio, pero ni siquiera tengo una casa (E9).

DISCUSIÓN

El estudio mostró una población de personas en situación de calle en Ribeirão Preto con un perfil sociodemográfico similar al encontrado en otros estudios^{23,24}, compuesto por un 85% de sexo masculino, en su mayoría adultos jóvenes, pardos (50%) o negros (20%), en la franja de edad entre 18 y 30 años, con un 26,6% entre 31 y 50 años.

En cuanto a la ciudad de origen, el 48,3% dicen ser originarios de la propia ciudad y cerca del 40% provienen de localidades menores del área metropolitana de Ribeirão Preto, en referencia al proceso de urbanización, en consonancia con la Encuesta Nacional sobre personas en situación de calle realizada en 71 ciudades brasileñas²⁵.

En comparación con los grupos sociales más vulnerables, la población en situación de calle presentó condiciones de extrema vulnerabilidad y exclusión social. Tienen un bajo nivel de estudios (el 58,3% tiene enseñanza primaria incompleta y el 10% de los entrevistados refieren ser analfabetos)²⁶.

En relación con la renta individual actual, 60% reciben 1 salario mínimo, siendo que 3,3% viven con hasta medio salario mínimo y 36,6% viven con hasta 100 reales mensuales en el municipio de Ribeirão Preto, cuyo PIB per cápita es de 41.736,07 reales. Estos datos son compatibles con los observados en el censo de la población en situación de calle en la ciudad de São Paulo y en otros centros urbanos²³.

Estos datos pueden explicarse por los diversos factores que pueden llevar a las personas a vivir en la calle y a presentar una baja educación o tener unos ingresos individuales desfavorables. Entre ellos: el desempleo, el debilitamiento o la interrupción de los vínculos familiares, las dificultades de acceso a la educación, la profesionalización, la adicción a las drogas lícitas e ilícitas²⁷, y otros.

La vida en la calle, la mayoría de las veces, es provocada por la falta generalizada de oportunidades y de acceso a los recursos y políticas básicos orientados a la dignidad humana, situación agravada por una orientación neoliberal de las políticas económicas como factores generadores de desempleo estructural y masivo, que están en la base de la exclusión de estas capas de la población en todo el mundo^{9,27}. La vulnerabilidad y la exclusión social forman parte de la historia familiar de estas personas, que suelen estar insertas en familias y comunidades marcadas por el analfabetismo, las actividades laborales de bajo nivel y el bajo capital social, además de los vínculos sociales de violencia⁹.

Se evidenciaron medias y medianas bajas en la calidad de vida de las personas en situación de calle, especialmente en el dominio calidad de vida global, en el que el 55% informó de una calidad de vida "mala" o "muy mala". Asimismo, el 35% declaró estar "insatisfecho" o "muy insatisfecho" con su salud y el 50% declaró no estar "ni satisfecho ni insatisfecho" con su salud. Se verificó una baja calidad de vida, especialmente en "relaciones personales" y "medio ambiente". Esta baja calidad de vida puede provenir del hecho de que las personas en situación de calle viven en una situación de miseria, exclusión social y violencia, lo que acaba haciendo

vulnerable su estado de salud. Vivir en esta situación durante periodos prolongados puede llevarles a desarrollar trastornos mentales y a que su calidad de vida se vea drásticamente afectada²⁷.

Vivir en la calle representa un cúmulo de desventajas que se traduce en una mayor discriminación social, ausencia o precariedad de vínculos, sensación de inseguridad, falta de confianza en las personas e instituciones, exposición a numerosas situaciones de riesgo, comportamientos poco saludables y mayor posibilidad de mortalidad y menor esperanza de vida²⁸.

El análisis cualitativo mostró que la mayoría de las personas en situación de calle de Ribeirão Preto no recurren a la APS para su asistencia y cuidados, optando por los servicios de urgencia y emergencia para satisfacer sus necesidades. Se observa que estos servicios son más accesibles que la APS, que históricamente se ha constituido como la principal puerta de entrada a los servicios de salud en el Sistema Único de Salud, lo que señala la fragilidad de este nivel de atención a la salud en identificar a esta población y reconocerla como usuaria de todos los servicios que conforman la red de atención a la salud. Esta situación también se puede identificar en estudios realizados en la ciudad de São Paulo²⁶ y en Bélgica²⁹.

Es necesario que los servicios de APS superen la lógica cerrada y estigmatizante de la exigencia de direcciones, baños y documentación para atender a la PSC. También es fundamental invertir en la implementación de consultorios de calle, para superar las deficiencias con esta población y así revertir la demanda prioritaria de servicios de urgencia y emergencia de la PSC³⁰.

Hubo dificultades para reconocer y realizar un análisis crítico sobre su propia salud y no reconocer la salud como un derecho universal. Es necesario que el equipo multiprofesional que atiende a estas personas desarrolle acciones que puedan hacerlas conscientes de sus derechos de salud, con el objetivo de garantizar la integralidad de la atención a esta población³⁰.

Se observó, en las declaraciones de los entrevistados, barreras en el acceso de estas personas a los servicios de salud, tales como: falta de atención específica a sus necesidades y problemas de salud; exigencia de comprobante de residencia y documentos personales para el registro y la atención; retrasos en la atención, hacinamiento, maltrato y prejuicios.

Aunque Brasil haya avanzado en el acceso a los servicios de salud a través de la ampliación de la cobertura de los Equipos de Salud de la Familia en Ribeirão Preto y en varias otras ciudades del país, todavía hay grupos, como en el caso de las personas en situación de calle, que tienen dificultades para acceder a los servicios debido a su organización y a sus propios estilos de vida y singularidades⁶. Dichas barreras y dificultades de acceso encuentran similitudes con las descritas en otras investigaciones: exigencia de comprobante de residencia, tratamientos de salud aplicados a normas que no tienen en cuenta las condiciones de vida de estas personas, y falta de preparación de los profesionales para la acogida^{4,30}.

El municipio de Ribeirão Preto no cuenta con un equipo institucionalizado de Consultorio de Calle, y un equipo que hace prevención de infecciones de transmisión sexual y enfermedades infecciosas ha desarrollado un trabajo similar al de un consultorio de calle, pero no está acreditado como tal, al no contar con todos los recursos materiales y humanos requeridos por este enfoque y previstos en la Ordenanza n.º 122 que regula los CR¹².

En esta investigación se encontró que los factores sociales, económicos, políticos y culturales son determinantes sociales definitivos para el estado de salud, produciendo en la población en situación de calle desigualdades de salud que son injustas y evitables porque son producidas por la estructura social. Al basarse en una estratificación social injusta, esta estructura excluye a capas de la población de las oportunidades de una vida digna, generando inequidades sociales, entre ellas, la falta de acceso a servicios y tratamientos de salud en un contexto de equidad⁹. Además, algunos participantes consideraron la violencia del Estado, de la policía y de los propios servicios de salud como un factor de las malas condiciones, verificándose un determinante social estructural de la salud.

Los determinantes sociales de salud (DSS), tanto estructurales como intermedios, son los principales factores que producen las desigualdades en salud en la PSC²². Se ha observado que los DSS estructurales incluyen mecanismos sociales, económicos y políticos y valores culturales y sociales de exclusión al generar y mantener importantes desigualdades sociales, que son la base de la exclusión de esta población del mercado laboral, de la educación y de todos los servicios necesarios para una vida digna³.

Además, se observa que estos determinantes estructurales influyen en los determinantes intermedios de la salud al producir circunstancias materiales de vida deficientes, como la falta de vivienda, las relaciones de vecindad violentas, el consumo de alimentos deteriorados y un ambiente de baja calidad. En estas condiciones, los estresores psicosociales son inmensos, generados por las relaciones sociales de violencia y el escaso soporte social. Se suma los comportamientos de riesgo en la población estudiada: alto consumo de tabaco, alcohol y otras drogas³.

CONCLUSIÓN

Los participantes en situación de calle en la ciudad de Ribeirão Preto mostraron una baja calidad de vida, que puede surgir de la condición de pobreza, violencia y exclusión social, y por sufrir diversos grados de vulnerabilidad y marginalidad en el acceso a bienes y servicios como el trabajo, la educación, la vivienda y la salud.

Estas personas tuvieron dificultades para acceder a los servicios de Atención Primaria debido a la exigencia de documentación, la ausencia de residencia fija, la demora en la atención, el hacinamiento, las actitudes prejuiciosas de algunos profesionales de salud, y otros. Así, acaban optando por buscar servicios de urgencia y emergencia para intentar resolver sus necesidades.

La limitación de este estudio tiene que ver con el hecho de que se llevó a cabo en una sola ciudad del estado de São Paulo y con el reducido número de participantes, resultante de la negativa de las personas en situación de calle a participar en la investigación, lo que imposibilita la generalización de los datos. Por lo tanto, es necesario que se realicen estudios en otras ciudades de Brasil para confirmar los resultados.

Sin embargo, los hallazgos proporcionaron informaciones importantes para conocer las condiciones de salud de esta población y su acceso a los servicios de salud, además de permitir la sensibilización de los gestores de salud para la construcción de políticas intersectoriales.

REFERENCIAS

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 en 10 oct 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 en 27 oct 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 en 05 mayo 2020]. Disponible en: 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 en 27 oct 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 en 05 set 2020]; 29(1):14-9. Disponible en: <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 oct 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 oct 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 oct 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 oct 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 oct 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 oct 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 oct 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 oct 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/ssaude/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
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 en 04 set 2020]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzM4MDJmNTAtNzhlMi00NzliLTk4MzYtY2MzN2U5ZDE1YzI3IiwidCI6ImE0ZTA2MDVjLWUzOTUtNDZIYS1iMmE4LTlhNjE1NGM5MGUwNyJ9>
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 en 29 abr 2020]. Disponible en: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/_Guia_Cadastramento_de_Pessoas_e_m_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 en 27 oct 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 en 27 oct 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 en 10 oct 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 en 12 oct 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 en 05 set 2020]; 23:e-1157. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Lauro José Franco Melo y **Francisca Bruna Arruda Aragão** contribuyeron a la concepción, recogida de datos y redacción. **José Henrique da Silva Cunha, Tânia Gomes Carneiro** y **Regina Célia Fiorati** participaron en el análisis de datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Melo LJF, Aragão FBA, Cunha JHS, Carneiro TG, Fiorati, RC. Accesibilidad y calidad de vida de personas en situación de calle a la atención primaria. REFACS [Internet]. 2022 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(1):57-67. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

MELO, L. J. F.; ARAGÃO, F. B. A.; CUNHA, J. H. S.; CARNEIRO, T. G.; FIORATI, R. C. Accesibilidad y calidad de vida de personas en situación de calle a la atención primaria. REFACS, Uberaba, MG, v. 10, n. 1, p. 57-67, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Melo, L.J.F., Aragão, F.B.A., Cunha, J.H.S., Carneiro, T.G., & Fiorati, R.C. (2022). Accesibilidad y calidad de vida de personas en situación de calle a la atención primaria. REFACS, 10(1), 57-67. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

