

Perfil da população atendida pelo consultório na rua do Recife

Profile of the population served by the Recife street clinic

Perfil de las personas atendidas por el consultorio de la calle en Recife

Recebido: 29/09/2022 | Revisado: 16/10/2022 | Aceitado: 18/10/2022 | Publicado: 23/10/2022

Maria Leticia de Aguiar Catão Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2212-4165>

Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil

E-mail: leticia.catao@hotmail.com

Yane Ferreira Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1807-6025>

Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil

E-mail: yane.ferreira29@gmail.com

Maria Jordana Barbosa Beltrão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0613-2528>

Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil

E-mail: jordanabeltrao@gmail.com

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2955-8302>

Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil

E-mail: arturojordan@fps.edu.br

Brena de Aguiar Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9006-3969>

Prefeitura da Cidade do Recife, Brasil

E-mail: brenaleite@yahoo.com.br

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0856-8915>

Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil

E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Resumo

Objetivo: Tendo em vista a construção de políticas públicas de saúde no Brasil, ao focar em populações negligenciadas, sabe-se que a atenção a população em situação de rua ainda é incipiente. Neste sentido, o presente artigo descreve o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua na Cidade do Recife. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, quantitativo e amostra de 94 pessoas em situação de rua, utilizando questionário desenvolvido pelos pesquisadores. Para análise das variáveis numéricas contínuas, utilizou-se medidas de tendência central e suas dispersões e o teste qui-quadrado de Pearson com significância de $p\text{-value} < 0,05$ para as variáveis categóricas. **Resultados:** A maioria da amostra foi composta por homens (61,7%) e pardos (59,6%). Cerca da metade (41,5%) dos entrevistados apontaram desavenças familiares como a principal razão de estar na rua, além de uma tendência à perpetuação da situação de rua, dado o percentual de 35,1% estar nessa condição há mais de 10 anos. Identificou-se uma preferência pelo pernoite nas ruas (88,3%), assim como um percentual de 85,1% relatando ter alguma morbidade. **Conclusões:** O presente estudo evidencia a necessidade da concretização de políticas públicas através de uma abordagem mais justa e equânime para a população em questão.

Palavras-chave: Perfil de saúde; Política pública; Atenção primária à saúde; Pessoas em situação de rua.

Abstract

Objective: In view of the construction of public health policies in Brazil, focusing on neglected populations, it is known that the care of the homeless population is still in the infancy. In this sense, this article describes the sociodemographic and epidemiological profile of the homeless population assisted by the Recife Street Clinic. **Methods:** A quantitative cross-sectional descriptive study and a sample of 94 homeless people, using a questionnaire developed by the researchers. For the analysis of continuous numerical variables, measures of central tendency and their dispersions and Pearson's chi-square test with significance of $p\text{-value} < 0.05$ for categorical variables were used. **Results:** Most of the sample consisted of men (61.7%) and of mixed race (59.6%). Approximately half (41.5%) of the interviewees indicated that family disagreements are the main reason for being on the street, in addition to a tendency to perpetuate the homeless situation, given the percentage of 35.1% having been in this situation for more than 10 years. A preference was identified for overnight stays on the streets (88.3%), as well as a percentage of 85.1% reporting some morbidity. **Conclusion:** This study highlights the need to implement public policies through a more fair and equitable approach for the population in question.

Keywords: Health profile; Public policy; Primary health care; Homeless persons.

Resumen

Objetivo: Frente a la construcción de políticas públicas de salud en Brasil, al enfocarse en poblaciones desatendidas, se sabe que la atención a la población sin hogar es aún incipiente. En ese sentido, este artículo describe el perfil sociodemográfico y epidemiológico de las personas sin hogar atendida por la Clínica de la Calle en la ciudad de Recife. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo y una muestra de 94 personas en situación de calle, utilizando un cuestionario desarrollado por los investigadores. Para el análisis de las variables numéricas continuas se utilizaron medidas de tendencia central y sus dispersiones y la prueba de chi-cuadrado de Pearson, con significación de p-valor < 0,05 para las variables categóricas. **Resultados:** La mayor parte de la muestra estaba compuesta por hombres (61,7%) y morenos (59,6%). Cerca de la mitad (41,5%) de los entrevistados señaló las desavenencias familiares como el principal motivo de estar en la calle, además de una tendencia a perpetuar la situación de calle, dado que el porcentaje del 35,1% lleva más de 10 años en esta condición. Se identificó preferencia por pernoctar en la calle (88,3%), así como un porcentaje de 85,1% que refirió tener alguna morbilidad. **Conclusiones:** Este estudio destaca la necesidad de implementar políticas públicas a través de un abordaje más justo y equitativo de la población en cuestión.

Palabras clave: Perfil de salud; Política pública; Atención primaria de salud; Personas sin hogar.

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 2012). Aplicando esse conceito à realidade brasileira, além de ser um direito de todo cidadão, a atenção à saúde é de responsabilidade do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a premissa de que este direito é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Diante dessa perspectiva teórica que abarca a universalidade da saúde no país, é válido perceber que ainda há um hiato entre a fundamentação e a efetivação do direito à cidadania e ao acesso aos serviços de saúde na prática. Pertencente a este panorama, as populações negligenciadas, em especial, a população em situação de rua (PSR), traz consigo marcas históricas dessa ausência institucional e do estigma social que lhe é atribuído.

No Brasil, o número crescente de pessoas em situação de rua é consequência do agravamento de questões sociais e econômicas, como aceleração da urbanização, migração para grandes cidades, disparidade social, pobreza, desemprego, estigmas sociais e políticas públicas pouco eficazes (Mattos & Ferreira, 2004; CNMP, 2015; Hallais & Barros, 2015). Trata-se de um “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, inexistência de moradia convencional regular, utiliza logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (Mattos & Ferreira, 2004; Hallais & Barros, 2015).

Foi através da articulação da Atenção Básica à Saúde, principal porta de entrada do SUS, com a Rede de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2012), outro âmbito necessário na busca da integralidade do cuidado à PSR e o estreitamento de vínculo que, em 2011, originou-se a estratégia Consultório na Rua (CnaR) que visa ofertar o acesso à PSR à rede de saúde, de acordo com suas particularidades e vulnerabilidades, sendo resultado da conjunção entre as políticas essenciais para a efetivação de práticas de saúde em seu acompanhamento (Ministério da Saúde, 2012; Paula et al, 2018). As equipes do CnaR são multiprofissionais, compostas por quatro a sete pessoas que podem ser organizadas em três modalidades que diferem de acordo com a quantidade e especialidade dos profissionais, sendo a modalidade III a única com um profissional médico (Ministério da Saúde, 2012; Paula et al, 2018). A estrutura dessas equipes é determinada pela demanda e disponibilidade de recursos e atuam de modo itinerante através de busca ativa.

Buscando a consolidação desse equipamento de saúde no âmbito municipal, a cidade do Recife, seguindo a lógica da descentralização, regionalização de ações e serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2010), foram implantadas equipes do CnaR modalidade I nos territórios em três de seus oito Distritos Sanitários (Recife, 2014) - I, VI e VIII. Tal feito foi embasado pela pesquisa “População em situação de rua na cidade do Recife - censo e análise qualitativa”, realizada pela Secretaria de Assistência

Social do município em 2005, em que identificou um contingente de pessoas em situação de rua de 1.390 (888 adultos e 502 crianças e adolescentes vulneráveis) (World Without Poverty, 2008; Ribeiro, 2003; Recife, 2015). Esse estudo objetiva descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico da PSR atendida pelas equipes do CnaR dos distritos sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife.

2. Metodologia

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com PSR, maiores de 18 anos, atendidos pelas duas equipes do CnaR que atendem os Distritos Sanitários I, VI e VIII do Recife, sendo essas as áreas territoriais que mais atraem a PSR por abrangerem maior área de comércio e aglomerações urbanas. A coleta de dados foi realizada entre agosto/2018 e abril/2019, através de entrevistas conduzidas pela equipe de pesquisa, após treinamento prévio com simulação de entrevistas, bem como resolução de dúvidas com integrantes das equipes do CnaR. Foram incluídas as pessoas situação de rua, maiores de 18 anos, que aceitaram participar do estudo e assinaram O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluiu-se do estudo as pessoas em situação de rua não pertencentes a esses distritos sanitários ou menores de 18 anos.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário, construído pelos autores a partir do Sumário Executivo da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua (Brasil, 2009) e da recomendação “Como fazer exame de pé diabético em 3 minutos” (Baldassarri, 2019).

A amostra foi constituída por conveniência, considerando o período estabelecido para a coleta, com 36 turnos de visitas junto às equipes do CnaR ao campo. A abordagem aos participantes era executada em parceria com as equipes de cada território e as entrevistas conduzidas pelos pesquisadores e registradas no formulário de coleta de dados. Este formulário contemplou variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, aspectos voltados à própria situação de rua, como razão, tempo de permanência na rua e cidadania. Além disso, foi elaborada uma lista de alternativas em relação a condições de saúde e ao acesso aos serviços de saúde, bem como ao acesso aos serviços de saúde.

Os dados foram digitados em uma planilha de dados no software Excel e analisados através do software R-3.5.2 para Windows, sendo, posteriormente, apresentados em tabelas. Utilizou-se medidas de tendência central e suas dispersões para as variáveis numéricas contínuas e o teste qui-quadrado de Pearson com significância de $p\text{-value} < 0,05$ para as variáveis categóricas. Os dados coletados foram devidamente anonimizados e não serão compartilhados, conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), com o parecer: 2.890.133, e seguiu todos os preceitos da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes tiveram o TCLE lido em conjunto com a equipe de pesquisa e todos os participantes que aderiram assinaram no documento de forma manuscrita ou utilizando sua digital, bem como receberam uma via deste. Relatos de doenças sem tratamento adequado e outras situações de vulnerabilidade, foram reportados às equipes para os encaminhamentos necessários de acordo com as necessidades clínicas.

Não houve nenhum tipo de conflito de interesse nas etapas do estudo, nem na escolha do periódico para sua publicação.

3. Resultados

Foram abordados 100 indivíduos, 4 não participaram da pesquisa devido a mudanças climáticas, 2 não terminaram de responder a entrevista por situações conflituosas envolvendo terceiros no território. Dos 94 participantes do estudo 58 (61,70%) eram do sexo masculino, 90 (95,74%) se declararam cisgênero, 87 (92,55%) heterossexuais e 79 (84,04%) solteiros. A média de

idade dos entrevistados foi de 35,88 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 63 anos, tendo a maioria 64 (68%) primeiro grau incompleto. (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Características	n	%	Características	n	%
Distribuição por distrito sanitário			Local de naturalidade		
I	57	60,64%	Recife e Região Metropolitana	71	75,53%
VI	29	30,85%	Outros estados	12	12,77%
VIII	8	8,51%	Interior de Pernambuco	11	11,70%
Sexo			Possui religião		
Masculino	58	61,70%	Sim	55	58,51%
Feminino	36	38,30%	Não	39	41,49%
Gênero			Dentre os que possuem religião, as religiões citadas foram		
Cisgênero	90	95,74%	Católica	27	49,09%
Mulher transexual	4	4,26%	Evangélica	22	40,00%
Orientação sexual			Nível de escolaridade		
Heterossexual	87	92,55%	1º grau incompleto	64	68,09%
Homossexual	4	4,26%	1º grau completo	10	10,64%
Bissexual	3	3,19%	2º grau completo	9	9,57%
Estado civil			Nunca estudou		
Solteiro (a)	79	84,04%	Superior incompleto	8	8,51%
Casado (a)	9	9,57%	Superior completo	1	1,06%
Divorciado (a)	5	5,32%	Não sabe ou não lembra	1	1,06%
Viúvo (a)	1	1,06%	Formação escolar		
Cor			Sabe ler e escrever		
Parda	56	59,57%	Sabe assinar o próprio nome	64	68,09%
Preta	20	21,28%	Não sabe ler, escrever ou assinar	14	14,89%
Branca	13	13,83%	Apenas sabe ler	12	12,77%
Indígena	3	3,19%			
Não declarado	2	2,13%			

Fonte: Construída pelos autores. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Sobre a trajetória na rua a maioria 33 (35,11%) afirmou estar em situação de rua há mais de 10 anos e uma minoria de 11 (11,70%) há menos de um ano. Dentre as razões para estar na rua, a principal citada foi desavenças familiares 39 (41,49%), seguida por uso de drogas exceto álcool 15 (15,96%). A maioria dos entrevistados 53 (56,38%) afirmou ter morado em outras cidades além de Recife e 16 (30,19%) já haviam residido em área rural, sendo que apenas 5 (9,26%) dos entrevistados viveram em apenas uma cidade. Somado a isso, dentre as instituições que já frequentaram, 62 (65,96%) mencionaram já terem estado em hospital geral e 18 (19,15%) em hospital psiquiátrico (Tabela 2).

Tabela 2. Características da trajetória na rua da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Características	n	%	Características	n	%
Razão de estar na rua			Viveu em situação de rua nas outras cidades		
Desavenças familiares	39	41,49%	Não	29	54,72%
Uso de outras drogas	15	15,96%	Sim	24	45,28%
Outros	11	11,70%			
Alcoolismo	10	10,64%			
Falecimento de familiar	6	6,38%	Razões para o deslocamento		
Violência	5	5,32%	Desavenças familiares	16	30,19%
Desemprego	3	3,19%	Oportunidade de trabalho	15	28,30%
Escolha pessoal	3	3,19%	Outros	12	22,64%
Fome	2	2,13%	Violência	10	18,87%
			Turismo	7	13,21%
			Questões de saúde	2	3,77%
Sempre viveu em Recife			Tempo em que vive em situação de rua em anos		
Não	53	56,38%	> 10	33	35,11%
Sim	41	43,62%	2-5	22	23,40%
			< 1	15	15,96%
Morou em área rural			5-10	13	13,83%
Não	37	69,81%	1-2	11	11,70%
Sim	16	30,19%			
Viveu em quantas cidades			Instituições que já frequentou		
2	16	30,19%	Hospital Geral	62	65,96%
6 ou mais	15	28,30%	Abrigo/Orfanato	41	43,65%
3	11	20,75%	Unidade de Acolhimento	28	29,79%
1	5	9,43%	Comunidade Terapêutica	20	21,78%
5	5	9,43%	Hospital Psiquiátrico	18	19,15%
4	1	1,89%	Unidade de Ressocialização	18	19,15%

Fonte: Construída pelos autores. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

No que diz respeito as atividades desenvolvidas pelos participantes, 74 (78,72%) deles afirmaram exercer algum tipo de atividade remunerada sendo a maioria 25 (31,25%) relacionada a mendicância e uma minoria 2 (2,50%) como funcionários de limpeza. Em relação a profissões formais exercidas, 57 (60,64%) disseram possuir alguma profissão sendo a maioria 20 (35,09%) na construção civil e uma minoria de 3 (5,26%) na área de beleza ou auxiliares de serviços gerais. Apenas 28 (29,79%) relataram já ter trabalhado com carteira assinada. Dentre os entrevistados que declararam sua renda 67 (71,27%), a renda média semanal foi de R\$160,81, enquanto a renda mínima semanal foi de R\$20,00 e a máxima, R\$700,00 (Tabela 3).

Tabela 3. Características de trabalho e renda da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Características	n	%	Características	n	%
Exerce atividade remunerada			Possui profissão		
Sim	73	77,66%	Sim	57	60,64%
Não	21	22,34%	Não	37	39,36%
Atividades remuneradas exercidas			Áreas profissionais em que atuam		
Mendicância	25	34,25%	Construção civil	20	35,09%
Flanelinha	21	28,77%	Outros	13	22,81%
Ambulante	19	26,03%	Comércio	10	17,54%
Catador de materiais recicláveis	18	24,66%	Gastronomia	4	7,02%
Profissional do sexo	8	10,96%	Trabalho doméstico	4	7,02%
Carregador/Estivador	8	10,96%	Auxiliar de serviços gerais	3	5,26%
Outros	7	9,59%	Beleza/Estética	3	5,26%
Lavador de carros	4	5,48%	Já trabalhou com carteira assinada		
Trabalhador de construção civil	2	2,74%	Não	66	70,21%
Funcionário de limpeza	2	2,74%	Sim	28	29,79%
Recebe aposentadoria			Quando trabalhou com carteira assinada		
Não	92	87,00%	Há mais de um ano	27	96,43%
Sim	2	13,00%	Atualmente	1	3,57%

Fonte: Construída pelos autores. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Em relação a exploração do território, o local mais apontado para pernoite foi a rua, por 83 (88,30%) dos entrevistados, seguido de casa de parente ou quarto alugado com 5 (5,32%). Para banho e realização das necessidades fisiológicas 33 (35,11%) e 31 (32,98%), respectivamente, utilizavam a rua e banheiros públicos. Sobre alimentação, 45 (47,87%) dos participantes da pesquisa faziam de três a quatro refeições por dia, sendo que 52 (55,32%) do total não costumavam comprar comida com o próprio dinheiro. Além disso, 63 (67,02%) e 65 (69,15%), afirmaram, respectivamente, usar álcool e tabaco e 49 (52,13%) e 40 (42,55%), usavam, respectivamente, maconha e crack. (Tabela 4).

Tabela 4. Características da alimentação, higiene e uso de álcool e drogas da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Características	n	%	Características	n	%
Local em que costuma passar a noite			Refeições feitas por dia		
Rua	83	88,30%	3 - 4	45	47,87%
Casa, casa de parente ou quarto alugado	5	5,32%	1 - 2	36	38,30%
Abrigo	4	4,26%	> 5	13	13,83%
Outros	2	2,13%			
Local em que costuma tomar banho			Compra comida com o próprio dinheiro		
Rua	33	35,11%	Sim	42	44,68%
Banheiros públicos	27	28,72%	Não	52	55,32%
Outros locais	12	12,72%			
Estabelecimentos comerciais	8	8,51%	Uso de álcool e outras drogas		
Centro POP ^A	5	5,32%	Tabaco	65	69,15%
Abrigos	4	4,26%	Álcool	63	67,02%
Casa de parentes ou amigos	4	4,26%	Maconha	49	52,13%
Não toma banho	1	1,06%	Crack	40	42,55%
Local usado para necessidades fisiológicas			Cola	23	24,47%
Rua	35	37,23%	Loló	18	19,15%
Banheiros públicos	31	32,98%	Cocaína	10	10,64%
Estabelecimentos comerciais	13	13,83%	LSD	1	1,06%
Outros locais	11	11,70%	Pó virado ^B	1	1,06%
Abrigos	4	4,26%			

^ACentro POP: Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua de cunho socioassistencial.

^BPó virado: nomenclatura atribuída à nova apresentação do crack.

Fonte: Construída pelos autores. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

De todos os entrevistados, 80 (85,11%) afirmaram sofrer de alguma doença. A principal comorbidade citada foi lesões por causas externas (53,57%), seguida por problemas de visão (48,81%) e questões psiquiátricas (30,95%). Dentre todos que apresentaram alguma enfermidade apenas 29 (36,25%) faziam uso de medicamentos. Desses últimos, 19 (65,61%) tinha acesso a esses medicamentos através da equipe de saúde e 13 (44,83%) pela Unidade de Pronto Atendimento como instituição de escolha para ter acesso aos serviços de saúde (Tabela 5).

Tabela 5. Condições de saúde e doença da população em situação de rua dos Distritos Sanitários I, VI e VIII da cidade do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Características	n	%	Morbidades	Sim		Não		Não sabe	
				n	%	n	%	n	%
Possui morbidades?									
Sim	80	85,11%	Hipertensão Arterial	15	18,75%	62	77,50%	3	3,75%
Não	14	14,89%	Diabetes	6	7,50%	72	90,00%	2	2,50%
			Problemas de visão	41	51,25%	39	48,75%	-	-
Faz uso contínuo de medicamento?			Pneumonia	15	18,75%	64	80,00%	1	1,25%
Sim	29	30,85%	Tuberculose	15	18,75%	63	78,75%	2	2,50%
Não	65	69,15%	Hanseníase	-	-	79	98,75%	1	1,25%
			Doenças de pele	16	20,00%	64	80,00%	-	-
Possui a unidade/equipe de saúde como via de acesso a medicamentos?			Lesões por causas externas	45	56,25%	35	43,75%	-	-
Sim	19	65,52%	ISTs	19	23,75%	58	72,50%	3	3,75%
Não	10	34,48%	Problemas psiquiátricos	26	32,50%	54	67,50%	-	-
			Asma	5	6,25%	75	93,75%	-	-
Primeiro serviço de saúde procurado:			Outros	19	23,75%	61	76,25%	-	-
Hospital/emergência	13	13,83%							
UPA	49	53,13%							
UBS	12	12,77%							
CnaR	2	2,13%							
Farmácia	5	5,32%							
CAPS	3	3,19%							
Outros	2	2,13%							
Não procura nenhum serviço de saúde	8	8,51%							

Fonte: Construída pelos autores. Recife, Pernambuco, Brasil, em 2019.

Do total, 44 (46,81%) dos participantes já foram impedidos de entrar em algum local, sendo 26 (38,81%) em estabelecimentos comerciais e 24 (35,52%) em transportes coletivos. Apenas 34 (36,17%) exerciam o direito do voto, 47 (50%) possuíam carteira de identidade e 73 (77,66%) certidões de nascimento. Além disso, 43 (45,74%) afirmaram que perderam a Carteira de Trabalho, 38 (40,43%) que perderam o Título de Eleitor e 81 (86,17%) disseram que nunca tiveram Carteira Nacional de Habilitação.

4. Discussão

A prevalência do sexo masculino, em idade economicamente ativa e de etnia parda está em consonância com o cenário nacional (Brasil, 2009; IBGE, 2011). O presente estudo apontou que a principal razão para a situação de rua eram as desavenças familiares, em consonância com estudo realizado na cidade de Belo Horizonte (Garcia et al, 2014), no entanto diferente do encontrado pelo sumário do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que identificou uso de álcool e outras drogas como principal razão para a situação de rua (Brasil, 2009). Ambos os aspectos podem trazer dificuldades para o acesso do paciente aos serviços de saúde ao serem impostas regras para isso como abstinência, cuidado de higiene e presença obrigatória de acompanhantes (Teixeira, 2019).

A maioria dos entrevistados nem sempre viveu em Recife, o fato de eles estarem fixos em uma capital não é explicado pela migração campo-cidade, ocorrida na primeira metade do século XX (IBGE, 2006), uma vez que apenas 16 deles já viveram em zona rural. Os achados do MDS estão em consonância com os achados da presente pesquisa, pois identificaram que 71,9% dos migrantes de outros municípios são originários de área urbana (Brasil, 2009).

Embora conflitos familiares e busca por emprego tenham sido apontadas como principais causas para a migração entre cidades, é importante considerar a existência de trecheiros. Esse grupo rompe com toda a malha da rede social, abandona os lugares de assentamento e sedentarização e assumem o nomadismo como forma de vida. Deslocam-se a pé pelas rodovias ou utilizam passes de ônibus disponibilizados pelos serviços de assistência social. São reflexo do abandono das referências fixas e estáveis, caracterizados por egressos de hospitais psiquiátricos que vivem em extremo isolamento, desassistência e desamparo (Justo & Nascimento 2005; Espósito & Justo, 2019). Neste sentido, o presente estudo identificou 15,9% de pessoas em situação de rua moraram em 6 ou mais cidades, seguindo a tendência identificada em estudo que apontou que, no país, 11,9% pessoas nesta condição migraram 6 ou mais vezes (Brasil, 2009).

Esse estudo apontou que a maioria dos participantes está em situação de rua há mais de 10 anos, o que aponta para mesma direção identificada em Censos realizados em Porto Alegre (Pimenta, 2019) que evidenciaram aumento progressivo no número de pessoas que estão na rua há mais de 20 anos. Parece haver uma tendência da situação de rua se tornar “crônica”, apesar de existir vontade de deixar essa situação, conforme foi constatado pelo censo de Belo Horizonte, em que 94% dos entrevistados desejavam sair das ruas (Garcia et al, 2014). Apesar de ser apontada como principal solução o acesso à moradia e o trabalho assalariado, não foram identificados estudos que mostrem quais são as principais dificuldades encontradas por essas pessoas para deixarem as ruas nas situações em que há anseio por essa mudança.

Pessoas em situação de rua, majoritariamente, possuem trabalho e exercem suas atividades com a finalidade de autossustento, fuga do sofrimento e o estabelecimento da possibilidade de sua reinserção social (Pimenta, 2019). Dados demonstram que mais da metade desta população exerce alguma atividade remunerada: cenário nacional (70,9%), Fortaleza (78,7%), Porto Alegre (60,6%), sendo que 60,6% dos participantes do presente estudo e 58,6% dos entrevistados no cenário nacional afirmaram possuir uma profissão (Brasil, 2009).

Estudo demonstrou que apenas 15,7% dos moradores em situação de rua exerciam a mendicância (Brasil, 2009), porém, no presente estudo, essa foi a atividade mais destacada. Esse dado pode indicar um errôneo estímulo à perpetuação da ideia de que esse grupo social é composto por “vagabundos” e “mendigos”. Tal cenário ressalta a importância do poder público local em implantar ações eficazes na promoção de equidade e de acesso a oportunidades para a PSR.

Apenas um participante possuía emprego formal, porém, a ausência de emprego regular não parece ser consequência direta de estar em situação de rua, pois 70,2% nunca possuiu carteira de trabalho assinada. Esses índices refletem o que já foi concluído durante os estudos feitos pelo MDS, visto que apesar de 1,9% dos entrevistados possuir carteira de trabalho assinada e 47,7% nunca tiveram um emprego formal (Brasil, 2009).

Os locais mais utilizados pelas pessoas em situação de rua para banho e necessidades fisiológicas são a rua e os banheiros públicos. Outro estudo identificou que os principais locais usados para essas necessidades são a rua (32,5%) e albergues/abrigos (31,4%), sendo os banheiros públicos a terceira opção (14,2%) (Brasil, 2009), em Porto Alegre, são instituições assistenciais previstas para a sua acolhida - albergues, abrigos, Centro POP - (40,1%), seguido por banheiros públicos (22,5%) e rua (15%) (Pimenta, 2019). Devido à limitação a recursos de higiene, esse grupo, além de ficar suscetível a várias doenças infecciosas, possui dificuldades ao procurar por assistência à saúde. Algumas pesquisas constataram que o preconceito e a discriminação relacionados às condições de higiene, prejudicada pelo uso de vestimentas sujas, falta de banho e odor, impedem ou retardam a procura por um serviço de saúde (Hallais & Barros, 2015; Alcantara et al., 2014).

Nessa pesquisa (88,3%), no MDS (46,5%) (Brasil, 2009) e no censo de Belo Horizonte (56,6%) (Garcia et al, 2014), notou-se a preferência pelo pernoite nas ruas. Algumas pesquisas sugerem que a falta de liberdade nos albergues com regras rígidas, tratamento hostil, proibição de uso de álcool e drogas e dificuldade para conseguir vagas são razões para esses locais não serem procurados (Justo & Nascimento, 2005; Andrade et al., 2014). Ao construir políticas públicas para determinado grupo social, é necessário conhecer suas histórias, concepções e valores, a fim de atender às suas demandas.

De acordo com as respostas coletadas na presente pesquisa, o consumo de álcool e outras drogas por indivíduos em situação de rua, promove alívio físico e psíquico, tornando-se, muitas vezes, a única possibilidade de suportar a vulnerabilidade inerente às suas vidas. Reverberando esse fato, a presente pesquisa identificou o uso por mais da metade dos participantes de tabaco, álcool e maconha, além de consumo de crack por 42,5% deles. Por consequência desse consumo, há maior suscetibilidade às enfermidades e outros agravos à saúde, como a dependência de substâncias psicoativas, as quais intensificam a permanência dessas pessoas na rua (Ministério da Saúde, 2010).

A maioria revelou estar acometida por alguma doença, entre elas estão lesões por causas externas, problemas de visão, problemas psiquiátricos e infecções sexualmente transmissíveis. Viver na rua expõe esse grupo a várias situações de risco que envolvem desde condições precárias de alimentação e moradia até repressão por parte do poder público com repercussões em suas condições de saúde (Hallais & Barros, 2015). Tal cenário revela que a vivência nas ruas expõe esses indivíduos a vulnerabilidades que interferem em suas condições de saúde e poderiam ser amenizadas por meio de um olhar mais singular e integral por parte da equipe de atenção primária à saúde, sinalizando a importância de médicos e enfermeiros atuantes nas equipes do CnaR. Nesse sentido, a soma da atuação desses profissionais aos demais componentes da equipe, possibilita um maior vínculo entre o setor da saúde e a PSR, fortalecendo e solidificando esse cuidado, sob os preceitos da interprofissionalidade, bem como maior resolutividade.

Dentre os que referiram alguma doença, cerca de um terço faz uso de medicamentos e, mais da metade os obtém através de uma unidade de saúde, evidenciando certo vínculo dessa população com a rede de atenção à saúde, mesmo que esse ainda não ocorra de modo integral (Hallais & Barros, 2015).

Mais da metade dos participantes utilizam as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais/emergências, destacando a negligência da prevenção e promoção à saúde por parte da Rede de Atenção à Saúde em oposição à lógica de descentralização que prioriza a Unidade Básica de Saúde (UBS) como a primeira porta de entrada no sistema de saúde (Melo, 2011; Bezerra et al., 2015). Outro ponto a ser considerado é a qualidade do atendimento oferecido, uma vez que esse pode ser dificultado pelo preconceito e despreparo por parte dos profissionais de saúde no cuidado a esse grupo.

A PSR vive uma condição conflituosa com relação à posse de documentos. Por um lado, são necessários para a conquista de determinados auxílios, como o, extinto, Bolsa Família e trabalho formal. Por outro, permite que pessoas firmem a sua privacidade e as obrigue a contactar familiares e voltar para casa. Como encontrado pelo MDS (58,9%) (Brasil, 2009), nesta pesquisa, mais da metade possuía carteira de identidade e aproximadamente metade possuíam CPF, carteira de trabalho e título de eleitor, além disso 66% o Cartão do SUS, o que pode demonstrar um cuidado efetivo por parte da equipe do CnaR, que possibilita a aquisição destes documentos, além de maior autocuidado das pessoas em situação de rua (Alcantara et al., 2014; Schervinski et al., 2017).

Em 2008, 85,5% das pessoas em situação de rua não recebia nenhum auxílio, 3,2% recebiam aposentadoria, 2,3% o Bolsa Família e 1,3% o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Brasil, 2009). Nessa pesquisa, a cobertura dos programas governamentais ainda não atinge a maior parte da população, ratificando a necessidade de garantir visibilidade a essa população também pelas políticas públicas assistenciais.

A PSR entrevistada pelo MDS (54,5%) (Brasil, 2009), pelo censo de Porto Alegre (45%) (Justo & Nascimento, 2005) e neste estudo (46,8%) já foi expulsa ou impedida de entrar em lugares, sendo transporte coletivo e estabelecimentos comerciais os principais locais de exclusão. Muitos participantes relataram nunca terem sido impedidos porque nunca tentaram entrar nos locais, submetendo-se a uma condição de rejeição. A dificuldade encontrada pela PSR de se relacionar com outras pessoas que não vivem nas ruas e de se afirmarem enquanto cidadãos, pode ser justificada, em parte, por ações governamentais que tomam como base para as suas ações a premissa de que a PSR é um problema urbano, causador da violência e insegurança urbana,

impedindo o reconhecimento de suas vulnerabilidades e de seus direitos constitucionais (Alcantara et al., 2014; Sicari & Zanella, 2018).

5. Conclusão

Os dados desse estudo fornecem um panorama atualizado sobre as PSR às equipes do CnaR na cidade do Recife e permitem compreender especificidades e complexidades no cuidado integral à este público, perpassadas por aspectos socioeconômicos e de cuidados a saúde. A ampliação das discussões sobre saúde, seus determinantes e condicionantes, contribuem para superar estigmas excludentes atualmente impostos a PSR e viabilizar a efetivação de seus direitos enquanto cidadãos, através de uma abordagem mais justa e equânime.

Embora a amostra possa limitar algumas generalizações, os achados são compatíveis com dados de outras localidades e foram abordadas pessoas em situação de rua atendidas pelas duas únicas equipes em atuação na capital. Essa circunstância também se deve às adversidades encontradas pelos pesquisadores durante a coleta de dados no campo, como questões meteorológicas, hostilidade em determinadas situações que interromperam ou impossibilitaram a realização das entrevistas e limitação da atuação das equipes do CnaR frente à insuficiência de material humano.

Neste sentido os autores deste estudo sugerem estudos do tipo censitário para melhor avaliar o cenário atual e o perfil nacional da população em situação de rua, para que a partir dos dados coletados, seja possível fazer uma análise da efetividade das atuais políticas de saúde que envolvem estes sujeitos.

Referências

- Andrade, L. P., da Costa, S. L., & Marquetti, F. C. (2014). A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: Potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Saude e Sociedade*, 23(4), 1248–1261. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400011>
- Bezerra, I. H. P., Filho, I. M., Costa, R. J. L. M., Sousa, V. J., & Carvalho, M. V. G. de. (2015). População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. *Enfermagem Revista*; 18(1) (2015). <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9365/10323>
- Brasil - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. (2008). *Estatísticas do Século XX*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv37312.pdf>
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. In *Diário Oficial da União* (Issue Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Brasil, C. N. do M. P. (2015). *Ação Nacional Em Defesa Dos Direitos Fundamentais Defesa Dos Direitos Das Pessoas Em Situação De Rua* (1st ed.). CNMP. <https://www.cnmp.mp.br/portal/publicacoes/8969-guia-de-atuacao-ministerial-defesa-dos-direitos-das-pessoas-em-situacao-de-rua>
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. In *Texto constitucional originalmente publicado no Diário Oficial da União de 5 de outubro de 1988*. (Vol. 2016, p. 496). <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Brasil. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. In *Ministério da Saúde: Vol. 1*. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Saúde da população em situação de rua*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf
- Constitution of the World Health Organization. (1946). *Public Health Reports*, 61, 1268–1279. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- De Alcantara, S. C., De Abreu, D. P., & Farias, A. A. (2014). Pessoas em Situação de Rua: Das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24(1), 129–143. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.40659>
- Hallais, J. A. S., & de Barros, N. F. (2015). Street Outreach Offices: Visibility, invisibility, and enhanced visibility. *Cadernos de Saude Publica*, 31(7), 1497–1504. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>
- Justo, J. S., & Nascimento, E. C. do. (2005). Errância e delírio em andarilhos de estrada. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 177–187. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722005000200005>
- Mattos, R. M., & Ferreira, R. F. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 47–58. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822004000200007>
- Melo, T. H. de A. (2011). *A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua*. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/48438>

- Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. (2008). *A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. https://wpp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Pesquisa-Nacional-sobre-a-Populacao-de-Rua-Relato-de-Usos-WPP-_PORT.pdf
- Ministério da Saúde, G. do M. (2011). *Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011*. 24, 5. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). *Rua - Aprendendo a Contar*. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
- Ministério do Planejamento, O. e G. (2011). *Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios*. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
- Natalino, M. A. C. (2020). Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020) TT - Nota Técnica n. 73. *Nota Técnica / IPEA. Disoc, 73*, 13. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>
- Paula, H. C., Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. de A., Brandão, P. S., & Scoralick, G. B. F. (2018). Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*, 2843–2847. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>
- Pimenta, M. de M. (2019). Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. *Civitas - Revista De Ciências Sociais, 19*(1), 82-104. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30905>
- Prefeitura de Belo Horizonte CRR-UFMG. (2013). *Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte* (S. C. Souza (Ed.)). CRR-UFMG. [https://cr.medicina.ufmg.br/project/assets/ckfinder/files/Relatório_Terceiro_Censo_POP_em_situacao_de_rua_PBH\(1\).pdf](https://cr.medicina.ufmg.br/project/assets/ckfinder/files/Relatório_Terceiro_Censo_POP_em_situacao_de_rua_PBH(1).pdf)
- Recife, S. de S. do R. (2014). *PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017*. http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2015_revisado_menor.pdf
- Recife, Secretaria de Assistência Social. (2005) *População em situação de Rua na cidade do Recife - Censo e análise qualitativa*. Prefeitura Do Recife. <https://www.recife.pe.gov.br/pr/seccsocial/populacaorua.php>
- Ribeiro, M. O. (2003). A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11*(5), 622–629. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000500009>
- Rosenthal, D., Mallett, S., & Myers, P. (2006). Why do homeless young people leave home? *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 30*(3), 281–285. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2006.tb00872.x>
- Schervinski, A. C., Negrão Merry, C., Evangelista, I. C., & Cardoso Pachedo, V. (2017). Atenção à saúde da população em situação de rua. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, 14*(26), 55. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p55>
- Sicari, A. A., & Zanella, A. V. (2018). Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão, 38*(4), 662–679. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>
- Silva, A. F. A. e. (1999). Estatuto da criança e do adolescente: avaliação histórica. *Educar Em Revista, 15*. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.188>
- West, R. S. (2016). *Políticas de Drogas e Redução de Danos: um estudo sobre o Programa Atitude*. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/ufpe-programa-atitude-sumario-executivo-2016.pdf>