






O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA É UM DIREITO NEGADO?

IS THE ACCESS OF THE STREET POPULATION A DENIED RIGHT?

¿EL ACCESO DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE ES UN DERECHO NEGADO?

-  Cindy Damaris Gomes Lira ¹
-  Jéssica Micaele Rebouças Justino ¹
-  Irismar Karla Sarmento de Paiva ²
-  Moêmia Gomes de Oliveira Miranda ³
-  Ana Karine de Moura Saraiva ³

¹ Universidade Federal Rural do Semiárido – UFERSA, Programa de Pós-Graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições. Mossoró, RN – Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN – Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Mossoró, RN – Brasil.

Autor Correspondente: Cindy Damaris Gomes Lira
E-mail: cindymarislira@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Cindy D. G. Lira, Jéssica M. R. Justino;
Conceitualização: Cindy D. G. Lira; **Gerenciamento do Projeto:** Cindy D. G. Lira, Irismar K. S. Paiva, Moêmia G. O. Miranda, Ana K. M. Saraiva; **Metodologia:** Cindy D. G. Lira, Jéssica M. R. Justino; **Redação - Preparação do original:** Cindy D. G. Lira, Moêmia G. O. Miranda, Ana K. M. Saraiva; **Redação - Revisão e Edição:** Cindy D. G. Lira, Jéssica M. R. Justino, Moêmia G. O. Miranda, Ana K. M. Saraiva; **Supervisão:** Irismar K. S. Paiva, Moêmia G. O. Miranda; **Visualização:** Irismar K. S. Paiva

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 20/12/2017

Aprovado em: 12/12/2018

RESUMO

Objetivo: analisar o acesso da população em situação de rua (PSR) aos serviços de saúde. **Métodos:** trata-se de pesquisa qualitativa na qual foram realizadas 29 entrevistas com trabalhadores de saúde distribuídos entre profissionais de equipes de saúde da família, de unidades de pronto-atendimento e de hospital geral de urgência e emergência. **Resultados:** o acesso da PSR ocorre preferencialmente nos serviços de urgência e emergência, mediante a exigência de documentos de identificação pessoal e cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), embora estes não assegurem a continuidade do atendimento; transferência de responsabilidade pelo atendimento entre as instituições que compõem a rede de atenção à saúde; padronização dos formulários e da assistência; dificuldades de acesso materializadas em: questões burocráticas, número reduzido de profissionais, estrutura e insumos insuficientes, ausência de residência fixa e desvalorização social dessa população. **Conclusão:** a compreensão de acesso que permeia os serviços de saúde é restrita à entrada para o primeiro atendimento, constituindo-se em um direito constitucional negado à população em situação de rua. Essa população, embora esteja presente na sociedade neoliberal, é invisível ao serviço de saúde, sendo reconhecida por estereótipos historicamente construídos pela sociedade capitalista, que tem um padrão definido do que sejam os modos de andar a vida. Desse modo, constitui-se em desafio para a gestão, trabalhadores, movimentos sociais e instituições formadoras, uma vez que questiona o SUS como uma conquista da sociedade e uma política pública de inclusão social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Pessoas em Situação de Rua; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the access of the street population to health services. **Methods:** this was a qualitative study in which 29 interviews were conducted with health workers, distributed among professionals in family health teams, urgency and emergency care units, and a general emergency hospital. **Results:** the access of the street population occurs preferentially through emergency services, through the requirement of identity and Unified Health System cards, and the continuity of health service is not guaranteed; there is a transfer of responsibility for care among the health care network institutions; standardization of forms and assistance; difficulties of access materialized in: bureaucratic issues, reduced number of professionals, insufficient structure and inputs, absence of residence address, and social devaluation of this population. **Conclusion:** the understanding of access that permeates health services is restricted to the first care, thus becoming a denial of constitutional right to the street people. Although this population is present in neoliberal society, it is invisible to the health service, being recognized through stereotypes historically constructed by capitalist society that has a defined standard of the way to lead a life. Therefore, the access of the street population to health service is a challenge for managers, workers, social movements, and educational institutions, because it questions the Unified Health System as a conquest of society and a public policy of social inclusion. **Keywords:** Unified Health System; Homeless Persons; Health Services Accessibility.

Como citar este artigo:

Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1157. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190004

RESUMEN

Objetivo: analizar el acceso de la población en situación de calle (PSR) a los servicios de salud. **Método:** Investigación cualitativa con 29 entrevistas a trabajadores de la salud, entre ellos profesionales de equipos de salud de la familia, de guardias y de urgencias y emergencias. **Resultados:** la PSR acude principalmente a los servicios de urgencias y emergencias, es obligada a presentar un documento de identificación y la tarjeta del SUS (Sistema único de salud), aún cuando no se le garantiza la continuidad de la atención; transferencia de responsabilidad entre las instituciones del sistema de atención de la salud; estandarización de los formularios y de la atención; dificultades de acceso concreto en: asuntos burocráticos, poca cantidad de profesionales, estructura e insumos insuficientes, ausencia de domicilio fijo y desvalorización social. **Conclusión:** la idea de acceso a los servicios de salud se restringe a la primera consulta/ atención y con ello se le niega un derecho constitucional a la población en situación de calle. A pesar de estar presente en la sociedad neoliberal, dicha población es invisible a los servicios de salud y es reconocida por los estereotipos históricamente contruidos por la sociedad capitalista que tiene un modelo definido de cómo debe llevarse la vida. Por ello, es un reto para la gestión, los trabajadores, los movimientos sociales y las instituciones formadoras, que cuestionan cómo el SUS puede considerarse como una conquista de la sociedad y una política pública de inclusión social ante semejante realidad.

Palabras clave: Sistema Unico de Salud; Personas sin Hogar; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A universalidade, defendida pela Reforma Sanitária Brasileira, pressupõe que todas as pessoas tenham direito ao acesso, às ações e serviços de saúde. Reforça a compreensão da saúde como um direito de cidadania, entendido este como direito de todos e dever do Estado, garantido a partir de políticas sociais e econômicas de proteção social.¹

O acesso caracteriza-se, portanto, pela acessibilidade, aceitabilidade e disponibilidade a serviços de saúde. Devem existir, assim, serviços em quantidade e qualidade, coerentes com as necessidades da população; organização, planta física, recursos humanos em quantidade e qualidade coerente com a demanda; horário de funcionamento, acolhimento e capacidade de adaptação às necessidades diferenciadas dos usuários; preocupação com o estabelecimento de equidade, rotinas e protocolos preocupados com a inclusão; valorização das tecnologias leves de trabalho (escuta, vínculo, etc.); bem como serem legitimados e aceitos pela população de acordo com suas experiências culturais anteriores.²

Um dos maiores desafios das políticas sociais, entre elas a de saúde, é garantir que a grande parcela de pessoas excluídas do mundo do trabalho seja incluída e passe a participar ativamente da vida social. É nesse contexto que emerge a população em situação de rua (PSR), grupo historicamente excluído, que vivencia o estereótipo de renegadas, sem documentos, su-

jos e sem dignidade.³ Vivem à margem dos processos de inclusão e sofrem graus variados de vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços, como trabalho, educação, habitação, transporte, lazer e saúde.

São as pessoas e famílias que vivem na e da rua, entretanto, quando organizadas, preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”. Essa denominação visa caracterizar o princípio da transitoriedade desse processo de absoluta exclusão social, mesmo que no fundo muitos saibam que sair da rua não é simples.⁴

É uma população pouco reconhecida, mas muito vista nas ruas, embaixo dos viadutos, nos faróis e becos da cidade, áreas faveladas, logradouros públicos, próximos de centro comercial, espaços urbanos, albergue; caracteriza-se como uma população flutuante, alguns ocupam locais próximos de rodovias e estradas, bem como áreas de risco iminente.⁵

O cenário em que se encontra o povo de rua é tangencial ao fenômeno da pobreza. São pessoas que possuem menos do que precisam para atender às suas necessidades.⁴ Vivem na linha da indigência ou pobreza absoluta, cuja sobrevivência física, na maioria das vezes, está comprometida pelo não suprimento das necessidades nutricionais. A PSR vivencia, portanto, inúmeras situações de privação e violência, miséria, inutilidade social, associadas, pelo senso comum, ao alcoolismo, criminalidade e vadiagem.

O Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do princípio da universalidade, garante legalmente acesso igualitário, integral e equânime a toda a população brasileira. Contudo, em termos práticos, não se vê a extensão desse direito à população em situação de rua. Observa-se que esta tem acesso aos serviços (é atendida) apenas nas situações de urgência e emergência, por profissionais sem o devido preparo para identificar e compreender suas reais necessidades de saúde: “na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente”⁶, em especial no que se refere à PSR.

Desse modo, a problemática descrita desperta o questionamento: como se dá o acesso da PSR aos serviços de saúde? Na perspectiva de refletir sobre essa questão, o presente estudo se propôs a analisar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Essa problemática tem como pressuposto o fato de que a PSR tem um acesso aos serviços de saúde seletivo, focalizado e excludente, contrapondo-se a saúde como um direito de cidadania.

MATERIAL E MÉTODO

Para melhor compreensão do objeto do estudo o percurso metodológico foi guiado pelo desafio de visualizá-lo em suas especificidades, a partir de suas determinações ao longo da história, assim como as relações institucionais e organizacionais que permeiam as chances de valorá-lo, analisá-lo, interpretá-lo e reconstruí-lo.

Essas prerrogativas nos aproximaram da compreensão do objeto de estudo, bem como orientam sua análise. Outrossim, reconhece-se aqui a dinamicidade das relações que se estabelecem na sociedade, as contradições, os conflitos, as continuidades e as transformações. Assim, compreende-se que não existem instituições ou ideias acabadas, findas em si, e o caráter provisório é suscetível dos conhecimentos e dos fatos.⁷

Com essa compreensão, o estudo desenvolvido foi de natureza qualitativa, uma vez que possibilitou um processo de reflexão e análise dos fenômenos em todos os seus aspectos, contextualizando/articulando os acontecimentos ao período histórico e as singularidades do campo de estudo.⁸ Para alcance do objetivo proposto, o estudo buscou apreender o objeto em sua essência, considerando a sua especificidade, suas articulações e determinações históricas concretas.

A princípio, foram contatados os gestores da 2ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte e da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró/RN para anuência da pesquisa, autorizando, após aprovação no Comitê de Ética, acesso dos pesquisadores aos serviços de saúde sob suas responsabilidades, ou seja, Hospital Regional, Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Unidades de Pronto-Atendimento (UPA).

A escolha dessas instituições como *locus* da pesquisa justifica-se, pois, historicamente são reconhecidas como porta de entrada para os serviços de saúde de Mossoró-RN. Esclarece-se que, no momento da pesquisa, o município não tinha uma rede de atenção à saúde específica para a população em situação de rua. Nesse sentido, o hospital regional foi escolhido por ser a porta de entrada para atendimentos de urgência e emergência; as três UPAs, por serem a porta de entrada para os pronto-atendimentos; e as seis UBSFs por se constituírem em referência no município para a PSR e/ou em função de sua localização geográfica se aproximar de praças públicas e/ou ruas onde corriqueiramente pessoas em situação de rua vivem e trabalham.

Para tanto, foram realizadas 29 entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de saúde, distribuídos da seguinte forma: 16 profissionais de equipes de saúde da família, nove profissionais das unidades de pronto-atendimento e quatro profissionais do pronto-socorro do Hospital Regional.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: atuar no serviço há no mínimo um ano; ter mais de 18 anos; ser funcionário do quadro efetivo. Os critérios de exclusão foram: estar em férias, em licença ou com atestado médico no momento da pesquisa de campo.

Os trabalhadores que correspondiam aos critérios supracitados foram abordados individualmente nos serviços de saúde acerca do interesse em participar da pesquisa, momento em que eram apresentados objetivo e finalidades do estudo. Com aqueles que se dispuseram a participar e tinham disponibilidade,

os pesquisadores já realizavam as entrevistas; em alguns casos, houve necessidade de agendamento.

Ressalta-se, ainda, que as entrevistas ocorreram no local de trabalho, porém em sala privativa, estando presentes apenas pesquisadores e entrevistado, momento em que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido e assinado, bem como eram esclarecidas dúvidas a respeito da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em aparelho celular, transcritas em texto escrito, com o intuito de garantir a integralidade e fidedignidade das informações fornecidas. Os participantes previamente autorizaram a gravação das entrevistas, as quais tiveram duração em torno de 25 minutos.

Para a condução das entrevistas, foi elaborado roteiro orientador com as seguintes questões: a população em situação de rua busca esse serviço? Em caso afirmativo, quais os agravos mais frequentes? Em caso negativo, por quê? qual(is) o(s) procedimento(s) necessário(s) para que a população em situação de rua tenha acesso aos serviços de saúde? como os serviços de saúde atenderam/atendem a população em situação de rua? há estratégias/ações específicas para possibilitar o acesso da população em situação de rua? quais as dificuldades/desafios (vínculo, cadastrado, referência e contrarreferência, AIH, etc.) para o acesso da população em situação de rua? que ações/estratégias poderiam ser desenvolvidas para o acesso da população em situação de rua?

Os participantes foram denominados de *entrevistado*, enumerando-se de acordo com a sequência de realização da entrevista (1, 2, 3, etc.). Esses cuidados foram necessários para garantir o sigilo dos sujeitos que colaboraram com esta pesquisa.

O encerramento das entrevistas se justificou pelo atendimento às demandas do próprio estudo, entendendo a distinção entre volume e riquezas de dados, bem como que a construção do conhecimento na pesquisa qualitativa se dá por aproximação com a realidade, prevalecendo "*a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões*".⁹

A análise dos dados foi orientada pelas prerrogativas citadas anteriormente, sendo organizada em três movimentos. No primeiro, foram realizadas leituras aprofundadas do referencial teórico e da transcrição das entrevistas com a finalidade de identificarem-se os conceitos mais gerais.

No segundo movimento, explorou-se o material empírico, com a intenção de construir categorias, de modo a interpretar o objeto de estudo, que foram: a realidade do acesso aos serviços de saúde da população em situação de rua e dificuldades enfrentadas pela PSR para o acesso aos serviços de saúde. Por fim, no terceiro movimento, a interpretação dos dados, identificando as suas contradições e determinações, com base no referencial teórico adotado para estudo.

Estava prevista, inicialmente, para esta pesquisa a análise documental de registros/cadastrados/prontuários médicos com o in-

tuito de contribuir com a caracterização da população em situação de rua, bem como na identificação de seus agravos referidos e/ou diagnosticados.

Contudo, essa análise não foi possível, apesar das inúmeras idas aos serviços de saúde *locus* desta pesquisa, pois, em geral, não existem registros e/ou não existem critérios de organização dos documentos nessas instituições, capazes de identificar/selecionar os que se referiam à população em situação de rua. Essa situação, por sua vez, não se constituiu em perda amostral, mas reforça o argumento da invisibilidade e uma pretensa igualdade, no momento em que homogeneiza as desigualdades sociais e aniquila as individualidades.

Para assegurar os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERJ) e aprovado sob o Parecer nº 807.659. Logo, o estudo respeita as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, respaldadas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A REALIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O acesso aos serviços de saúde da PSR se dá, preferencialmente, pelos serviços de urgência e emergência. Os depoimentos a seguir são representativos dessa afirmação:

Eles preferem mais esse tipo de atendimento: rápido, prático e sem vínculo (Entrevistado 21).

[...] a população de rua procura sim esse serviço, por ela não ter uma referência de unidade básica, quando elas necessitam elas veem, ou por vontade própria ou veem através do SAMU (Entrevistado 26).

Por mais que esses serviços deem garantia ao primeiro atendimento, não se responsabilizam pela continuidade do acompanhamento, desconsiderando a atenção à saúde em rede, conforme preconiza o SUS. Assim, os serviços transferem entre si a responsabilidade pelo atendimento da PSR.

Não, da UPA [Unidade de Pronto-Atendimento] não, até porque isso fica muito para as unidades básicas de saúde. Isso é um serviço mesmo das unidades. A UPA já trabalha de outra forma, não tem como trabalhar aquele público específico não (Entrevistado 26).

[...] nós somos para o atendimento de urgência e emergência, então não trabalhamos com o acompa-

mento dessas pessoas, então assim, o que é pra a gente fazer a gente faz que é esse atendimento [...] (Entrevistado 4).

Para o acesso ao serviço de saúde, por algumas vezes, é exigida a apresentação de documentos de identificação pessoal e cartão SUS, como é possível apreender das falas a seguir:

[...] os documentos necessários é o cartão do SUS, que com ele geramos as fichas de atendimentos, tanto da UBS, como UPA e hospitais [...] documentos são identidade e CPF; se por ventura a pessoa não tiver nenhum desses documentos atendemos normalmente e a ficha fica com falta de informações (Entrevistado 2).

[...] faz o prontuário como fluante e acolhemos e dependendo da necessidade o referenciamos a outro serviço, mas só se houver necessidade. E é nessa referência que a coisa pega, porque é necessária documentação é preciso cartão SUS para que ele entre no sistema de informação e marcação (Entrevistado 6).

Ademais, os formulários institucionais que orientam o primeiro atendimento, bem como a assistência prestada por parte dos profissionais de saúde, seguem padrões previamente estabelecidos, não assegurando as especificidades da PSR. O fragmento a seguir é representativo dessa afirmação.

Como não existe uma assistência diferenciada ou registros diferenciados, para todos que buscam o atendimento no PS do hospital, [todos] têm a mesma ficha de atendimento, os mesmos impressos, então é o mesmo atendimento (Entrevistado 7).

Diante do exposto, o estudo possibilitou inferir uma concepção e uma prática de acesso aos serviços de saúde para PSR restrita ao primeiro atendimento, de forma pontual e que não assegura a especificidade dessa população, produzindo dificuldades que apresentaremos a seguir.

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA PSR PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Entre as dificuldades relativas ao acesso aos serviços de saúde, cita-se a burocratização no atendimento, em função da ausência do cartão SUS e de endereço fixo da PSR, conforme se pode perceber no depoimento a seguir.

Às vezes, ele não possui documentação... Às vezes, por exemplo, ele apresenta determinada doença, certo? Que precisa ter um acompanhamento, aí como ele não

tem residência fixa, às vezes isso dificulta porque, assim, a gente poderia estar entrando em contato com aquela unidade mais próxima. [...] Precisa dá prosseguimento, aí essa é uma dificuldade, porque como ele não tem uma residência fixa aí fica mais difícil assim, de localização, porque um dia ele está aqui, outro dia, ele está em outro canto (Entrevistado 27).

Dificuldade com os moradores de rua, geralmente é com os documentos. Tem deles que não têm cartão SUS, não tem nada. Aí pra marcar uma consulta com as especialidades, a exigência é o cartão SUS. Se eles não têm nem identidade não tem nada, tem uns que têm nada, nem a data de nascimento, sabe? (Entrevistado 3).

Além dessa dificuldade, o estudo possibilitou identificar, ainda, o número reduzido de profissionais de saúde nas instituições investigadas.

A maior dificuldade é a quantidade de profissionais para suprir a demanda da unidade, são muitas famílias para poucos profissionais de saúde. Como vamos ter tempo de procurar essas pessoas de rua? [...] (Entrevistado 9).

A maior dificuldade é a quantidade de profissionais, só tem um técnico de Enfermagem para fazer os curativos e tem que ficar na unidade, não dá pra ir pra ir pra área (Entrevistado 5).

Outra dificuldade diz respeito à desvalorização social que é dada à PSR pelos profissionais de saúde, como se pode notar na fala a seguir: *“Às vezes também é como os profissionais não dessem muito valor a essa pessoa da rua” (Entrevistado 9).*

Também houve menção à ausência de serviço organizado especificamente para a demanda da PSR, em função do seu modo de viver e trabalhar na rua, passando a ideia de que ele, individualmente, é o único responsável por buscar o acesso ao serviço de saúde:

“com toda certeza é um usuário muito dificultoso, porque a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode encontrar ele em uma rua hoje e amanhã não sabe mais onde ele está, ele não está nem aí” (Entrevistado 12).

Desse modo, essa forma de acesso produz outra dificuldade, que é a construção de vínculo entre usuário e serviço de saúde:

“[...] É muito difícil formar um vínculo com esse usuário” (Entrevistado 12); “A questão do cadastro, do vínculo

também, porque eles não têm uma residência fixa, então isso dificulta a criação como também manter esse vínculo” (Entrevistado 6).

Outra dificuldade diz respeito ao pouco conhecimento que a PSR tem sobre a organização do serviço de saúde, conforme a fala a seguir:

“a maior dificuldade é o desconhecimento da população quanto ao próprio serviço. Eles entenderem que aqui é só urgência e emergência” (Entrevistado 25).

Essa desinformação não se restringe aos usuários, mas também aos próprios profissionais da rede, quando estes afirmam: *“mas em linhas gerais, não temos políticas para essa população de rua, não existe, e se existem não funcionam” (Entrevistado 6).*

DISCUSSÃO

Refletir sobre a realidade do acesso aos serviços de saúde, em especial da população em situação de rua, leva a lembrar que se trata de um princípio do SUS, regulamentado pelo Estado.¹⁰ Embora legalmente definido, o acesso universal se configura como um conceito complexo, diversas vezes empregado de forma confusa, e sem muita clareza na sua relação com o uso de serviços de saúde, bem como um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e a partir do contexto social no qual está inserido.¹¹

No que diz respeito à utilização de serviços de saúde, o acesso universal, assumido neste estudo, é compreendido na sua relação com a organização dos serviços. Portanto, diz respeito à entrada no serviço e à continuidade da atenção à saúde, considerando o atendimento às necessidades sociais.¹²

Assim sendo, não é apenas uma questão de ter serviços disponíveis. O uso de serviços de saúde pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. A despeito de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde é definido, considerando questões relativas ao contexto, à área geográfica, à qualidade do serviço prestado e à resposta das necessidades sociais.¹³ De igual modo, a continuidade desse serviço, por vezes, é determinada por situações distintas daquelas que definem a entrada na rede de atenção à saúde, o que implica a análise das demandas em suas particularidades.

Na realidade estudada, o acesso da PSR ocorre, preferencialmente, nos serviços de urgência e emergência, uma vez que esses serviços se revelam mais acessíveis que a atenção básica, que historicamente tem se constituído na principal porta de entrada aos serviços de saúde no SUS. Desse modo, sinalizam para a fragilidade da atenção básica em identificar

essa população e reconhecê-la como usuária de todos os serviços que compõem a rede de atenção à saúde, independentemente de moradia e área adscrita. Consequentemente, a PSR identifica na urgência e emergência a resposta imediata para as suas necessidades.

Realidade semelhante foi encontrada em Joinville-SC, onde existe mais procura pelas unidades de pronto-atendimento pela PSR, haja vista a dificuldade de acesso à atenção básica.¹⁴

Essa realidade sinaliza a necessidade de superação da lógica caotizada, atomizada, padronizada e correria nas intervenções, que historicamente orientam os serviços de urgência e emergência¹⁵, já que são esses os espaços considerados por essa população, como a principal porta de entrada na rede de atenção à saúde.

Por outro lado, essa forma de organização do serviço homogênea as pessoas e uniformiza o atendimento. A iniciativa de reorganizá-los demanda análises constantes, dada a complexidade que envolve a PSR, bem como requerer intervenções nos problemas e nos determinantes do processo saúde-doença.¹⁶ Tal iniciativa deve considerar que as necessidades são diferentes e, portanto, requerem recursos/métodos também diferenciados para o seu atendimento.

Estruturar serviços públicos, em particular os de saúde, requer políticas e um conjunto de práticas que supram as necessidades desses vários grupos e uma capacidade de refletir sobre a condição dos diversos segmentos sociais. Dessa forma, os processos de exclusão e inclusão social devem ser pensados e, a partir disso, podem ser organizadas práticas no interior dos serviços públicos nas diversas áreas sociais, com a criação de novas formas de articulação em rede, transformando as organizações técnico-administrativas de modo que elas possam incorporar esses segmentos populacionais em suas necessidades e demandas.¹⁷

Embora esses serviços façam parte de uma rede que deveria assegurar o acesso universal, as responsabilidades, em geral, não são compartilhadas, mas transferidas de uma instituição para outra. Sendo assim, o papel da urgência e emergência na rede de atenção à saúde precisa ser revisto para que essa população tenha o direito ao acesso assegurado.

Desse modo, a organização dos serviços em rede pressupõe um desenho horizontal de atenção à saúde, em que todos os serviços são igualmente responsáveis pelo atendimento à demanda dos usuários.

Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles.⁸ O acesso da PSR vai exigir da rede de atenção à saúde a construção de novos fluxos, a ampliação do sentido de cidadania e a compreensão da relação entre as formas de viver/trabalhar e o processo saúde-doença.¹⁸

No tocante à PSR, as suas formas de viver e trabalhar apresentam singularidades que requerem novos arranjos como

forma de assegurar o seu acesso na rede de atenção à saúde. A ausência de residência formal e o comportamento migratório inerente à PSR constituem especificidades nem sempre contempladas no trabalho em saúde, restringindo, dessa maneira, o acesso às populações que se organizam sem residência fixa.¹⁹

A exigência de comprovação de residência para definir a base territorial de atendimento termina por representar uma dificuldade a mais para as pessoas em situação de rua, devendo ser relativizada. A lógica da matriz domiciliar desconsidera as formas de viver/trabalhar dos que não se encaixam nos padrões gerais e leva a questionar qual o lugar da rua nos serviços de saúde? Desse modo, a PSR, por não pertencer a um território definido, facilmente acaba por pertencer a ninguém.²⁰

Ademais, a necessidade de documentos de identificação, como é o caso do cartão SUS, como exigência burocrática das instituições, por vezes dificulta o acesso da PSR aos serviços de saúde.⁴ No entanto, a ausência dessa documentação não impede a prestação do serviço.

Além disso, o estudo mostrou que a desvalorização social dessa população é reproduzida pelo serviço de saúde por meio, entre outros, dos estereótipos de pessoa “extra”, “flutuante” e “avulsa”, como forma de adaptá-la à ordem instituída. Esses estereótipos reforçam a sua invisibilidade e passam a impressão equivocada de garantia do direito ao acesso, se constituindo em um grande desafio para a reorganização da rede, discutida anteriormente, bem como para o trabalho e a formação dos profissionais de saúde.

No que se refere ao trabalho, o encontro desses profissionais com as histórias de vida no contexto da rua provoca uma desestabilização dos seus saberes e práticas cristalizados, tendo em vista que retira os lugares identitários de cada profissão, reconfigurando-os em ato. O desafio está em produzir um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito.¹⁵

Igualmente, a forma de viver/trabalhar da PSR vai requerer a reorientação do processo de formação em saúde, historicamente embasado no modo disciplinar, procedimento centrado, individual e biológico, dada a complexidade do seu processo saúde/doença.

Há ainda quem responsabilize as próprias pessoas em situação de rua pela dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde, sem perceber que a atenção à saúde não depende unicamente do usuário, mas de todo o sistema político-socioeconômico no qual estão inseridos os serviços de saúde.

Portanto, é o serviço que precisa se reorganizar a partir da condição de vida, trabalho e demandas da PSR, e não o contrário. E, dessa forma, possibilitar a construção de um vínculo com esse usuário. O vínculo entre profissional-usuário estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço.²¹

Além disso, por vezes, o acesso aos serviços de saúde para PSR é dificultado pelo pouco conhecimento de alguns profis-

sionais de saúde acerca da existência da Política Nacional para a População em Situação de Rua, regulamentada desde 2009. Ressalta-se que o pouco conhecimento dessa política não deveria se constituir em uma dificuldade de acesso para a PSR, tendo em vista que o acesso universal está assegurado na Constituição de 1988.

De maneira geral, as falas neste estudo são uníssonas ao relatarem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela PSR, seja por questões burocráticas do próprio serviço, exigência de documentação, número reduzido de profissionais, estrutura e insumos insuficientes para a demanda, ausência de residência fixa e desvalorização social. Dificuldades semelhantes foram encontradas em outras pesquisas, tais como: a organização técnico-administrativa dos serviços, a exigência de documentação, a burocracia para o agendamento de consultas, atendimento restrito à demanda espontânea, os limites na atuação intersetorial e o preconceito.^{13,22}

Estudos comparados entre Brasil, Portugal e EUA ao analisarem os sistemas de saúde no que se refere ao acesso universal à saúde da PSR destacam a busca ativa, seguida de encaminhamento aos demais pontos da rede, como estratégia essencial para a construção do vínculo e de uma assistência continuada, com potencial para facilitar o acesso dessa população aos serviços.²³

Diante do exposto, pode-se apreender que o acesso compreendido como entrada e permanência nos serviços de saúde, um direito legalmente assegurado, em geral está sendo negado à PSR. Isso porque lhe é garantida a entrada, mas a continuidade da atenção à saúde, considerando o atendimento as reais necessidades sociais dessa população, está sendo negada.

Nesse sentido, o estudo explicita a necessidade de inscrever, na agenda pública, políticas que levem em conta a complexidade da PSR e a construção da cidadania plena, que vem sendo ameaçada constantemente pelo projeto capitalista neoliberal, expresso no higienismo absoluto. Requer, acima de tudo, atingir o núcleo duro da desigualdade social reinante na sociedade capitalista, necessitando da articulação com as questões mais estruturais e políticas, de fato, universais.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou apreender que embora a PSR esteja presente na sociedade, ela é invisível aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à própria sociedade. É reconhecida pelos estereótipos e estigmas construídos pela sociedade capitalista, que tem um padrão definido do que sejam os modos de andar a vida. Ressalta-se que a população em situação de rua é produto do estado neoliberal, mas ao mesmo tempo é ameaça para esse próprio estado, uma vez que vive à margem das polí-

ticas sociais e põe em cheque determinado padrão de sociabilidade e de produção social.

Diante dessa invisibilidade, o acesso, compreendido como entrada e permanência nos serviços de saúde, em geral, está sendo negado à PSR, uma vez que lhe é garantida a entrada, porém não é assegurado o prosseguimento para atendimento à demanda originária, bem como a resposta às suas reais necessidades sociais.

Essa incoerência aprofunda-se no momento em que, embora os serviços façam parte de uma rede que deveria assegurar o acesso universal, equânime e integral, não estão organizados para tal, em especial capazes de responder às demandas da PSR em todas as suas especificidades. Assim, se constitui em desafio para a gestão, trabalhadores, movimentos sociais e as instituições formadoras, pois questiona o SUS como uma conquista da sociedade e política pública de inclusão social.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
2. Carnun L. Desafios das políticas sociais no Brasil: caso da universalidade da Atenção Primária à Saúde – primeiras notas. J Monag Prim Health. 2011[citado em 2017 out. 12]; 200:25-9. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/download/96/97/>
3. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, de Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
4. Brêtas ACP, Cavicchioli MGS, Rosa AS. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-Am Enferm. 2005[citado em 2017 set. 23];13(4):576-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf>
5. Botti NCL, Castro C, Ferreira M, Silva AK, Oliveira L, Castro AC, et al. Condições de saúde da população de rua na cidade de Belo Horizonte. Cad Bras Saúde Mental. 2009[citado em 2017 set. 23];1(2):162-76. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1141/1383>.
6. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciênc Saúde Coletiva. 2003[citado em 2017 set. 23];8(3):815-23. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v8n3/17462.pdf.
7. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva. 1999[citado em 2017 set. 23];4(1):7-32. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000100002&script=sci_arttext&tlng=
8. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad Saúde Pública. 2004[citado em 2017 set. 23];20(2):386-402. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200006&script=sci_abstract&tlng=pt.
9. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesq Qualitativa. 2017[citado em 2017 set. 23];5(7):1-12. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.

10. Ministério da Saúde (BR). Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 2006.
11. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q*. 1973[citado em 2017 set. 23];51:95-124. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>
12. Malta DC, Duarte EC, Escalante JJC, Almeida MF, Sardinha LMV, Macário EM, et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010[citado em 2017 set. 23];26(3):481-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/06.pdf>
13. 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*. 2010[citado em 2017 set. 23];19(3):709-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300021&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Schimith MD, Lima MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004[citado em 2017 set. 23];20(6):1487-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>
15. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafios para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014[citado em 2017 fev. 15];18(49):251-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200251&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Paiva IKS. População em situação de rua: desafios e perspectivas para formação do enfermeiro [dissertação]. Mossoró: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte; 2015.
17. 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*. 2015[citado em 2017 set. 23];24(1):219-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf>
18. Macerata IA. Experiência POP RUA: implementação do "Saúde em Movimento nas ruas" no Rio de Janeiro, um dispositivo clínico/político na rede de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Polis Psique*. 2013[citado em 2017 set. 23];3(2):207-19. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/46178>
19. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Debate*. 2015[citado em 2017 mar. 18];39:246-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500246&script=sci_abstract&tlng=pt
20. Pagot AM. O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação e rua. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012
21. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.29-87.
22. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012[citado em 2017 set. 23];28(1):115-24. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/246-256/pt>
23. 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 Coletiva*. 2017[citado em 2017 set. 23];22(3):879-90. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n3/879-890/pt>
24. 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 Coletiva*. 2016[citado em 2017 set. 23];21(8):2595-606. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802595&script=sci_abstract&tlng=pt