

PRÁTICAS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ENFRENTAMENTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

**PRIMARY HEALTH CARE TEAM PRACTICES IN ADDRESSING SOCIAL
VULNERABILITY: CHALLENGES AND POSSIBILITIES**

**PRÁCTICAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL
ENFRENTAMIENTO DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL: DESAFÍOS Y
POSIBILIDADES**

**Lucineia Periard Lopes Ferreira¹, Emanuelle Rodrigues do Nascimento², Alexia Machado
Cristoforeti³, Paula Gabriela Lima Oliveira⁴, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo⁵,
Helian Nunes de Oliveira⁶**

DOI: 10.54899/dcs.v23i94.6821

Recibido: 24/07/2026 | **Aceptado:** 18/08/2026 | **Publicación en línea:** 28/08/2026.

RESUMO

Introdução: A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR) garante direitos e orienta práticas equitativas, porém o crescimento desse grupo em Belo Horizonte e no Brasil evidencia vulnerabilidades e desafios para a Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** Estudo qualitativo, baseado em pesquisa-ação diagnóstica, realizada em um Centro de Saúde, por meio de grupos focais com trabalhadores. As discussões foram transcritas e analisadas segundo a metodologia de Bardin. **Resultados:** Os profissionais relataram aumento significativo da PSR no território e destacaram obstáculos como falta de capacitação, descontinuidade do cuidado, dificuldades na articulação da rede, sobrecarga laboral e episódios de violência institucional e problemas de adesão ao tratamento. Apesar disso, emergiram potencialidades, como acolhimento humanizado, vínculo com os usuários e resolutividade clínica. **Discussão:** Os achados apontam barreiras estruturais e sociais amplamente descritas na literatura, mas também revelam avanços na sensibilidade ética dos profissionais. **Conclusão:** A APS é fundamental no cuidado à PSR, sendo necessário fortalecer equipes, ampliar ações intersetoriais e investir em formação continuada para garantir equidade e integralidade no cuidado.

¹ Mestra em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lucineiaperiard@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1153-1971>

² Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: emanuellenascimento.contato@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-4717-7311>

³ Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: alexiamachado2004@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-3196-1122>

⁴ Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: paulagabri.oli@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-1689-1130>

⁵ Mestre e Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: amandamsreinaldo@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0283-2313>

⁶ Doutor em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: heliannunes@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1635-5175>

Palavras-chave: Pessoas Mal Alojadas. Atenção Primária a Saúde. Saúde da Família. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: The National Policy for the Homeless Population guarantees rights and guides equitable practices. however, the growth of this population group in Belo Horizonte and Brazil highlights vulnerabilities and challenges for Primary Health Care (PHC). **Methodology:** This qualitative study was based on diagnostic action research conducted in a Health Center through focus groups with health workers. The discussions were transcribed and analyzed according to Bardin's methodology. **Results:** Professionals reported a significant increase in the homeless population within the territory and highlighted obstacles such as lack of training, discontinuity of care, difficulties in network articulation, work overload, episodes of institutional violence, and problems related to treatment adherence. Despite these challenges, potentialities emerged, including humanized care, bonding with users, and clinical problem-solving capacity. **Discussion:** The findings point to structural and social barriers widely described in the literature, while also revealing advances in the ethical sensitivity of professionals. **Conclusion:** PHC plays a fundamental role in caring for the homeless population, making it necessary to strengthen teams, expand intersectoral actions, and invest in continuing education to ensure equity and comprehensiveness in care.

Keywords: Descriptors: Homeless Persons. Primary Health Care. Family Health. Occupational Health.

RESUMEN

Introducción: La Política Nacional para la Población en Situación de Calle (PSC) garantiza derechos y orienta prácticas equitativas, sin embargo, el crecimiento de este grupo en Belo Horizonte y en Brasil evidencia vulnerabilidades y desafíos para la Atención Primaria de Salud (APS). **Metodología:** Estudio cualitativo, basado en investigación-acción diagnóstica, realizado en un Centro de Salud mediante grupos focales con trabajadores. Las discusiones fueron transcritas y analizadas según la metodología de Bardin. **Resultados:** Los profesionales informaron un aumento significativo de la población en situación de calle en el territorio y destacaron obstáculos como la falta de capacitación, la discontinuidad del cuidado, dificultades en la articulación de la red, sobrecarga laboral, episodios de violencia institucional y problemas de adherencia al tratamiento. A pesar de ello, surgieron potencialidades como la acogida humanizada, el vínculo con los usuarios y la capacidad resolutoria clínica. **Discusión:** Los hallazgos señalan barreras estructurales y sociales ampliamente descritas en la literatura, pero también revelan avances en la sensibilidad ética de los profesionales. **Conclusión:** La APS es fundamental en el cuidado de la población en situación de calle, siendo necesario fortalecer los equipos, ampliar las acciones intersectoriales e invertir en formación continua para garantizar equidad e integralidad en la atención.

Palabras clave: Descriptores: Personas sin Hogar. Atención Primaria de Salud. Salud de la Familia. Salud Laboral.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR), instituída pelo Decreto nº 7.053/2009¹, assegura os princípios de igualdade e equidade, além de garantir o respeito à dignidade, à convivência comunitária e familiar, à valorização da vida e da cidadania, ao atendimento humanizado e universalizado, bem como o respeito às condições sociais sem discriminação (Brasil, 2009)¹.

A PSR é composta por pessoas em extrema pobreza, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, que utilizam espaços públicos para sobrevivência. São indivíduos historicamente excluídos, muitas vezes sem documentos, que vivenciam a negação de direitos básicos, como alimentação, saúde, habitação, lazer e trabalho, entre outros. Essa realidade expressa a vulnerabilidade social e as múltiplas dimensões da exclusão que caracterizam essa população (Brasil, 2019)¹.

Dados do Censo Pop Rua 2022², realizado pela Prefeitura de Belo Horizonte em parceria com a UFMG, Fiocruz, IBGE e movimentos sociais, identificaram 5.344 pessoas em situação de rua no município. Contudo, levantamento mais recente do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua (PÓLOS/UFMG), divulgado em outubro de 2025 a partir do Cadastro Único (PROCAD-SUAS)³, apontou um aumento expressivo, contabilizando 358.553 pessoas em situação de rua no Brasil, 32.685 em Minas Gerais e 15.359 em Belo Horizonte. A capital mineira ocupa a terceira posição entre as capitais brasileiras, concentrando 47,0% da PSR do estado, o que evidencia um cenário de crescente vulnerabilidade social e demanda por políticas públicas integradas de saúde, assistência e segurança.

Os autores Campos e Sousa (2013)⁴ destacam que a atenção básica, como porta de entrada do SUS, deve incluir usuários em situação de rua. Nesse sentido, Kebian e Acioli (2014)⁵ apontam que a Estratégia Saúde da Família busca reorganizar a atenção por meio do vínculo com a população e ações adaptadas às suas necessidades. Cabe destacar que a saúde e a assistência social fazem a linha de frente e contato com a população em situação de rua e o estado, pois o alijamento da habitação não pressupõe alijamento do mesmo, pelo contrário, ele expõe o fracasso social, econômico e político não só das políticas de habitação, mas da seguridade social que deveria prover condições dignas de vida para a população de um país, estado e município.

Apesar da ampliação do debate sobre a PSR no campo da saúde coletiva, ainda são escassos estudos que analisem, de forma aprofundada e situada territorialmente, como as equipes de Atenção Primária à Saúde operacionalizam o cuidado cotidiano a esse público, especialmente em grandes centros urbanos com elevado contingente populacional em situação de rua, como Belo Horizonte. Observa-se, na literatura, a predominância de análises normativas ou descritivas de políticas públicas, com menor ênfase nas experiências concretas das equipes, nos desafios práticos, nos limites institucionais e nas estratégias produzidas no trabalho vivo em ato.

A contribuição inédita deste estudo consiste em analisar a atuação de uma equipe de Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas em situação de rua em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, articulando dados empíricos do cotidiano assistencial com a reflexão crítica sobre a política pública. Trata-se de uma abordagem que integra análise de prática profissional, avaliação de organização do processo de trabalho e interpretação das vulnerabilidades sociais e sanitárias específicas da PSR, o que permite evidenciar tensões, potências e lacunas pouco exploradas pela literatura

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-ação diagnóstica, desenvolvida no Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC), em Belo Horizonte (MG), com foco na abordagem à População em Situação de Rua (PSR). A pesquisa seguiu as seguintes etapas: (1) delineamento; (2) tomada de decisão e (3) coleta de dados. A coleta foi realizada por meio de grupos focais com trabalhadores da unidade, conduzidos nos dias 3, 7 e 8 de janeiro de 2025, nos turnos da manhã e da tarde. Os encontros ocorreram na sala de reuniões da unidade, com duração média de 60 a 90 minutos. Os participantes foram convidados individualmente e via grupo institucional de WhatsApp.

As discussões foram guiadas por quatro questões norteadoras: 1) Como é a atuação dos trabalhadores na abordagem/atendimento a pessoas em situação de rua? 2) A equipe de Saúde da Família (ESF) está capacitada para o atendimento à PSR? Que elementos podem sustentar essa afirmação? 3) Quais as dificuldades e desafios enfrentados pela equipe da unidade básica no atendimento a essa população? O que poderia ser feito para superar tais dificuldades? 4) Quais as potencialidades do atendimento à PSR pelas equipes do município? As sessões foram gravadas e transcritas com apoio do aplicativo Cripto, utilizando inteligência artificial. A codificação dos participantes seguiu o padrão GxPx (ex.: G1P1), garantindo anonimato e confidencialidade.

Nomes próprios e setores citados nas falas foram suprimidos.

Participaram da pesquisa profissionais atuantes no atendimento à PSR na unidade. A inclusão ocorreu por amostragem progressiva, até o ponto de saturação. Os critérios de inclusão foram: tempo mínimo de um mês de atuação com a PSR, disponibilidade para participação nos grupos, concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e representatividade social dentro do contexto de atuação com a PSR. Foram excluídos profissionais com menos de um mês de atuação, indisponibilidade para participar do grupo focal.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) (CAAE 82306724.90000.5149), com anuência da Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisa não recebeu financiamento de agências públicas, privadas ou do terceiro setor.

RESULTADOS

O tempo de experiência do profissional apresentou uma média de $11,49 \pm 9,95$ anos. O tempo mínimo de experiência é inferior a um ano, enquanto o máximo chega a 40 anos. Em relação ao tempo de experiência de trabalho com a PSR, a média é de $10,16 \pm 6,27$ anos, com tempo mínimo também inferior a um ano e máximo de 30 anos. Quanto à realização de capacitação, a maioria dos participantes (83,0%) declarou não ter participado de uma formação específica sobre o tema. Do total de 40 participantes, 07 profissionais afirmaram ter participado de alguma capacitação voltada ao atendimento da PSR, representando 17,0% dos entrevistados. Apenas um participante não informou a participação na capacitação. Os resultados principais foram divididos e organizados segundo os principais temas e descritos na tabela 01.

Tabela 1: Características dos participantes e tempo de experiência na profissão e na abordagem à população em situação de rua (n=40).

Características dos participantes	Frequência	Percentual
Participação em capacitação sobre o tema específico		
Não	32	83,0
Sim	7	17,0
Profissão		
- Técnico em Enfermagem	13	32,5
- Agente Comunitário de Saúde	5	12,5
- Médico	5	12,5
- Enfermeiro	4	10,0
- Agente de Controle de Endemias (1)	4	10,0
- Administrativo	3	7,5
- Dentista	2	5,0
- Agente de Controle de Endemias (2)	1	2,5

- Servidor Público	1	2,5
- Técnico em Saúde Bucal	1	2,5
- Psicólogo	1	2,5
Sexo		
Feminino	30	75,0
-Masculino	10	25,0
Tempo de experiência na função (em anos)		
Média (Desvio Padrão)	11,5(9,9)	
Mínimo; Máximo	0; 40	
Tempo de experiência com população em situação de rua (em anos, com estágio)		
Média (Desvio Padrão)	10,2(6,3)	
Mínimo; Máximo	1; 20	

Fonte: Elaborado pela autora¹³

Tabela 2 - Sistematização dos principais desafios identificados no grupo Focal

CATEGORIA	DESAFIOS	MENÇÕES
Adesão ao Tratamento e Continuidade do Cuidado,	Baixa adesão terapêutica	16
Infraestrutura e Organização dos Serviços	Fatores psicossociais	8
	Capacidade instalada insuficiente	8
	Fragilidades operacionais	6
Vínculo Terapêutico e Acesso	Barreiras geográficas e logísticas	8
	Fragilidade na relação profissional-paciente	10
	Fragilidades na governança	6
Políticas Públicas e Articulação Intersetorial	Problemas na oferta de serviços	6
Perfil Clínico-Epidemiológico dos Usuários	Comorbidades associadas	9
	Vulnerabilidades específicas	7
	Problemas na dispensação	7
Gestão de Medicamentos	Logística inadequada	4
	Riscos operacionais	13
Segurança e Violência Institucional	Fragilidades na proteção	7

Fonte: Elaborado pela autora¹³

A história do Centro de Saúde Carlos Chagas como Referência e a Descentralização do Atendimento à Pessoa em Situação de Rua

Observa-se que alguns trabalhadores do Centro de Saúde conhecem a história da criação do serviço e, a partir desse conhecimento, compreendem as dificuldades relacionadas ao processo de descentralização do atendimento à PSR por parte da prefeitura, assim como o próprio fato de essa população manter o serviço como referência para seu cuidado, em detrimento dos demais serviços da cidade, como pode ser observado no comentário do participante G3P11 a seguir: “o CSCC era referência somente para vacina e para raio-X de tórax. Depois, com o movimento da prefeitura, passou a ser uma unidade básica... quando veio à Saúde da Família, começaram a fazer o cadastramento de todo mundo... Foi então que se criou uma equipe para atender a

população de rua, que atendia exclusivamente a população de rua. E elas possuíam referência em Belo Horizonte. Se tivesse um morador de rua lá em Venda Nova, no Barreiro ou outro bairro, era o CSCC que atendia. Mas, com o passar do tempo, foi ficando muito pesado ter uma equipe e só uma unidade de saúde para atender toda a população de moradores de rua. Agora, em Belo Horizonte, todo Centro de Saúde tem de atender a PSR. (G3P11)”.

Outro ponto a ser destacado é a percepção de que falta capacitação para os trabalhadores, não apenas do serviço, mas também dos outros Centros de Saúde, para o atendimento da PSR, além do aumento da população nessa situação, observado nos últimos anos, incluindo pessoas oriundas de outras localidades dentro do Estado e fora dele. “Para fazer a PSR não se deslocar, porque o objetivo é que eles possam ser atendidos no ponto de fixação mais próximo, para não ter gastos com passagem ou deslocamento. A nossa própria rede não está conversando, a própria rede não está sabendo das coisas. Isso é muito triste. É muito triste” - Fala do participante G1P7. Segundo o participante G3P3 “Um dia desses, chegou um PSR que foi deixado pela ambulância na porta do CSCC, vindo de Venda Nova, e a ambulância deixou aqui e foi embora.”

A Percepção dos Profissionais em Relação à Pessoa em Situação de Rua

Existe uma percepção solidária, acolhedora e inclusiva em relação à PSR por parte da equipe do serviço, que procura compreender a situação do sujeito dentro de um contexto psicossocial.

“A questão é que existem também dois fatores: existem pessoas em situação de rua e existem os moradores de rua. Todo mundo tem de observar o porquê. A pessoa em situação de rua, aconteceu algo que a levou a morar na rua, seja por questões psicológicas, questões financeiras, mas, normalmente, as pessoas em situação de rua — você pode ver que tem algumas que, realmente, quando têm uma recuperação, elas saem, às vezes voltam até para o núcleo familiar. Mas tem aqueles que são moradores de rua, que gostam de estar na rua e querem morar na rua. Existe essa realidade, a gente não pode ser também cega para isso, porque tratar todo mundo como um coitadinho, de um modo geral, não é ajudar. Você tem de reconhecer que a pessoa, se ela está sofrendo algum tipo de problema, seja psicossocial ou financeiro, ela está ali por causa disso. Mas tem aquela pessoa que realmente gosta de morar na rua...” - G2P2.

A Percepção dos Profissionais em Relação à Demanda em Saúde da Pessoa em Situação de Rua

Vários elementos influenciam a percepção da demanda em saúde da PSR pelos trabalhadores do CSCC. Entre eles, destaca-se a certeza de se tratar de um serviço que acolhe a população, compreendendo suas vulnerabilidades. Segundo o participante G1P8: “eles chegam sempre com demanda aguda, eles não vêm para fazer acompanhamento longitudinal. Querem ser atendidos na hora. Muitas vezes, tem um paciente para ser atendido, você chama, mas o pessoal fala que ele foi embora, não quis esperar. Isso é muito comum. Parece que é o perfil do paciente morador de rua.”

Outro ponto levantado é a natureza dos casos atendidos: em geral, são quadros agudos, que deveriam ser manejados nos serviços de pronto atendimento, mas que encontram resolutividade no serviço, no intuito de que a PSR não saia sem atendimento.

“A potencialidade do CSCC, que eu acho que inclusive faz com que os pacientes nos procurem, é a resolutividade. Nós tentamos ser o mais resolutivos possível, então o paciente chega aqui e ele sabe que, de alguma forma, aquela demanda inicial dele vai ser resolvida. Nós vamos acolher e tentar resolver o máximo. O que dificulta é a questão do acompanhamento: nós resolvemos a queixa principal do paciente, mas a continuidade do cuidado fica comprometida, porque, normalmente, ele vem com uma queixa específica e, como resolve, ele some e vai aparecer só quando for outra queixa ou estiver incomodando.” Conforme afirmou o participante identificado como G3P4.

As condicionalidades para o recebimento de benefícios de distribuição de renda colaboram para a adesão ao tratamento de doenças crônicas e infectocontagiosas. Em contrapartida, percebe-se a falta de comprometimento e compreensão com o cuidado em saúde, o que se reflete no abandono do tratamento, mesmo nos casos graves, como, por exemplo, os de tuberculose e sífilis. Nesse caso, a equipe atribui esse comportamento à falta de perspectiva em relação à vida e ao futuro, além da ausência de equipamentos do município para o abrigamento nos momentos de adoecimento da PSR, em que seria fundamental um local para descanso e recuperação.

Segundo o participante G1P12: “Eles não têm a mínima consciência. Eles adoecem agora, incomodando agora. Ele quer resolver aquilo agora, mas não vai resolver agora. Vocês não lembram do (...)? Ele só terminou o tratamento dele porque a doutora o internou no João XXIII.

Eles têm de ter consciência. Mas eles não têm nenhuma. Eles não têm noção de como funciona o corpo. A autoestima deles atrapalha. Eu acho que tinha de fazer assim: um slide, um pulmão, como é que está. E é assim que está. E, se você não tomar o remédio, você vai morrer. E pior: você vai matar todo mundo ao seu redor. Mas, enquanto for assim, nós ficamos o tempo todo enxugando gelo. Você fala, você discute: vamos fazer, tem de ser assim, tem de ser assim. Mas a principal pessoa... Ela não tem noção. É muita loucura mesmo.”

A falta de continuidade do tratamento é um desafio e gera frustração nos trabalhadores, especialmente quando, mesmo estando a PSR, em tese, vinculada ao serviço, ela não comparece às consultas ou abandona o tratamento, retornando mais debilitada em pouco espaço de tempo. Há uma leitura crítica da situação por parte dos trabalhadores, assim como um esforço para tentar reverter essa realidade, pensando a rede de atenção à saúde de forma colaborativa e sincronizada, a fim de minimizar ou resolver essa questão.

“Às vezes, nós estamos querendo ser heróis numa situação que não tem jeito. A gente já está vendo essa situação toda, e olha o paciente e fala assim: ele não está nem aí, ele não está nem entendendo o que eu estou falando, está aqui drogado, está aqui totalmente fora do mundo, está aqui com um processo psiquiátrico grave. Mas acho que uma rede mais fortalecida favorece, porque talvez não seja agora, quando se fala com o paciente, que ele vai se ligar. Mas quando o consultório de rua passar e falar, quando o ACS passar e falar, quando a pessoa do abrigo falar, quando, sabe, todo mundo estiver em sintonia... Mas, às vezes, eu acho que nós talvez fiquemos nadando contra a corrente.” Como afirmou o participante G1P9.

Os Desafios da Equipe no Atendimento à Pessoa em Situação de Rua

Os desafios se apresentam de diferentes formas, desde a percepção de que o tempo e o investimento no cuidado não podem ser mensurados, devido às características da PSR, associadas às vulnerabilidades às quais essa população está exposta, até o fato de que, ao adentrar no serviço, existe uma pressão para que sua demanda seja prontamente atendida, em detrimento da demanda do restante da população, que tem o mesmo direito ao acesso à saúde.

Na percepção do participante G1P7: “A atuação é desafiadora. No meu ponto de vista, é desafiador. Algumas vezes não é motivante, porque nós não vemos resultados, e os resultados não são medidos. Assim, a gente não consegue mensurar. Então, a gente se sente, muitas vezes, incapaz no sentido profissional. Eu fico muito feliz quando atendo um paciente, por exemplo, na

urgência, a gente reverte uma PCR e ele volta. E aqui, a gente não consegue, por exemplo, você inicia um tratamento com um paciente — uma tuberculose, um paciente com sífilis, um paciente com qualquer tipo de comorbidade — e nós não conseguimos dar continuidade. Você não consegue medir. E isso, para nós, profissionais, é desmotivante.” Já na visão do participante G2P6: “A natureza do trabalho e a permanência dos profissionais também é um desafio, há uma grande rotatividade e falta de trabalhadores que queiram ir para o serviço, pois é de conhecimento da rede, que naquele local, a demanda de PSR é significativa, o que faz com que muitos profissionais não tenham interesse em trabalhar no CSCC.

O Atendimento em Rede à Pessoa em Situação de Rua e a Necessidade de Capacitação da Equipe

Os trabalhadores indicaram a capacitação para o trabalho com a PSR como uma necessidade constante, e a falta de suporte nesse sentido como uma fragilidade que coloca o profissional em desvantagem na realização de seu fazer cotidiano.

“No meu caso, eu acho que o atendimento tem de ser o mais resolutivo possível, porque eu não sei se eles vão voltar. Provavelmente não. É difícil voltar. Até voltam, mas voltam quando querem. Então, eu tento ser o mais resolutivo possível. Não tento enrolar. E não dá, pelo menos no meu caso, para ficar passando medicação que não tem aqui. Tem de sair com tudo na mão, porque, se você disser que tem de ir ali, não sei onde, para pegar, eles não vão, porque têm outras prioridades. Também não fico perguntando quais são. Então, tem de ser o mais resolutivo possível. Chegando, pelo menos no meu consultório, já passou por todo mundo. Eu sou o ponto final. É dali para casa, para a rua, com a resolução. Tento não pedir para retornar no outro dia, só se for extremamente necessário” - Fala do participante G3P3.

O uso Abusivo de Drogas e o comércio de Medicamentos por Pessoas em Situação de Rua

O uso de álcool e outras drogas é algo com que a equipe precisa lidar a todo o momento, incluindo, nessa questão, a venda de medicamentos controlados, em especial psicotrópicos, por pessoas em situação de rua usuárias do serviço. Trata-se de uma situação com a qual os profissionais precisam lidar, mas que não têm como impedir, pois não está sob a governabilidade de suas ações. A dificuldade de armazenamento dos medicamentos na rua, bem como a perda e

o extravio, também é uma realidade que, em alguns momentos, exige criatividade por parte da equipe para tentar ajudar a pessoa a manter o uso da medicação de forma segura.

Na percepção do participante G1P11: “Os próprios responsáveis pelo (...) comunicam que eles vendem mesmo. E o comércio é livre ali na esquina dos Aflitos — assim que eles falam. A gente se reinventa todos os dias. Então, aquele paciente que vem sempre com esse histórico, de dizer que foi roubado, a gente já enquadra, coloca ele como paciente que vai fazer retirada semanal. Ele endoida. No primeiro dia, ele falta nos matar. Mas nos mantemos firmes. E eles entram e dizem que perderam a receita. Eu já tiro cópia da receita. Eu tenho cópia da receita de todos os meus pacientes. Na rua, um clonazepam custa R\$ 2,00.”

A Violência no Cotidiano do Trabalhador

O trabalho na unidade é marcado pela insegurança por diferentes motivos. Um deles está associado ao espaço físico do Centro de Saúde, que possui vários acessos, o que gera insegurança na equipe, pois o usuário pode entrar e sair da unidade sem ser notado, colocando em risco os que ali estão. As ameaças de agressão e morte por parte de usuários em relação aos trabalhadores, ou casos mais graves, como estupros e homicídios, os quais alguns usuários em situação de rua praticam ou praticaram, são relatados por eles aos trabalhadores como forma de intimidação.

“A assistente social foi enforcada na sala, bateu na cara da (...) ali dentro da sala, porque ela não quis atender. Ele furtou três computadores. Ele quebrou isso aqui todo. Ele bateu no assistente social, quebrou o portão todo. Não vamos fazer boletim, não vamos chamar nem a guarda. Vamos atender ele e dispensar. Ele queria marcar um domínio. Esse morador de rua vai contar para os outros, e outro vem e faz a mesma coisa. Porque sabe que funciona. E ninguém faz nada. E trata como se fosse normal. Se eu confrontar lá na rua, ele me dá uma facada” - Fala do participante G2P14.

Após a apresentação das categorias analíticas identificadas a partir dos depoimentos dos profissionais de saúde, foi realizada a sistematização dos desafios associados a cada eixo temático. A Tabela 2 organiza essas informações, evidenciando a frequência com que os desafios foram mencionados nas oficinas realizadas nos dias 3, 7 e 8 de janeiro de 2025.

Para facilitar a visualização da distribuição proporcional dessas menções, a Figura 1 apresenta os dados em formato gráfico. Observa-se que as categorias Adesão ao tratamento e continuidade do cuidado e Segurança e violência institucional concentram o maior número de

menções, seguidas por Vínculo terapêutico e acesso e Perfil clínico-epidemiológico dos usuários. Esses resultados fornecem um retrato quantitativo dos desafios mapeados.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que o cuidado à População em Situação de Rua (PSR) permanece um desafio concreto na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no Centro de Saúde Carlos Chagas, em Belo Horizonte. Observou-se que, embora a política pública assegure o direito ao acesso universal e integral, a efetivação desse direito é constantemente limitada por barreiras institucionais e sociais, como exigência de documentação, horários restritos e estigmatização. Esses achados reforçam o que já foi apontado por Barata et al. (2015)⁶ e Costa et al. (2021)⁷, indicando que o preconceito e a discriminação ainda são fatores determinantes da exclusão social e sanitária da PSR.

Um dos principais resultados desta pesquisa foi a demonstração de avanços na postura ética e na sensibilidade dos profissionais em relação à PSR. A recusa ao uso de termos pejorativos e a valorização do acolhimento humanizado refletem um movimento de ressignificação do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários. Esse achado sinaliza um avanço importante em relação à literatura anterior, que destacava atitudes estigmatizantes no atendimento a esse público (Oliveira et al., 2018⁸; Lira et al., 2019⁹).

Outro resultado de destaque é a identificação da PSR como um grupo com forte vulnerabilidade em saúde, apresentando alta incidência de doenças infecciosas — como tuberculose, HIV e sífilis —, além de agravos relacionados à dependência química e ao sofrimento mental. A dificuldade de adesão a tratamentos prolongados, especialmente para tuberculose, foi apontada como um dos maiores desafios das equipes. Essa constatação corrobora dados do Ministério da Saúde (2012)¹⁰ e de Hino; Santos; Rosa, 2017¹¹, e evidencia a necessidade de estratégias específicas de acompanhamento e de políticas públicas que integrem saúde, assistência social e habitação.

Os participantes também relataram limitações na estrutura da unidade e sobrecarga de trabalho, agravadas pela alta rotatividade de profissionais e pela crescente demanda da PSR. Apesar disso, destacaram o comprometimento coletivo e o apoio mútuo entre colegas como fatores protetores diante do estresse laboral e da exposição à violência. A criação de espaços de cuidado voltados à saúde mental dos trabalhadores, como grupos de apoio e melhorias no

ambiente físico, representa um resultado positivo e inovador no contexto estudado. Outro ponto relevante identificado é a formação e capacitação profissional para o trabalho com populações vulneráveis. A ausência de treinamentos sistemáticos sobre PSR limita a efetividade das ações e gera insegurança técnica entre os profissionais. Esse achado converge com Costa et al. (2021)⁷, reforçando a importância de implementar o Eixo 3 do Plano Operativo Nacional (2013)¹², que propõe a educação permanente como eixo estruturante do cuidado em saúde para populações em vulnerabilidade.

Os resultados apontam avanços significativos na humanização e na sensibilidade ética dos profissionais, mas também evidenciam desafios estruturais e formativos que comprometem a integralidade do cuidado. A consolidação de uma atenção efetivamente equitativa à PSR depende do fortalecimento da rede intersetorial, da valorização do trabalho em equipe e da formação crítica e continuada dos profissionais do SUS.

Como limitação desta pesquisa, destaca-se a realização do estudo em apenas uma Unidade de Saúde, localizada na Regional Centro-Sul do município. No entanto, essa limitação não restringe a relevância da pesquisa, pois a unidade escolhida se sobressai por sua ampla área de abrangência e território, onde há grande concentração e circulação da PSR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfatiza-se a importância do cuidado prestado à PSR, visto que essa população é extremamente vulnerável. Os profissionais de saúde que prestam assistência à PSR promovem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos. Espera-se que, através desta pesquisa, seja possível refletir sobre a prática da assistência e a melhoria do cuidado ofertado à PSR, sendo este um dos grandes desafios para a saúde pública.

É fundamental investir nas equipes de APS para que possam atuar de forma efetiva na assistência PSR. A carência de dados, de conhecimento técnico, de ações sistemáticas de monitoramento e de vigilância compromete a identificação de fragilidades e dos pontos ou atividades com melhores resultados. Essa lacuna repercute diretamente no planejamento das ações de capacitação e educação permanente das equipes, dificultando a implementação de melhorias contínuas nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ¹BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 3 fev. 2023.
- ²PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **PBH e UFMG apresentam resultados preliminares do Censo da população de rua de BH**. Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-e-ufmg-apresentam-resultados-preliminares-do-censo-da-populacao-de-rua-de-bh>. Acesso em: 10 maio 2023.
- ³OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA/PÓLOS DA UFMG. **O fenômeno da população em situação de rua a partir de cadastros no CadÚnico**. Disponível em: <https://obpoprua.direito.ufmg.br>. Acesso em: 19 mar. 2025.
- ⁴CAMPOS, A. G.; SOUSA, M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 344–351, ago. 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047132/bis-v14n3-enfrentamento-344-351.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2023.
- ⁵KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161–169, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>. Acesso em: 3 fev. 2023.
- ⁶BARATA, 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, n. 1, p. 219–232, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>. Acesso em: 3 fev. 2023.
- ⁷COSTA, K. M. R. *et al.* Implicações dos profissionais da Atenção Primária no atendimento à população em situação de rua. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 24, n. 1, p. 109–126, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/27588/23472>. Acesso em: 3 fev. 2023.
- ⁸OLIVEIRA, D. M. *et al.*. Needs, expectations and care production of people in street situation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, supl. 6, p. 2689–2697, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dwQXqrrS6KJfHcrCNxmJV9F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2025.
- ⁹LIRA, C. D. G. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. e1157, 2019. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622019000100204&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 fev. 2023.

¹⁰BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

¹¹HINO, Paula; SANTOS, José de Oliveira; ROSA, Ana da Silva. People living on the street from the health point of view. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 684–692, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

¹²BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 2. DE 27 DE FEVEREIRO DE 2013**. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html

¹³ FERREIRA, Lucineia Periard Lopes. Potencialidade e desafios de uma equipe no cuidado à população em situação de rua. 2025. 122 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2025

LISTA DE ABREVIACÕES

Prefeitura de Belo Horizonte (PBH)

Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Atenção Primária à Saúde (APS)

Prefeitura de Belo Horizonte (PBH)

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Programa de Fortalecimento do Cadastro Único no Sistema Único da Assistência Social (PROCAD – SUAS).