



## ACOLHIMENTO REALIZADO PELO SUS ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM SALVADOR

EMBRACEMENT OF HOMELESS PERSON BY THE SUS IN SALVADOR

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira <sup>1</sup>  
Jade Souza de Santana Santos <sup>2</sup>

**Manuscrito recebido em:** 25 de agosto de 2021.

**Aprovado em:** 17 de janeiro de 2023.

**Publicado em:** 27 de dezembro de 2023.

### Resumo

**Objetivo:** Analisar como ocorre o acolhimento à Pessoa em Situação de Rua (PSR) em unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Salvador, Bahia, Brasil, tendo como objetivos específicos: descrever o processo de acolhimento na APS sob a ótica da PSR e identificar elementos facilitadores e dificultadores do acolhimento à PSR. **Método:** Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Apoio na Rua do Programa social Corra pro Abraço, por meio de entrevista semiestruturada com seis PSR. A partir da análise dos dados, definiram-se três categorias: Percepção sobre o acolhimento; Elementos que dificultam o acolhimento; e Elementos que facilitam o acolhimento. **Resultados:** Identificaram-se percepções diferentes sobre o acolhimento, assim como a importância das relações de afetividade e vínculo durante o processo de acolhimento na APS. Também, observaram-se práticas de cuidado pouco acolhedoras, identificadas por atitudes discriminatórias e burocráticas. Por outro lado, constatou-se que as políticas públicas são importantes para a mudança de cuidado às PSR na APS. **Conclusão:** A partir desse resultado, pode-se concluir que o acolhimento implementado pelas unidades de saúde utilizadas pelos participantes do estudo mostra-se frágil e incipiente, podendo comprometer o acesso, a detecção precoce de agravos à saúde e a continuidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Pessoas em Situação de Rua; Acolhimento; Atenção Primária à Saúde.

### Abstract

**Objective:** To Analyse how the embracement homeless person takes place at Primary Health Care (PHC) units in the city of Salvador, Bahia, Brazil, having as specific objectives: to describe the embracement process in PHC in the perspective of the homeless, and to identify facilitating factors and difficult factors in the embracement of the homeless. **Methodology:** Exploratory Research, case study type, with qualitative approach. The data collection took place at Street Support Unit of the social program “Corra pro Abraço”, through semi-structured interviews with six homeless individuals. From the data analysis, three categories were defined: Perception of the embracement, Facilitating factors for the embracement, and Difficulty factors for the embracement. **Results:** Different perceptions on embracement/welcoming were identified, as well as the importance of affective and bonding relationships during the embracement process in PHC. Also, unhealthy care practices were observed, identified by discriminatory and

<sup>1</sup> Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Docente no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1940-5254> E-mail: [apmoraes75@gmail.com](mailto:apmoraes75@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4606-079X> E-mail: [jadesantana40@gmail.com](mailto:jadesantana40@gmail.com)



bureaucratic attitudes. On the other hand, it was found that public policies are important for the change of care for homeless person in PHC. **Conclusion:** Based on the result, it can be concluded that the embracement implemented by the health units used by the study participants is fragile and incipient, and can compromise access, early detection of health problems, and continuity of care.

**Keywords:** Homeless Persons; User Embracement; Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

Existem vários conceitos que buscam definir quem são as Pessoas em Situação de Rua (PSR). Apesar da polissemia do conceito, identifica-se como um aspecto comum a ausência de moradia física, ou seja, um lar<sup>1</sup>. A Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) define essa parcela da população como um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum: a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular<sup>2</sup>.

Em março de 2020, estimava-se a presença de 221.869 PSR com idade igual ou superior a 18 anos no país<sup>3</sup>, em contrapartida, em Salvador, presume-se que existam entre 14.513 e 17.357 PSR<sup>4</sup>.

As PSR integram um grupo de risco e vulnerabilidade social que requisita por parte do poder público adoção de ações que mitiguem os danos e promovam direitos sociais fundamentais<sup>5</sup>.

No Brasil, não existiam aparatos públicos que beneficiassem, de alguma forma, a PSR – contexto que mudou em 1988 com a Constituição Cidadã. No âmbito da atenção à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), todos passaram a ter acesso universal à assistência integral e equânime<sup>6</sup>.

O SUS constitui um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a assistência farmacêutica, executado de modo compartilhado pelos entes federativos; atenção pautada no acesso universal, no cuidado integral e organizada sob os princípios da descentralização e regionalização.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a principal porta de entrada, ofertando atendimento inicial à população, devendo atuar de forma articulada e integrada com os demais pontos de atenção, constituindo, assim, redes de atenção à saúde regionalizadas<sup>7</sup>.



Nesse sentido, os serviços de APS assumem papel central na garantia do acesso da PSR às ações e serviços de saúde. Esse primeiro nível de atenção tem o acolhimento como uma das principais diretrizes na prática profissional por ser a principal porta de entrada do SUS<sup>8</sup>.

O acolhimento, como dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), nasceu com a finalidade de relembrar e efetivar os princípios do SUS nas práticas dos serviços de saúde<sup>9</sup>. Assim, acolher pressupõe compreender a demanda do usuário para além da queixa principal apresentada, percebendo-o no seu contexto social e inserindo-o em uma rede de atenção à saúde em que a Atenção Básica é a coordenadora do cuidado<sup>10</sup>.

O acolhimento não é uma etapa de atendimento nem há um horário específico para que ocorra, contudo, deve estar presente em todas as ações realizadas pelos profissionais nos serviços de saúde<sup>11</sup>. Nesse sentido, a utilização dessa tecnologia leve é essencial para essa dinâmica de saúde, viabilizando, com isso, a construção de vínculos de confiança e empoderamento das PSR, garantindo o cuidado integral à saúde delas.

No SUS, estudos apontam que os programas oferecidos para atender à PSR são pouco eficientes, em razão de desarticulação, de deficiência de recursos e de organização, ocasionando pouca resolutividade de ações<sup>12</sup>.

Apesar de existirem equipamentos voltados para a PSR, a produção de cuidado na APS é quase inexistente<sup>13</sup>. Também, a condição de vulnerabilidade torna esse grupo social passível de desrespeito aos direitos fundamentais, entre os quais, o direito à saúde<sup>14</sup>.

Para além disso, o estigma às PSR por parte da equipe de saúde e de outros usuários compromete o acesso delas; situação que reforça a invisibilidade dessa população e o desconhecimento de suas necessidades de saúde, o que amplia ainda mais os desafios no cuidado a esses cidadãos.

Este artigo, portanto, tem o objetivo de analisar como ocorre o acolhimento à PSR em unidades da Atenção Primária à Saúde no município de Salvador, Bahia, Brasil; a partir da descrição do processo de acolhimento na APS, identificação de elementos facilitadores e dificultadores sob a perspectiva da PSR.



## MÉTODO

Este artigo é um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), como um dos requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem. Conformou-se em uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, utilizando-se o método de estudo de caso.

O local do estudo foi a cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, Brasil; situada da região Nordeste; a qual possui uma população estimada de 2.868.949 habitantes <sup>15</sup>. Desse grupo, calcula-se que 14.513 a 17.357 pessoas estão em situação de rua <sup>4</sup>.

A Unidade de Apoio na Rua (UAR), equipamento do Programa Social Corra pro Abraço, localizada na praça Largo dos Mares, no bairro dos Mares, o qual oferece ações a PSR que buscam acolher, promover direitos e cuidado a essas pessoas com alta vulnerabilidade social, foi o espaço utilizado para realização da coleta de dados.

A escolha desse equipamento decorreu da facilidade de acesso e por ter como público as PSR; e, por não se tratar de uma unidade de saúde, contribuiu para mitigar possíveis vieses, uma vez que permite ao sujeito maior liberdade para expressar sua experiência sobre o modo como é acolhido nas unidades da APS.

O Programa, cuja sede está localizada em Salvador, é uma iniciativa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do estado da Bahia e objetiva promover o acesso da PSR às políticas públicas, garantir autonomia e direitos mediante práticas de acolhimento qualificado e a construção de vínculos <sup>16</sup>. Ele surgiu em 2013, tendo como público usuários de drogas em diversos contextos de vulnerabilidade, incluindo as PSR.

Os sujeitos da pesquisa foram PSR, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; com 6 meses ou mais em situação de rua; que no momento da entrevista não estivessem sob efeito de drogas lícitas ou ilícitas; e que aceitassem participar do estudo voluntariamente.

A fim de verificar a adequação do instrumento de coleta de dados, procedeu-se a um teste-piloto com a realização de oito entrevistas. Essa etapa foi essencial para aprimoramento do roteiro de entrevista e maior aproximação com a PSR atendida pelo Programa.



Atendendo os critérios de inclusão e de saturação de dados, participaram do estudo seis pessoas. A técnica de produção de dado escolhida foi a entrevista semiestruturada, conduzida a partir de um roteiro contendo dois blocos de questões. O primeiro, relacionado com o perfil do sujeito; e o segundo, com as questões vinculadas ao objeto de estudo. Para facilitar o registro, foi utilizado um gravador.

A coleta de dados ocorreu ao longo do mês de outubro de 2020. Considerando as peculiaridades da PSR, o trabalho de campo foi operacionalizado em dois momentos: no primeiro, foram implementadas ações de aproximação e estabelecimento de vínculo com as PSR atendidas pelo Programa, que durou cerca de 10 dias; no segundo, procedeu-se à realização das entrevistas, perfazendo 20 dias.

Na fase de aproximação, houve a colaboração da equipe do Programa Corra pro Abraço no desenvolvimento de diversas atividades, a exemplo de oficinas de arte-educação e de Primeiros Socorros. Ainda nessa fase, houve a apresentação do projeto de pesquisa, como estratégia de sensibilizar as PSR a participarem do estudo.

Tais atividades foram fundamentais para a vinculação e um achegamento a essas pessoas, facilitando o acesso e a realização das entrevistas; por outro lado, possibilitaram a desconstrução de uma visão estereotipada do senso comum em relação às pessoas que têm a rua como lar.

As entrevistas ocorreram sempre após as atividades ofertadas pela equipe do Programa ou da higiene corporal (banho) das pessoas, viabilizada pela Unidade de Apoio na Rua. O local de realização das entrevistas foi a praça, localizada próxima à Unidade de Apoio a Rua, tendo como espaço para esse encontro um banco ou meio fio.

A fim de atender às questões éticas envolvidas, antes do início da entrevista, fazia-se uma exposição sumária da pesquisa, e tendo o aceite voluntário da PSR, então, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com posterior assinatura. Considerando que a gravação das entrevistas era condição essencial, foi requerida de todos a autorização.

A duração média das entrevistas foi de, aproximadamente, 12 minutos, variando de 7 a 17 minutos.

A fim de manter o anonimato, cada entrevistado recebeu um pseudônimo, sendo eles: Maria Lúcia, Sueli, Miguel, Mateus, Murilo e Luís.



Ressalta-se que, durante o trabalho de campo, algumas dificuldades surgiram, a saber: o ruído presente durante a realização das entrevistas, que comprometeu a comunicação; a pandemia da Covid-19, que exigiu o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que, em certa medida, também afetou a comunicação; e a inexistência de um cadastro das PSR atendidas pelo Programa, o que facilitaria a identificação prévia de possíveis sujeitos da pesquisa.

No entanto, apesar de tal contexto, o apoio da equipe do Programa e a aproximação prévia às PSR foram decisivos na mitigação de tais dificuldades, viabilizando a consecução do trabalho de campo.

A técnica de análise de conteúdo foi a adotada para tratamento e análise dos dados empíricos. Todas as entrevistas foram transcritas, seguida de leituras flutuantes e em profundidade para identificação dos núcleos de sentido contidos nos discursos dos sujeitos. A fim de facilitar a construção das categorias analíticas, esses núcleos foram agrupados em uma planilha, para melhor visualização.

A partir do referencial teórico (acesso e acolhimento), chegou-se a três categorias de análise: 1) Percepções sobre acolhimento; 2) Elementos que facilitam o acolhimento; e 3) Elementos que dificultam o acolhimento.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNEB, conforme CAEE nº 27094619.3.0000.0057, sendo aprovado conforme parecer nº 3.928.432.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria era de homens (4), com idade entre 27 e 46 anos e solteiros. Quanto à escolaridade, três possuíam ensino médio completo, um tinha ensino fundamental completo e um era não alfabetizado.

Todos referiram serem autônomos, sendo três coletores de material para reciclagem, um baleiro, um trabalha com vendas e limpeza e um trabalha com múltiplas tarefas, como artesanato, faxina e ajudante de pedreiro. Tal perfil foi similar ao encontrado pela pesquisa realizada pelo Projeto Axé, em Salvador, a qual apontou que grande parte da População em Situação de Rua realiza atividade autônoma, sendo a reciclagem uma das mais frequentes.



Quanto à documentação de identificação, quatro possuem os documentos básicos – carteira de identidade (RG), Cadastro de Pessoas físicas (CPF) e certidão –; um possui título de eleitor e carteira de trabalho; e um possui RG e certidão. De acordo com os relatos, a inexistência de documentos básicos de identificação resulta, em sua maioria, de perda/roubo dos seus pertences pessoais; porém, ressaltaram que a obtenção de segunda via é facilitada pela presença e acesso a equipamentos sociais na região.

Dos seis entrevistados, três afirmaram ter filhos, sendo que apenas um vive com um de seus filhos.

Em relação ao tempo em situação de rua, os dados apontam para uma grande variação e para um longo período nessa situação: 1 entrevistado referiu viver nas ruas há 30 anos; 1, há 25 anos; 3 entrevistados, há cerca de 10 anos; e apenas 1 referiu estar nesta condição há 1 ano.

As causas que levaram essas pessoas a terem a rua como lar foram conflito/desestruturação familiar (3) e questões financeiras (3). Esses achados coadunam com o Ministério da Saúde<sup>9</sup> ao afirmar que os principais motivos que levam as pessoas à situação de rua são as desavenças familiares, o alcoolismo, o uso de drogas e o desemprego.

Por outro lado, para um dos entrevistados, estar em situação de rua foi uma escolha, tendo como motivação a busca por autonomia. Uma hipótese para tal escolha pode ser a uma noção, ainda que vaga, de liberdade proporcionada pelas ruas e que, por vezes, explica não só o fator de saída, mas de permanência nas ruas; além disso, essas pessoas percebem o ambiente doméstico como perigoso e opressor<sup>17</sup>.

A totalidade dos entrevistados relatou que pernoita debaixo de marquises ou praças localizadas no bairro dos Mares e circunvizinhos (Ribeira, Uruguai e Vasco da Gama). Essa região do município de Salvador possuiu uma intensa atividade comercial e elevada densidade demográfica, o que pode facilitar o acesso a atividades remuneradas e itens de subsistência. A rua, para essa população, é ressignificada: ela deixa de ser lugar de passagem para ser espaço de sobrevivência. A vida privada passa a se desenrolar no espaço público<sup>1</sup>.



## - Percepções sobre o acolhimento

Os achados empíricos sinalizam para distintas percepções sobre o acolhimento, entre os sujeitos participantes da pesquisa, fruto de experiências anteriores quando necessitaram acessar os serviços APS.

Algumas falas destacaram aspectos positivos ao acolhimento:

“Posso desenhar? Eu fui acolhida tipo nos braços, assim né, no coração, nos braços grandão. De braço aberto. Aqui é um braço, viu? [apontou o desenho que pediu para fazer no papel] [...] é um coração assim, tipo uma mãe, né, que a gente tá precisando, aí a gente vai, aí o pessoal apoia a gente, eu me senti com o braço aberto.” (Maria Lúcia)

“Uma palavra... eu vou dizer assim [...] eu digo que foi correto o atendimento. Eu vou deixar essa palavra, atendimento correto.” (Luis)

“É... uma palavra? chovê... Uma palavra... foi bom. Bom, foi bom.” (Sueli)

“A solução daquela situação [que situação?]. Seu problema de saúde, entendeu? Se resolve, eles resolvem, eles estão lá pra isso, eles estão preparados, eles ouvem, eles é capacitado, e tem que te atender, não pode ter o atendimento negado não.” (Miguel)

Os fragmentos de discursos acima descritos trazem palavras que definem a percepção dessas pessoas acerca da forma como foram recebidas e tratadas pelas equipes da APS, “acolhida nos braços”, “tipo uma mãe”, “bom”, “correto” e “eles ouvem”; a palavra “mãe” traz várias significações, entre elas, está a ideia de alguém que cuida, escuta, orienta e prepara de maneira afetiva sua prole <sup>18</sup>. Sendo assim, para a entrevistada, o acolhimento pressupõe relações de afetividade, de troca, que resultam em vinculação e confiança.

A partir da definição de Spinoza, percebe-se que os afetos são capazes de modificar o estado (mente e corpo) em que a pessoa se encontra e alterar sua potência de agir, aumentando ou diminuindo, por exemplo, a alegria, a tristeza ou o desejo <sup>19</sup>. Dessa forma, um bom acolhimento potencializa a essência do paciente por meio de uma troca bidirecional, em que tanto trabalhador da saúde quanto paciente são afetados e saem modificados – o primeiro, para querer entender, intervir e dar suporte; e o segundo, com disposição e abertura para criar relações de confiança e cuidado.





Igualmente, o vínculo construído entre os trabalhadores de saúde e essa população é um importante indicador de acolhimento, demonstrado no discurso de Sueli:

“Ah, eu sempre lá sou bem atendida, pense, as meninas, elas já me conhecem e também lá é um posto que sempre eu vou, inclusive quando preciso fazer algum exame, algum por fora, aí é sempre bem. Então, lá que eu pego meus remédios, lá que eu marco meus exames.” (Sueli)

O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre trabalhadores de saúde e usuários <sup>20</sup>. De forma complementar, é um instrumento relacional que se constitui ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado <sup>21</sup>.

Assim, o acolhimento é um dispositivo fundamental para a criação de vínculo das equipes de APS com PSR, visto que, na maioria das vezes, essas pessoas carregam experiências de desafetos familiares, exclusão social e vínculos frágeis ou inexistentes com serviços de saúde.

É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja de toda a equipe, com a finalidade de que se concretize no trabalho vivo em ato <sup>22</sup>, o qual consiste em um trabalho em saúde realizado no presente momento (em ato), que se combina com o trabalho feito anteriormente por outro trabalhador em saúde, somando produções de cuidado <sup>23</sup>.

Para que tais práticas sejam potentes e capazes de gerar acolhimento e vínculo, é preciso que os processos de trabalho combinem práticas de cuidado individuais e coletivas realizadas em conjunto pelos trabalhadores de saúde, respeitando a história de vida e as necessidades daquele que busca o serviço de saúde; prerrogativa que se estende à PSR.

Os autores trazem ainda que o trabalho vivo em ato se modifica a depender do grupo a que esse cuidado será direcionado. Quando se trata da PSR, é necessário entender suas necessidades, acolhendo e produzindo cuidados específicos, que sejam adequados ao seu contexto social. De forma geral, o acolhimento é importante para gerar acesso, responsabilização, autonomia e continuidade do cuidado<sup>24</sup>. Especificamente com relação à PSR, o acolhimento deve resultar em humanização, prevenção e redução de danos existentes <sup>13</sup>.



## - Elementos que dificultam o acolhimento

A análise dos dados sinalizou para um conjunto de situações que se conformam em barreiras que dificultam o acolhimento à PSR pelas unidades de APS. A negação do atendimento à demanda espontânea foi um dos obstáculos encontrados:

“No Furtinho de Carvalho, que é consultório na rua, eu fui lá. Eu fui lá. A primeira vez me trataram bem não, que eu fui! me trataram com ignorância [...] eu cheguei lá, aí a moça falou pra mim assim, que não ia fazer curativo em mim não, só porque a sala tava limpa e ela não ia sujar a sala não, ela falou bem assim pra mim, aí eu fiquei muito chateada, eu saí de lá e fiquei chateada e falei pra todo o mundo. Aí ela disse assim: que não ia fazer não que o curativo, que só ia fazer curativo infectado, aí eu tava com minha cabeça aberta, cheio de bicho, aí, que não ia fazer não o curativo.” (Maria Lúcia)

Percebe-se que acolher a demanda espontânea é uma ação importante a ser incorporada no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, de modo a favorecer e garantir o acesso da População em Situação de Rua aos serviços de saúde. Assim, é fundamental que o modo de organização promova o acesso, tendo no acolhimento um dispositivo para “abrir as portas” a essa população; acolhendo o não programado, as eventualidades ou aquilo que não é previsto <sup>24</sup>.

O segundo ponto versa sobre a compreensão de que acolher também significa garantir o direito à saúde. Esse dispositivo traz como significado o acesso aos serviços de saúde; acrescenta sobre a necessidade de dispor de uma rede de referências de serviços e canais de fluxo que permitam encaminhamentos quando a unidade não tiver todos os recursos necessários para responder à demanda do usuário <sup>8</sup>.

Assim, a análise dos dados empíricos, demonstrou que as PSR também encontram tais barreiras ao buscarem o serviço de saúde,

“Já recebi muita má vontade por causa da minha situação financeira. O pessoal não gosta de pobre, não gosta. Quando chega uma moça, branca, bonitinha lá, os funcionários... ah, tem um tratamento melhor, mas quando chega uma senhora negra, pobre, assim... o tratamento muda completamente... o que eu posso dizer é que o pessoal não gosta de pobre, ignorante, analfabeto, de negro [...]” (Mateus)

Na fala de Mateus, identifica-se a discriminação socioinstitucional que inviabiliza de modo contundente o acesso da PSR ao serviço de saúde. Essa prática, além de ir de encontro aos princípios doutrinários do SUS, reduz as possibilidades de escuta e acolhimento das PSR aos serviços de saúde, afeta a autoestima e contribui de forma decisiva para a saúde <sup>25</sup>.



As barreiras econômicas e étnico-raciais se destacam entre os elementos que indicam a produção de iniquidades e contribuem para a vulnerabilização de diferentes grupos sociais <sup>26</sup>. Portanto, é imperioso reconhecer que o racismo institucional existe no cotidiano dos serviços de saúde, assim como implementar medidas que coíbam tal atitude.

No caso da PSR, o racismo institucional exacerba, ainda mais, a vulnerabilidade a que essa população está exposta, bem como não permite que tenha acesso às ações e aos serviços de saúde necessários à manutenção de sua saúde física e mental.

Assim, é indispensável a necessidade de enfrentar a discriminação socioinstitucional à PSR, sobretudo para a melhoria do acolhimento nos serviços de saúde, conferindo hipervisibilidade a essa população, que sobrevive em condições de “não existência” <sup>13</sup>.

Para além de tais barreiras, a exigência de documentação foi outro fator trazido pelos entrevistados. Ressalta-se que a Portaria GM/MS nº 940/2011 garantiu que a PSR não necessita de documentação para cadastramento e acesso ao sistema público de saúde.

“Encontro! É, [...] meu CPF tá desatualizado, então não tá com história porque eu não sou daqui de Salvador, então não tá com o histórico certo no computador, tá entendendo? [...] foi tanto que eu precisei de ajuda dos pessoal do abrigo pra resolver assim a certidão, que vai resolver ainda.”  
(Murilo)

Tal fato ainda está presente em alguns serviços da Atenção Básica, e a barreira estrutural é maior quando o atendimento resulta na necessidade de marcação de consultas ou procedimentos para outros níveis da atenção à saúde, em decorrência da ausência de endereço fixo e da insuficiência de dados, requisitos exigidos pelos processos burocráticos instituídos no serviço de saúde <sup>27</sup>.

Da mesma forma, a falta de documentação dificulta, inclusive, a retirada de medicamentos de uso contínuo nas unidades de saúde <sup>13</sup>. Essa exigência de documentação para acessar os serviços de APS afasta a PSR <sup>28</sup>.

Assim, a indisponibilidade de documentação conforma-se como um entrave e dificulta o acesso da PSR à rede de atenção à saúde por meio da APS.



O não acesso à APS, além de aumentar a vulnerabilidade da PSR, pode resultar no agravamento de sua condição de saúde. A dificuldade de acesso ao serviço de saúde faz com que a PSR busque formas alternativas de enfrentamento de seus problemas de saúde, como aguardar que o problema se resolva, a partir do desaparecimento dos sinais e sintomas; ingestão de bebida alcoólica para mitigar a dor; automedicação; práticas de cuidado informal oferecidas por pessoas que vivem na mesma situação; ou busca pelo serviço de saúde quando o problema está agudizado e traz risco de morte <sup>29</sup>.

#### - Elementos que facilitam o acolhimento

Em contrapartida, as falas também trouxeram fatos caracterizados como facilitadores,

“Depois da mudança de política, nova gestão do município de Salvador melhorou a situação em relação à saúde das pessoas em situação de rua [...]. Hoje pode-se dizer que eu me sinto bem, sou atendido normal [...] hoje pela força, o apoio da política pública dos militantes, dos que trabalham nessa área aí, lutaram [...] pra poder atender e não deixar a pessoa sem o atendimento, não negar o atendimento à população em situação de rua de Salvador.”  
(Miguel)

Reconhece-se que as políticas públicas voltadas à PSR são fundamentais para o resgate da dignidade e da cidadania dessas pessoas, pois buscam, a partir de um conjunto de ações intersetoriais, superar a omissão do Estado em relação às necessidades e aos direitos dessa parcela da sociedade.

Essas medidas protetivas são essenciais e podem contribuir para a ruptura histórica de exclusão e marginalização à qual a PSR está submetida; garantindo maior visibilidade em diferentes campos, inclusive o da saúde.

Desde a criação da PNPSR, em 2009, ocorreram diversas tentativas que objetivavam mudar o panorama de desassistência da PSR e de processos de saúde e adoecimento complexos a que essa população está submetida <sup>30</sup>.

No âmbito do SUS, a equipe do Consultório na Rua, estratégia da Política Nacional da Atenção Básica, voltada para a assistência e promoção da saúde dessa população, conforma-se em uma possibilidade real de mudar tal cenário. O Consultório na Rua propõe o cuidado integral da PSR por meio da vinculação e



adequação do cuidado à realidade e complexidade do contexto de rua, preservando e garantindo os direitos dessa população e potencializando o cuidado e a autonomia desse grupo social <sup>10</sup>.

Além desse dispositivo específico para a PSR, a PNH, por intermédio da sua ferramenta de acolhimento, torna viável que as Unidades Básicas de Saúde assumam uma postura de cuidado humanizado.

O acolhimento possibilita a construção de um novo fazer e a efetividade das políticas públicas voltadas a essa população quando pautado em respeito, aceitação e adequação do serviço à sua realidade <sup>9</sup>. Além disso, viabiliza uma prática de cuidado humanizado e superação de atitudes não acolhedoras.

A consciência dos entrevistados sobre seus direitos, destacada pelo modo lúcido e pelo seu conteúdo político de suas falas, é algo que merece realce. Ademais, talvez se conforme no principal gatilho para favorecer seu acolhimento nas unidades de APS ao viabilizar a reivindicação por direitos, acesso a bens e serviços essenciais e respeito à dignidade humana pelos serviços de saúde.

Por fim, essa consciência cidadã é importante para o reconhecimento das PSR como pertencentes do lugar onde estão <sup>31</sup>, fomentando a luta por políticas públicas e a constituição de grupos organizados capazes de influir na agenda política dos governantes.

## CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa demonstraram que existem dificuldades e facilidades no acolhimento da PSR pelas Unidades Básicas de Saúde. As práticas de cuidado, presentes nas unidades utilizadas pelos sujeitos da pesquisa, mostraram-se pouco acolhedoras, demarcadas por atitudes burocráticas, preconceituosas e pouco resolutivas. Tais contornos comprometem a qualidade do cuidado, o vínculo e a continuidade do cuidado.

O acolhimento corresponde a uma postura dos profissionais nos serviços de saúde materializada por afetividade, vínculo, respeito e tolerância. Entretanto, os dados demonstraram-se divergentes da concepção adotada no estudo.



As barreiras econômicas, as étnico-raciais, a discriminação, a falta de documentação e o não atendimento à demanda espontânea foram identificados como elementos que dificultam o acolhimento à PSR nos serviços de saúde.

Por outro lado, a existência de uma política pública voltada a essa população foi percebida como elemento que facilita o acolhimento. Políticas públicas são essenciais na garantia de direitos sociais, entre eles, o de saúde, materializado pelo acesso universal aos serviços de saúde e pelo e cuidado integral.

A presença de respostas sociais, que objetivam proteger e direcionar o cuidado, é fundamental para a promoção à saúde e a redução de danos da PSR. Outrossim, concorda-se que o acolhimento pode contribuir para a superação de modelos de atenção que segreguem e perpetuem práticas excludentes, favorecendo modos de cuidar centrados no sujeito e em suas necessidades.

Dessa forma, o acolhimento implementado pelas unidades de saúde utilizadas pelos participantes do estudo mostra-se frágil e incipiente, seja pelo desconhecimento do como fazer, seja pela ausência de habilidades dos profissionais de saúde em assistir PSR.

Práticas pouco acolhedoras no âmbito na Atenção Básica comprometem o acesso, a detecção precoce de agravos à saúde e a continuidade do cuidado; situações que podem acarretar o agravamento da condição de saúde dessas pessoas.

Sugere-se a incorporação dessa temática nas atividades de Educação Permanente, de modo a viabilizar o aprendizado a partir da reflexão do trabalho em saúde, mediada por conteúdo que aborde a PSR e suas necessidades, como acolher essa população no cotidiano dos serviços de saúde, em especial, aqueles voltados ao atendimento dessa população.

Além disso, propõe-se o apoio matricial, importante estratégia de aprendizado e troca, possibilitando a construção de novos fazeres e práticas em saúde, utilizando-se de experiências exitosas de unidades que experienciam o acolhimento na sua realidade, assim como o matriciamento por serviços/equipamentos que atendem especificamente a essa população, potencializando e universalizando o cuidado à PSR nas unidades de atenção primária.

Por fim, por se tratar de um fenômeno complexo, e ainda pouco estudado, recomendam-se novos estudos que busquem responder a aspectos não explorados na pesquisa, incorporando outros sujeitos envolvidos, como profissionais de saúde e gestores.



## REFERÊNCIAS

1. Miranda NCJ, Pereira GC. População de Rua em Salvador-Ba: reflexões sobre o espaço urbano e o direito à cidade. In: Anais do 11. Encontro Nacional da ANPEGE; A diversidade da geografia brasileira: escalas e dimensões da análise e da ação; 2015 out 9-12. Salvador: ANPEGE; 2015. p. 2610-2623.
2. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 dez 2009; Seção1: 16.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica: estimativa da população em situação de rua no brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília; 2020.
4. Carvalho MAC, Santana JP, Vezedek L. Cartografias dos desejos e dos direitos: mapeamento e contagem da População em Situação de Rua na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Salvador: SEMPS; 2017. p.1-27.
5. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGDO, Saraiva AKDM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Cienc Saude Colet. 2016;21(8):2595-606.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federal do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
7. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 jun 2011; Seção1: 1.
8. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Cien Saude Colet. 2010;15(suppl 3):3569-78.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: o que é, como implementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Oliveira OVM, organizadora. Política Nacional de Humanização: o que é, como implementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 6-72.
12. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad Saude Publica. 2014;30(4):805-14.
13. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad Saude Publica. 2015;31(7):1497-504.
14. Nonato DN, Raiol RWG. Invisíveis Sociais: a negação do direito à cidade à População em Situação de Rua. Rev Direito Urbanístico, Cid e Alteridade. 2016;2(2):101.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Desenvolvimento Humano; Salvador [atualizada em 2010]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.



16. Bahia (Estado). Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. Por que o CRIA correu pro abraço. In: Corra pro Abraço: o encontro para o cuidado na rua. Salvador: SJDHDS; 2016. p. 17-40.
17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 240.
18. Badinter, E. Um amor conquistado: o mito do amor eterno. Tradução: Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
19. Novikoff C, Cavalcanti MAP. Pensar a potência dos afetos na e para a educação. Conjectura Filos e Educ. 2015;20(3):88-107.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. Rev Bras Enferm. 2013;66(4):514-22.
22. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica. 2004;20(6):1487-94.
23. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-32.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).
25. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e Soc. 2007;16(2):146-55.
26. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. Rev Saude Publica. 2012;46(6):1007-13.
27. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. Is the Access of the Street Population a Denied Right? Reme Rev Min Enferm. 2019;23:1-8.
28. Lopes PR, Winkelmann MCC, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Dalmolin IS. Percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde TT. Rev Enferm Atual Derme. 2017;83(21):54-60.
29. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. 2012;28(1):115-24.
30. Vale AR, Vecchia MD. "UPA é nós aqui mesmo": as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. Rev Saude e Soc. 2019;28(1):222-34.
31. Silva MP, Guedes EN, Santos PC. Conscientização e participação: as relações públicas comunitárias na construção da cidadania. Organicom. 2017;14(26):87-98.