



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.  
Associação Paulista de Saúde Pública.

Vale, Aléxa Rodrigues do; Vecchia, Marcelo Dalla  
“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<sup>1</sup>  
Saúde e Sociedade, vol. 28, núm. 1, 2019, Janeiro-Março, pp. 222-234  
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902019180601

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263852016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)



Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# “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<sup>1</sup>

“We are the UPA ourselves”: social support networks on the health care for the homeless in a smalltown

**Aléxa Rodrigues do Vale<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-2855-2264>

E-mail: alexafdj@gmail.com

**Marcelo Dalla Vecchia<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-7537-3598>

E-mail: mdvecchia@ufsj.edu.br

<sup>a</sup>Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal de São João del-Rei. Departamento de Psicologia. São João del-Rei, MG, Brasil.

## Resumo

A população em situação de rua (PSR) constitui-se como um público crescente nas cidades, refletindo processos sociais desiguais e excludentes. Entre as barreiras para o acesso aos direitos sociais básicos, destaca-se a negação do direito à saúde a essas pessoas. Poucos estudos buscam conhecer as estratégias desenvolvidas pela PSR diante da carência de serviços públicos e das barreiras de acesso aos existentes. Diante disso, buscou-se identificar e analisar os itinerários terapêuticos da PSR em um município de pequeno porte. Foi utilizada a triangulação de métodos qualitativos para a coleta de informações por meio de observações participantes e entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados sete homens e uma mulher, e o conjunto de dados foi analisado com base na análise temática. Ressalta-se, nos relatos, a utilização de redes de apoio social como fonte prioritária de cuidado, por intermédio do autocuidado, da automedicação, do uso da medicina popular e da mudança na rotina da vida nas ruas para recuperação da saúde. Tais redes também são alternativos à garantia de acesso aos serviços públicos. Evidencia-se a negação do direito à saúde decorrente do processo de exclusão social a que estão submetidos. Destaca-se o compartilhamento de uma visão de saúde ampliada, relacionada aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Diante desse panorama, é fundamental que o setor profissional de cuidado à saúde promova ações que permitam o cuidado contínuo e integral da PSR.

**Palavras-chave:** População em Situação de Rua; Itinerários Terapêuticos; Medicina Popular.

## Correspondência

Marcelo Dalla Vecchia

Universidade Federal de São João del-Rei, Departamento de Psicologia. Praça Dom Helvécio, 74, DPSIC, Dom Bosco. São João del-Rei, MG, Brasil. CEP 36301-160.

<sup>1</sup> Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001.

## Abstract

The homeless is a growing public in cities, which reflects unequal and excluding social processes. Among the obstacles to access basic social rights is the denial of this public's right to health care. Few studies seek to identify the strategies developed by the homeless due to the lack of public services and the barrier to access existing ones. Therefore, we sought to identify and analyze the therapeutic itineraries of this population in a small city. Triangulation of qualitative methods was used to collect research data through participant observations and semi-structured interviews. Seven men and one woman were interviewed, and the data set was analyzed through thematic analysis. The reports highlight the use of social support networks as a central source of health care through self-care, self-medication, use of popular medicine and day-by-day routine adjustments in the streets for health recovery. Such networks are also alternatives to the guarantee to access public services. The denial of the right to health, due to the process of social exclusion to which they are submitted, is evidenced. We emphasize the sharing of an expanded health vision, related to the social determinants of the health-disease process. Given this scenario, it is fundamental that the professional health care sector promote actions to allow the continuous and integral care of the homeless.

**Keywords:** Homeless; Therapeutic Itineraries; Folk Medicine.

## Introdução

Viver nas ruas não é uma realidade recente. Desde o fim do trabalho servil e o início da era industrial, o contingente de migrantes para as grandes cidades constituiu situações de trabalho e vida nas ruas, já que não havia ocupação e habitação para todos. Porém, a nova população em situação de rua (PSR) resulta das rotas de migração e êxodo rural que acompanham o crescimento das cidades, em virtude da falta de oportunidades para manter e ampliar o sistema econômico em cidades menores (Burstyn, 2003).

Esse grupo constitui-se como a expressão de processos sociais e econômicos excludentes e da desigualdade social, conformando situações de extrema vulnerabilidade. Destacam-se as relações familiares e afetivas precárias, assim como as relações marginais com o mercado de trabalho formal. Dentre as diversas exclusões vivenciadas cotidianamente por esse público, encontra-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Alvarez; Alvarenga; Della Rina, 2009). A concentração nas situações de urgência e emergência foi ressaltada pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua - PNPR (Brasil, 2009).

Diversos problemas de saúde podem ser precipitados ou agravados pela permanência em situação de rua: tuberculose, infestações, problemas nos pés, doenças sexualmente transmissíveis, problemas de saúde bucal, gravidez de alto risco, doenças crônicas e uso problemático de álcool e outras drogas (Brasil, 2012). Desde a instituição da PNPR, diversos esforços foram delineados para buscar a mudança no panorama de desassistência diante da complexidade dos processos de saúde e adoecimento em situação de rua. Ressaltam-se as experiências exitosas das equipes do Consultório de Rua (eCnaR), que iniciaram suas ações com adolescentes em situação de rua em Salvador, na década de 1990, sendo posteriormente replicadas em diversos estados brasileiros (Souza; Pereira; Gontijo, 2014).

Há especificidades que precisam ser levadas em consideração quanto aos significados de saúde e doença para a PSR. A concepção de saúde se relaciona à possibilidade de manter a funcionalidade diária e

necessária para a manutenção da vida nas ruas, por meio dos “corres”, termo utilizado para designar as estratégias desenvolvidas para garantia do alimento e dinheiro nessa situação. Em contrapartida, a doença é vista como a impossibilidade de realizar tais atividades – ou seja, restringe a situações de sofrimento intenso e emergenciais (Adorno, 2011; Aguiar; Iriart, 2012; Barata et al., 2015; Varanda; Adorno, 2004).

Esse quadro se agrava em cidades de pequeno porte, onde não são encontrados parte dos equipamentos públicos previstos para o atendimento da PSR, como as eCnaR, habilitadas para cidades com mais de 100 mil habitantes (Brasil, 2012). Para efetiva integralidade do cuidado à PSR, são necessárias ações tanto intra quanto intersetoriais diante da complexidade do fenômeno. Ainda assim, são poucos os estudos que buscam desvelar as estratégias e os recursos utilizados pela PSR para lidar com os adoecimentos vivenciados, o que incorre na deslegitimação de processos de cuidado em saúde oriundos do saber popular (Paiva et al., 2016).

Em busca de evidenciar a multiplicidades de territórios acessados pelos usuários da rede de saúde, Carvalho e Franco (2015) utilizam da cartografia para identificar os agenciamentos realizados pelos sujeitos a cada encontro com outras singularidades, constituindo redes e formas de cuidar de si, muitas vezes desconhecidas dos serviços de saúde. Merhy et. al. (2014) e Oliveira (2018) também ressaltam o protagonismo dos usuários no processo de cuidado à saúde por intermédio da articulação das diversas redes, que envolvem serviços de saúde, mas também os encontros da vida cotidiana e comunitária, que produzem negociações, rupturas e autonomia.

Diante de um processo de adoecimento, a escolha da forma como a pessoa deseja ser cuidada envolve diferentes fatores, como a disponibilidade dos serviços, a necessidade de pagamento, as crenças sobre a doença e experiências anteriores, sendo que é comum o uso de mais de uma forma de cuidado à saúde. Helman (2009) sugere que se encontram envolvidos nesse processo os setores informal, popular e profissional de assistência à saúde. Articulações de múltiplos níveis entre eles constituem itinerários terapêuticos, definidos como as diversas ações, planejamentos e recursos

acionados para o cuidado da saúde, motivados por aspectos subjetivos, sociais e culturais (Alves; Souza, 1999; Gerhardt, 2006).

A maior parte dos cuidados em saúde ocorre fazendo-se uso de recursos advindos dos setores informais e populares. O setor informal envolve práticas de cuidado decorrentes dos conselhos de outras pessoas, na maior parte das vezes da própria família, e automedicação. Normalmente, é o primeiro mecanismo acionado em uma situação de adoecimento e envolve uma série de crenças sobre a saúde, com rituais e hábitos específicos para sua preservação. Já o setor popular se constitui pelos curandeiros, especialistas de cura não oficiais, que possuem maior influência em sociedades não ocidentais. Podem ser pessoas relacionadas a fé e práticas espiritualistas ou ainda com experiência em cuidado à saúde, geralmente possuindo saberes sobre recursos de cuidado alternativos à medicina tradicional (Helman, 2009).

Os setores informal e popular são alternativas de cuidado não remuneradas que ocorrem na rede social dos indivíduos e que, em geral, permeiam o setor profissional de cuidados à saúde, hegemonizado pelo paradigma biomédico. Tratam-se, nesse caso, das diversas profissões da área da saúde sindicalizadas e legalizadas, como medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia etc. Nesse setor, ao contrário dos anteriores, não há consenso profissional que autorize a priorização das relações familiares e comunitárias no percurso da cura, principalmente por utilizar o hospital como estrutura básica de funcionamento (Helman, 2009).

Redes sociais são relações compartilhadas entre indivíduos e grupos que compõem a identidade individual e grupal com base em sentimentos de pertencimento e reconhecimento mútuo. As redes sociais nos processos de saúde-doença atuam como fonte de cuidado, de adesão e êxito nos tratamentos e suporte emocional. Dessa forma, apresentam importante potencial para a promoção da saúde (Meneses; Sarriera, 2005). Ao atender determinadas demandas, o setor profissional de cuidados à saúde compõe as redes sociais de apoio; no entanto, os setores informal e popular têm capacidade de contemplar necessidades adicionais, eventualmente não codificadas pelo profissional.

O panorama aqui descrito evidencia o relevante papel dos setores informal e popular no cuidado à saúde, sobretudo para qualificar as ações do setor profissional de forma a atender as demandas da PSR. A rede social acionada pelos sujeitos constitui a base para seus itinerários terapêuticos, em especial em municípios de pequeno porte. Este estudo decorre de um recorte da dissertação de mestrado da primeira autora, e evidencia as diferentes estratégias desenvolvidas pela PSR para lidar com as restrições causadas pelos adoecimentos. Ainda assim, é relevante registrar que cada ação dos sujeitos é perpassada por sua história de vida, constituindo itinerários singulares, com particularidades e contradições internas.

## Metodologia

Para Alves e Souza (1999), a identificação e a análise de itinerários terapêuticos possibilitam compreender importantes aspectos para a interpretação dos percursos de cuidado: (1) cada escolha terapêutica é mediada por um conjunto de significados negociados socialmente; (2) a interpretação deve se manter na intersecção entre os sentidos individuais e os processos macrosociais, e (3) o contexto em que a experiência se insere não tem uma determinação unívoca sobre o itinerário, uma vez que sempre haverá um modo particular pelo qual cada indivíduo se insere nesse contexto e define suas ações a partir dele. O estudo ora relatado privilegiou a análise de itinerários terapêuticos como abordagem teórico-metodológica.

A pesquisa ocorreu em um município do interior de Minas Gerais que se destaca pelo turismo histórico e cultural e pela produção agrícola como principais setores econômicos. Na rede socioassistencial, o único serviço destinado à PSR é a Abordagem Social Especializada (ASE) do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), sendo que a observação de suas atividades foi utilizada para favorecer a entrada no campo pela técnica de observação participante (Malfitano, 2011). Dessa forma, a pesquisadora pôde tornar-se parte do contexto em estudo, compartilhando suas experiências diárias para compreender as nuances da situação (Minayo, 2010). As informações observadas

foram registradas em diário de campo, enfatizando impressões pessoais, sentimentos vivenciados, contradições percebidas, mudanças nas relações do grupo e falas significativas.

As observações participantes foram realizadas entre setembro de 2016 e abril de 2017, em dois dias da semana. Devido à mudança na gestão municipal, houve paralisação das atividades da ASE entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017, em razão das adequações realizadas no serviço. As observações participantes se deram no decorrer das intervenções da ASE embaixo de uma ponte em que parte da PSR do município permanece com suas “malocas” (moradias improvisadas construídas com papelão, coberta e lona), tornando-se ponto fixo de parte das pessoas que ali se encontram, principalmente para pernoite e preparação de refeições, além de cena de uso de drogas ilícitas. Além desse local, observações participantes ocorreram na ASE nas proximidades da rodoviária da cidade, território marcado pelo constante fluxo de transeuntes e veículos, bem como de PSR que por vezes passa o dia no local e pernoita em outros pontos da cidade. Um pequeno grupo de pessoas aí permanece durante o dia, trabalhando como flanelinhas, e a noite. No local, não se encontram malocas como na área debaixo da ponte, mas alguns colchões no chão e papelões.

Para a construção dos itinerários terapêuticos, foram triangulados os dados construídos a partir da técnica de observação participante com entrevistas semiestruturadas, viabilizando apreender significados, crenças e valores dos atores sociais sobre cuidados à saúde, assim como o modo como se expressam no cotidiano, em suas condutas diárias (Fraser; Gondim, 2004). A entrevista semiestruturada oportuniza ao participante discorrer sobre o tema sem se prender a uma questão específica, além de garantir que, com base em intervenções pontuais do entrevistador, certos tópicos fundamentais para a pesquisa sejam abordados (Minayo, 2010). Foi elaborado um roteiro de pesquisa com tópicos baseados nos objetivos do estudo e nas experiências de campo vivenciadas pela pesquisadora no decorrer das observações participantes.

Ao todo, foram entrevistadas oito pessoas em situação de rua, sete homens e uma mulher,

caracterizados no Quadro 1. Como recurso para registro das informações, utilizou-se a gravação em áudio das entrevistas, após consentimento dos entrevistados. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei (CAAE 65848717.9.0000.5545).

Alguns dos informantes prestaram informações adicionais. Gilberto é catador de material reciclável e, durante a pesquisa, estava morando de aluguel

e fazia a triagem de seu material durante o dia nas ruas. Junior e Sebastião relatam terem saído da zona rural em busca de novas oportunidades. Lúcio destaca-se entre os entrevistados por manter vínculo familiar com o pai e os filhos. Luzia relata ter trabalhado como empregada doméstica, ser hipertensa e ter problemas renais, também mantendo contato com os familiares. Maurício informa ter ido às ruas após sair de sua cidade natal.

**Quadro 1 – Participantes da pesquisa**

Nome	Gênero	Idade	Escolaridade	Tempo em situação de rua
Gilberto	Homem	40	Ensino fundamental incompleto	Cinco anos
Júnior	Homem	37	Ensino fundamental incompleto	15 anos
Lúcio	Homem	35	Ensino fundamental incompleto	Um ano e seis meses
Luzia	Mulher	39	Ensino fundamental incompleto	Cinco anos
Maurício	Homem	30	Ensino fundamental completo	Dois anos
Miguel	Homem	27	Ensino médio incompleto	Seis meses
Sebastião	Homem	41	Ensino fundamental incompleto	Seis anos
Valdo	Homem	50	Ensino fundamental incompleto	25 anos

Os áudios foram transcritos e posteriormente examinados pela análise de conteúdo temática. Essa técnica possibilita uma interpretação mais profunda da mensagem a partir das inferências sobre os fatores que a determinam (Gomes, 2009). O processo de análise temática não é linear, caracterizando-se pela constante reavaliação das etapas pela revisão dos dados, dos padrões de informações selecionados e da categorização empreendida (Braun; Clarke, 2006). A pré-análise do material foi realizada a partir da leitura flutuante das informações produzidas nas observações participantes e nas entrevistas semiestruturadas, selecionando-se aspectos que desvelassem as formas de cuidado à saúde dos participantes da pesquisa (Bardin, 1977).

Em seguida, foram delimitados os temas recorrentes e as dimensões contextuais que auxiliavam na compreensão dos significados (Braun; Clarke, 2006). Os temas identificados foram agrupados em categorias a partir das semelhanças, diferenças e

contradições nos relatos dos participantes acerca de seu itinerário terapêutico, ressaltando-se: (1) cultura e redes informais de cuidado; (2) modos de viver e manter a saúde em situação de rua; e (3) uso de álcool e outras drogas nas ruas. Por fim, procedeu-se à inferência e interpretação dos sentidos e significados das mensagens, em busca de desvelar as singularidades dos itinerários terapêuticos, assim como os aspectos comuns decorrentes do campo de possibilidades (Braun; Clarke, 2006).

## Resultados e discussão

### Cultura e redes informais de cuidado

A busca por cuidado à saúde ocorre por diferentes articulações na rede social, composta por elementos dos setores profissional, informal e popular, constituindo itinerários terapêuticos singulares. Estes não se restringem a acontecimentos sequenciais



na busca por tratamento, mas principalmente por ações diversas que apresentam dúvidas, vacilações e utilização de múltiplos recursos. Os atores sociais operam em um campo de possibilidades para cuidar da saúde, constituído pelo contexto socioeconômico e cultural e pelas experiências pregressas de cada indivíduo. A partir dessa série de circunstâncias, os indivíduos escolhem e questionam suas formas de ação (Alves, 2016).

Em geral, os itinerários terapêuticos evidenciam o autotratamento como principal forma de cuidado em situação de rua, diferenciando-se conforme os recursos utilizados: *às vezes eu mesmo faço um curativo aqui mesmo. [...] Uso pomada, né? E as gazes, água* (Maurício). Da mesma forma, são relatadas situações de automedicação: *Remédio de farmácia, né? Comprava sem receita, comprava às cegas. Não ia ao médico, né?* (Gilberto).

Nas classes populares, é comum que primeiro sejam esgotados os recursos advindos de experiências anteriores, que possibilitaram averiguar a eficácia de diferentes intervenções provenientes tanto da cultura quanto da biomedicina (Leite; Vasconcelos, 2006). Uma série de significados compartilhados define as ações do grupo e do indivíduo sob mediação sociocultural. O autotratamento, por exemplo, é utilizado para cuidar desde ferimentos cotidianos, como cortes e escoriações, até condições recorrentes não tratadas, como dores de dente. São relatados problemas dentários e estratégias para lidar com a saúde bucal:

*Agora eu não tenho não [dor de dente]. Se eu estou conversando assim com você de boa eu vou mexendo, mexendo, eu mesmo arranco. Se tiver bambo, vou mexendo conversando com você, aí sai. [...] Para passar a dor? Ih.... Eu ponho sal no buraco do dente e melhora. E a fé também.* (Júnior)

Também são utilizados outros recursos: *Tomo dipirona. Às vezes eu uso de água de bateria para “estourar” o dente. Antes disso do que ficar sentindo dor. Estar na rua e ainda ficar sentindo dor é complicado* (Maurício). Em geral, os recursos utilizados decorrem de um repertório cultural prévio e são facilmente adquiridos no cotidiano. Dentre eles, estão os remédios caseiros ou comerciais de preço acessível, alterações na alimentação e no comportamento e conselhos de

amigos. Foram relevantes os relatos de barreiras no acesso às equipes de saúde bucal (ESB) na atenção básica, um recurso não acionado pelos informantes. No Brasil, recentemente, houve aumento do incentivo financeiro para novas equipes – porém, isso não se materializou em mudança no modelo assistencial em saúde bucal. Souza e Roncalli (2007) atribuem isso a uma concepção do processo saúde-doença restrita às questões biológicas, à escassez de recursos humanos no setor público e à baixa cobertura dos Centros de Referência em Saúde Bucal.

A construção de itinerários terapêuticos perpassa valores e práticas compartilhados socialmente, sendo então aspectos culturais que permitem ao indivíduo ou grupo interpretar determinada situação e guiar suas ações (Alves; Souza, 1999). Estudos demonstram as diversas formas com que tais valores e práticas interferem no modo como indivíduos lidam com a saúde e a doença, e que “a cultura fornece os elementos para que os eventos, as práticas do cotidiano, inclusive às relativas à saúde sejam compreendidas e aceitas” (Leite; Vasconcelos, 2006, p. 121).

No que tange ainda aos recursos utilizados, é possível identificar não somente itinerários terapêuticos, mas sobretudo itinerários de saberes que ressaltam conhecimentos tradicionais. No grupo de pessoas entrevistadas, relata-se o recurso usual a plantas de uso medicinal como forma de cuidado à saúde: *usava do mato, usava assa-peixe. [...] Assa-peixe é um... Como é que fala? Um... É tipo você tomar uma amoxicilina. Uma coisa assim... É um antibiótico natural. Espreme ele, amassa ele em um pano e espreme no machucado* (Gilberto).

“Assa-peixe” é o nome popular da planta tipicamente brasileira *Vernonia polyanthes*. Sua utilização terapêutica no tratamento de ferimentos é comprovada por estudos farmacológicos que demonstram ação da planta na inibição de inflamações e edemas cutâneos. O assa-peixe também possui atividade antiulcerativa, anti-hipertensiva, antibacteriana, antifúngica e analgésica (Rodrigues et al., 2016).

*Eles foram explicando e eu fui ensinando, né? Aí eu já fui escrevendo tudo na minha cabeça. Está tudo na minha mente. De aborto, eu sei de aborto, eu sei de cólica, eu sei de dor de cabeça, eu sei de dorna perna. Eu sei de tudo. De machucado... Eu sei de tudo.* (Sebastião)

O itinerário terapêutico de Sebastião é marcado pela sua criação na zona rural e o conhecimento de plantas com potencial medicativo desde a infância, o que estabelece particularidades em suas ações para cuidar da saúde, em especial pela resistência à biomedicina:

*Não, eu não, eu não gosto nem que fala de remédio de farmácia comigo não, moça. Sério mesmo, eu não tomo remédio de farmácia não, sério mesmo. Eu faço para mim, por mim mesmo, da horta, do mato. Eu vou no meio do mato, eu busco, eu sei fazer o meu remédio mesmo. (Sebastião)*

Diversas práticas e hábitos de saúde decorrem de crenças e costumes culturais que constroem uma rede de sentidos para os sujeitos em relação ao processo saúde-doença. Dessa forma, determinado tratamento será escolhido a partir da confluência entre sua base cultural, os recursos terapêuticos disponíveis e a eficácia de cada um destes para o alívio da dor, do sofrimento e do desconforto (Helman, 2009). O que se percebe entre os entrevistados é a utilização de saberes decorrentes do uso medicinal das plantas, provenientes da criação na zona rural e das crenças familiares compartilhadas. A ampla utilização desses recursos informais pode ser potencializada pela atenção básica à saúde, por intermédio da inclusão de práticas integrativas e complementares na Estratégia de Saúde da Família, reconhecendo saberes tradicionais sobre o cuidado e a cura, aliados ao desenvolvimento de métodos para inclusão da PSR no serviço (Brasil, 2018).

### **Modos de viver e manter a saúde em situação de rua**

Para além da automedicação, entre os entrevistados há consenso de que é praticamente impossível “ter saúde” nas ruas. Ainda que o significado de doença ganhe contornos distintos para cada um deles, as formas de promoção da saúde e prevenção da doença são compreendidas como algo precário em situação de rua. Um dos fatores que contribui para tal concepção é a fragilidade das redes formais de cuidado:

*A UPA? Só se for pra eu quebrar aquela UPA lá, meu filho. UPA é nós aqui mesmo. O... O filho do taxista*

*aqui... O que trabalha aqui, o filho dele que é do corpo de bombeiros que veio cá e me levou. Porque aqui SAMU não presta dentro de [cidade], só presta para rico. (Luzia)*

A menção de Luzia sobre o modo como enfrentou uma situação de emergência nas ruas é emblemática a ponto de compor o título deste artigo: *UPA é nós aqui mesmo*. A redefinição do conceito de vulnerabilidade pela saúde coletiva contribui para uma compreensão mais abrangente dos fatores que atuam sobre o processo saúde-doença em contextos sociais particulares e públicos específicos, como a PSR. Assim, a exposição do indivíduo ao adoecimento resulta de um conjunto de aspectos da sua relação com o coletivo. Da mesma forma, o coletivo apresenta diferentes graus de suscetibilidade aos adoecimentos e aos recursos de cuidado (Sánchez; Bertolozzi, 2007):

*Ah, aqui na rua é difícil, você sempre está com uma dor aqui, outra ali, você dorme no papelão, às vezes no colchão, às vezes não. Muito difícil. É quase impossível, sempre tem alguma coisa. Pneumonia, machucado é direto, então é difícil ter saúde na rua. Muito difícil. (Maurício)*

Percebe-se entre os entrevistados a concepção de senso comum de que a saúde é mediada por uma série de fatores que se tornam ainda mais inacessíveis quando a pessoa se encontra em situação de rua: *é uma alimentação, um local adequado para você dormir, uma família junto contigo para te ajudar, te fortalecer* (Murilo).

*Olha, dona... Isso é difícil eu te falar, porque... Saúde, na rua? [Pausa] Você fica na mão de Deus, você não tem hora de alimentar, não dorme direito, né? Aí fica difícil você prever como que vai estar com a saúde de pé, né? Alimenta mal, dorme mal. Isso aí, eu... É uma coisa difícil, eu tenho força, mas eu não sei como está a máquina por dentro. Não é? Que você vai, baqueia. (Gilberto)*

Desse modo, ao se pensar a vulnerabilidade decorrente da vida nas ruas como algo de responsabilidade não meramente individual,



abre-se espaço para a construção coletiva de meios de fortalecimento da saúde que envolvem o entorno. O conceito de vulnerabilidade permite ainda dialogar com as diversas potencialidades que os sujeitos apresentam para enfrentar os riscos cotidianos advindos da situação de rua, bem como os recursos disponíveis para a manutenção da saúde (Trino; Machado; Rodrigues, 2015).

Higiene e alimentação são evidenciados como importantes fatores para a promoção da saúde, ainda que com dificuldades, uma vez que na cidade não é garantida a segurança alimentar da PSR, por exemplo, pela gratuidade nos restaurantes populares. Da mesma forma, não são encontrados recursos formais para lavagem de roupas e realização da higiene pessoal, uma vez que não há previsão para a instituição de Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). É crucial a mudança das práticas de saúde ofertadas pelo município, considerando o direito à segurança alimentar e às condições dignas de vida da PSR para a promoção da saúde e dos direitos humanos.

Diante dos recursos precários, alguns se tornam fontes mais acessíveis para a produção de cuidados em saúde, como a alimentação: *Eu não acho que a alimentação é o mais importante para ter saúde, mas o que mantém de pé é o almoço e a janta* (Lúcio). O acesso às refeições se dá tanto pelo dinheiro recebido pelas atividades laborais - lavando e vigiando carros, na carga e descarga do estoque dos supermercados e nas entregas para os comerciantes - ou, ainda, pelas doações de alimentos de alguns restaurantes e entidades da sociedade civil organizada que distribuem marmitas à noite, bem como de uma casa espírita que fornece sopa diariamente no horário do almoço: *Ah, se alimentar, com certeza. No momento de quem está na rua é... Tem que ter. Devido ao alcoolismo a pessoa pode deixar de comer, fica vários dias sem almoçar, sem comer nada* (Maurício).

Destaca-se que a atuação da sociedade civil, pelas doações de alimentos para a PSR, foi identificada como principal fonte de alimentação tanto em cidades de pequeno quanto de médio e grande porte em Minas Gerais. O que se percebe é que, nas cidades pequenas, tal dependência é maior diante da ausência da segurança alimentar enquanto direito fundamental (Minas Gerais, 2012).

Para além do mero fato de se nutrir, para as ciências humanas e sociais, a comida é uma representação da organização social - e a partir desta é possível perceber especificidades alimentares que definem e diferenciam os grupos. Portanto, pode-se dizer que a alimentação constitui parte da identidade individual e coletiva (Carvalho; Luz; Prado, 2011). Isso se evidencia nos relatos ao passo que determinados alimentos são vistos como fontes de tratamento para adoecimentos específicos: *para uma gripe, uma coisa forte, uma hortelã-pimenta, uma menta... Aqui nessa região não existe menta, né?* (Gilberto).

Percebe-se também o uso de alimentos como medicamento, em especial o sal, a pimenta e as plantas: *assim como eu falei para você, com sal, ponho sal. É o melhor remédio que tem se não tiver remédio próprio. O sal grosso é melhor ainda* (Júnior). O sal é utilizado especialmente em cortes e para evitar infecções. A ardência provocada por ele teria, por si mesma, propriedades reparadoras e protetivas: *com corte que sangra muito, muito aberto, se você não quiser dar ponto, põe sal. [...] E dói pra caramba, viu! Sempre sal. Porque o sal inibe os vermes também, entendeu?* (Lúcio).

Se, por um lado, a alimentação assume uma série de significados, o ato de se alimentar também ganha sentidos diversos a partir do universo relacional em que se insere. Tais sentidos são construídos a partir das formas de preparo e usufruto dos alimentos, do compartilhamento, dos valores morais e religiosos que podem estar presentes e do contexto político e econômico, por meio da mídia e do Estado (Carvalho; Luz; Prado, 2011). Em situação de rua, alimentar-se também se constitui como forma de prevenir as complicações de problemas de saúde já estabelecidos e reconhecidos pela pessoa:

*Uh... Quando me dá dor na nuca e tudo, minha filha, dor de cabeça, eu sei que está subindo [a pressão arterial]. Eu tenho que comer alguma coisa de sal, porque açúcar para mim não existe, é só coisa de sal [...]. Eu acho que na rua eu não vou morrer não. Agora mesmo eu vou ali comprar uma comida para comer.* (Luzia)

Diferentemente da alimentação, a higiene é um recurso escasso em situação de rua, de acordo com os informantes, uma vez que não se conta com o aparato

institucional para banho e lavagem de roupas, como os serviços de acolhimento institucional e o Centro POP. No município em questão, há uma entidade de iniciativa da sociedade civil que oferece local para banho e lavagem de roupas três vezes por semana, e em um dia da semana se oferece corte de cabelo e barba. Diante da ausência de ações por parte do Poder Público, recorre-se aos recursos informais, porém com maiores dificuldades: *a higiene é um pouco mais complicada. Normalmente não tem lugar de tomar banho. Então eu, no meu caso, tomo. Tem uma água gelada ali, tomo. Mas às vezes dá o cano, porque não tem como, não...* (Maurício). A higiene é um dos recursos de acesso mais difícil para se manter a saúde na situação de rua: *higiene também influencia, mas em um ambiente desse, não tenho vergonha de falar, em um ambiente desse aí não tem como você ter uma higiene ideal. Não tem como* (Gilberto).

Durante as observações de campo, foram identificadas outras formas de se buscar garantir recursos para manter a higiene:

*Luzia contou que paga 90 centavos como se fosse usar o banheiro da rodoviária e, quando entra, toma banho. Júnior disse que não toma banho há dias, seu pé está muito sujo e o rapaz ao seu lado conta que eles pegam água da rua. Embaixo da ponte eles abriram um cano da companhia de saneamento da cidade e usam essa água para tomar banho, porém, é fria.* (Diário de campo)

Ainda que a oferta de banho e lavagem de roupas seja prevista nos Centros POP, em Minas Gerais, por exemplo, existem apenas 24 deles em funcionamento (Minas Gerais, 2012). Em Salvador, o Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas da Bahia (Cetad), em parceria com o Governo do Estado, ofertou os chamados Pontos de Cidadania, onde, além de banho, há a oferta de kits de higiene, camisinhas, atendimento psicossocial e encaminhamento para os serviços da assistência social e saúde. A proposta da oferta de espaços para o autocuidado visa promover a dignidade das pessoas em situação de rua; no entanto, são ações exitosas e com desafios para a manutenção diante da instabilidade do financiamento público (Instituto Igarapé, 2015).

## O uso de álcool e outras drogas nas ruas

Além da alimentação e da higiene, percebe-se o uso de álcool e outras drogas como recurso para lidar com os adoecimentos. Há registros de que o uso de substâncias psicoativas (SPA) em busca de alterar a consciência data da pré-história, bem como o uso terapêutico em busca do alívio ao sofrimento (MacRae, 2001). As diversas formas de uso das SPA envolvem valores e regras compartilhados em diferentes grupos, atuando como controles sociais do consumo, que inclui ainda as leis formalizadas sobre determinada substância (Valim; Zaluar; Sampaio, 2015).

Na situação de rua, é possível encontrar diferentes significados e formas de agir em relação ao uso de álcool e outras drogas, além de distintas finalidades para o consumo. Em alguns casos, elas podem agir como sedativo: *a bebida põe você para dormir mais cedo, dorme de qualquer jeito, dorme no frio, dorme no calor* [risos] (Gilberto). Em outros momentos, drogas são utilizadas como anestésicos: *pimenta, uai... Eu estava machucado. Eu pus a pimenta para doer mais, aí eu bebia demais. Primeiro eu bebi demais, bebia, bebia, aí eu pus pimenta. Aí sarou, mas doeu demais, até chorei* (Júnior).

*Uma vez eu pisei em um prego. Pisei no prego, eu já estava meio doidão de droga. O que eu fiz? Esqueitei uma colher no fogo e coloquei. Uai... Queima a pele e estanca o sangue, entendeu? Dói um cadinho, mas se der uma paulada depois, acabou. Dar uma paulada, aqui, a gente fala, é usar o crack, entendeu?* (Lúcio)

Dessa maneira, o uso de álcool e outras drogas na situação de rua também é utilizado como lenitivo para as dores físicas, geralmente não tratadas, e a angústia da vida diária, marcada por ciclos de marginalização e exclusão, legitimados pelas barreiras de acesso aos recursos de cuidado à saúde. Com isso, o uso de SPA é parte do cotidiano da vida nas ruas, muitas vezes como forma de minimizar as vulnerabilidades diárias, exigindo dos serviços de saúde abertura para acolher os modos próprios de organização da vida que decorrem da situação de rua.

Ao mesmo tempo, o uso de álcool e outras drogas em um padrão abusivo é visto como prejudicial à saúde, sobretudo porque o uso contínuo cessaria a

alimentação, entendida como um cuidado básico. Assim, quando acometidos por um episódio agudo de adoecimento, é comum o relato de que se suspende o consumo de SPA, como quando Sebastião relata sobre o meio de lidar com uma queimadura na perna:

*O Mateus e a Maria, aí eles compraram pomada para mim no outro dia, mandou eu tirar a calça e me ajudou. Melhorou, mas ele ficou no meu pé. Ai depois, nesses dias para cá que eu queimei, eles não deixaram eu fumar crack. Eu fiquei... Eu fiquei duas semanas sem fumar crack, até eu melhorar.* (Sebastião)

Dentre os diferentes tipos de controle social sobre o uso de drogas, há os societários, exercidos pelos parentes, vizinhos e, no caso, amigos (MacRae, 2001). Essa forma de controle é exemplificada nos relatos pelas estratégias de cuidado e enfrentamento de adoecimentos diversos em busca do restabelecimento da saúde. Evidencia-se, assim, que a regulação exercida entre os pares confere às redes sociais um papel significativo no autocuidado, pondo em questão a presumida “ausência de controle” sobre o uso de SPA por pessoas em situação de vulnerabilidade.

Ainda que ações de autocontrole e controle social sejam identificadas, percebe-se uma dupla relação com o uso de drogas: por um lado, a droga aparece como recurso para “anestesiá-las” as dores do corpo e dos sofrimentos cotidianos vivenciados em situação de rua. Por outro lado, a depender do padrão de uso e das consequências percebidas, pode-se tratar de algo que merece cuidado diferenciado: *é que muitas vezes eu me sinto doente pelas drogas, pela bebida, eu me sinto um homem doente* (Murilo). São compartilhadas concepções negativas sobre o uso de SPA e seus efeitos: *o crack, na situação de rua, que atrapalha tudo. Vou falar da minha pessoa, do meu dia, garanto que outras pessoas também. É o crack* (Lúcio).

Vale ressaltar que os casos de vulnerabilidade social e destituição, como a situação de rua, não são determinantes isolados para o consumo problemático de álcool e outras drogas. Não obstante, tais situações apresentam violações cotidianas de direitos humanos, bem como modos de vida percebidos como indignos e difíceis de suportar, nos quais as SPA agem mitigando uma realidade percebida como insuportável (Silveira; Moreira, 2006). Em cidades de

pequeno porte percebe-se, em especial, a ausência de ações que interfiram no cotidiano, como a proposta já mencionada dos Pontos de Cidadania ou ainda de ações que promovam diferentes ofertas de lazer e convívio social. Desse modo, torna-se imperativo para as políticas públicas atuar na oferta de condições dignas de vida e acesso aos direitos sociais básicos como forma de redução de danos, diminuindo os efeitos prejudiciais e intervindo sobre os processos de exclusão da PSR (Francisco; Espíndola, 2015).

## Considerações finais

Percebe-se a importância das redes de apoio social no cuidado à saúde, constituída pelo cuidado comunitário envolvendo família, amigos, vizinhos e ações de voluntariado. Para as pessoas em situação de rua, em especial em cidades de pequeno e médio porte, tais redes apresentam-se como principal fonte de promoção da saúde, oportunizando o acesso a recursos diversos e promovendo inclusive o acesso à rede de serviços socioassistenciais e de saúde quando necessário. Destacam-se nas redes de apoio social o cuidado compartilhado pelo próprio grupo, entre pares, restringindo o cuidado às relações construídas na vida nas ruas.

Os itinerários desvelados destacam os saberes decorrentes da cultura familiar, rural e da própria vida nas ruas, que atravessam os significados de saúde e doença entre os atores sociais e as formas de tratar episódios de adoecimento. São conhecimentos transmitidos entre gerações, por via oral, constituindo uma cultura local. Não obstante, tais crenças e saberes sobre a saúde são cruzados por um contexto macrossocial que, em situação de rua, demarca situações de exclusão e marginalidade dos direitos sociais básicos. Os atores sociais desta pesquisa vivenciam a exclusão social em sua forma mais perversa, considerados como seres descartáveis na economia capitalista.

Os atores sociais associam ao significado de saúde um conjunto de condições sociais, econômicas e culturais – como alimentação, higiene pessoal, habitação, relações sociais e acesso aos serviços –, compartilhando do significado de saúde ampliada já previsto na Constituição Cidadã, privilegiando os determinantes sociais da saúde em detrimento de

concepções individuais. Contudo, o direito à saúde ainda não se materializa em acesso aos serviços de saúde, como reflexo da situação de exclusão social que vivencia a PSR. Ainda é recorrente o cuidado à saúde restrito às situações de urgência e emergência, de forma que ações de promoção da saúde e continuidade do cuidado ficam restritas. Atréadas a isso, as particularidades das histórias pessoais daqueles que vivenciam a situação de rua trazem em seu bojo crenças, valores, estratégias e recursos advindos da cultura local, o que ratifica a importância de um trabalho em saúde que acolha e legitime tais experiências.

Por um lado, a cultura trazida nos percursos de cuidado mantém vivo o saber tradicional, promovendo alternativas à biomedicina a partir dos setores informais e populares. Por outro lado, a forma como os atores acionam e articulam tais setores são estratégias de sobrevivência para enfrentar as vulnerabilidades decorrentes da vida nas ruas, no espaço urbano, que denunciam as barreiras de acesso à saúde, mas sobretudo a ausência de acolhimento e disponibilidade dos serviços para mediar os saberes populares construídos nas ruas e o cuidado à saúde da PSR. Ainda assim, as redes de apoio social raramente são reconhecidas como formas legitimadas de promoção do cuidado, integradas aos sistemas de saúde. Dessa forma, a realidade da vida nas ruas demanda novas formas de organização dos serviços, em busca de efetivamente ofertar ações equânimes, o que ainda se mostra incipiente.

Destaca-se que desvelar a cultura compartilhada entre o segmento pode contribuir para fomentar o desenvolvimento de ações na atenção básica do município que permitam a adequação dos serviços socioassistenciais e de saúde aos modos de vida e cuidado decorrentes das situações de extrema vulnerabilidade, bem como incluir as redes sociais acionadas nesse espaço como suporte aos problemas de saúde, em especial em municípios de pequeno e médio porte – que, ainda que não apresentem grande quantitativo populacional, consistem em maioria numérica –, onde avanços sociais ocorrem mais lentamente devido ao relativamente menor comprometimento com a consolidação das políticas sociais e a reduzida participação dos trabalhadores e da população em geral nos espaços de controle social.

Longe de buscar abarcar a totalidade da realidade da vida nas ruas, buscou-se neste artigo sistematizar e apresentar algumas estratégias e formas de cuidado à saúde identificadas no decorrer do trabalho de campo da pesquisa realizada. Tais estratégias são utilizadas pela PSR e, no município estudado, não são reconhecidas pelos serviços para a promoção da saúde do público. Este estudo decorre da realidade de um município com poucas ações de garantia dos direitos humanos da PSR, o que pode se repetir em diversas localidades do país. Diante disso, os avanços no conhecimento das singularidades que conformam a vida nas ruas tornam-se cada vez mais relevantes, em busca do aprimoramento das políticas públicas e do fomento a ofertas mais bem qualificadas de atendimento a esse público.

## Referências

- ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*, Marseille, v. 15, n. 3, p. 543-567, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2SQQRcM>>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2GsXBMS>>. Acesso em: 14 maio 2016.
- ALVAREZ, A. M. S.; ALVARENGA, A. T.; DELLA RINA, S. C. S. A. Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2EAogtP>>. Acesso em: 25 maio 2018.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In.: GERHARDT, T. E. et al. (Org.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2016. p. 125-146.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Org.). *Experiência*



de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, p. 219-232, 2015. Suplemento 1. Disponível em: <<https://goo.gl/8n3zz2>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, Abingdon, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2G46T1F>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua aprendendo a contar Brasil: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2018.

BURSTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: BURSTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades, excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 27-56.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 863-884, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/NjGoYG>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 155-163, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2R3buFH>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

FRANCISCO, G.; ESPÍNDOLA, L. Consultório na Rua do Recife: uma experiência de atenção ao uso

abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 137-147.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2M3cvel>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2GxmLtl>>. Acesso em: 25 maio 2016.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 79-108.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

INSTITUTO IGARAPÉ. *Políticas de drogas no Brasil: a mudança já começou*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2AWC2OA>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/LXDmmA>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JUNIOR, A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MALFITANO, A. P. S. Experiências de pesquisa: entre escolhas metodológicas e percursos individuais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 314-324, 2011.

MENESES, M. P. R.; SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia*, Canoas, n. 21, p. 53-67, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2LqGhqB>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/HeTCvT>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Pesquisa sobre as condições socioeconômicas, políticas e culturais da população em situação de rua de Minas Gerais. In: SEMINÁRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2., 2012, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Sedese, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/9RW8RY>>. Acesso em: 8 set. 2017.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261-297.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018. Disponível em: <<https://goo.gl/DYw3BN>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/pF5GxD>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

RODRIGUES, K. C. M. et al. Evidence of bioactive compounds from *Vernonia polyanthes* leaves with topical anti-inflammatory potential. *International Journal of Molecular Sciences*, Basel, v. 17, n. 12, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2S9YIYH>>. Acesso em: 11 set. 2017.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2SZ6tuS>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-7.

SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 22, p. 37-47, 2014. Suplemento. Disponível em: <<https://goo.gl/nBXF6B>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. R. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-45.

VALIM, D.; ZALUAR, A.; SAMPAIO, C. Uma etnografia das cenas de uso de crack no Rio de Janeiro e seus efeitos nos usuários. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 201-216.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. Disponível em <<https://bit.ly/2EAogtP>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

---

### Contribuição dos autores

Vale concebeu e elaborou o projeto, redigindo a versão inicial do artigo. Vale e Dalla Vecchia analisaram e interpretaram os dados, realizaram a revisão crítica do artigo, aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo a exatidão e integridade de qualquer parte do artigo.

Recebido: 29/11/2018

Aprovado: 05/12/2018