



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

JULIANA SANTOS SIMÕES

**OS SENTIDOS DOS CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DE CUIDADO:
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO
MUNICÍPIO DE PALMAS/TO**

Palmas, TO

2024

Juliana Santos Simões

**Os sentidos dos caminhos percorridos em busca de cuidado:
Itinerário terapêutico da população em situação de rua do município de Palmas/TO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) apresentado ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), como requisito à obtenção do grau de Mestre (a) em Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. Rogério Ferreira Marquezan

Palmas, TO

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S593s Simões, Juliana Santos.

Os sentidos dos caminhos percorridos em busca de cuidado: itinerário terapêutico da população em situação de rua do município de Palmas/TO. / Juliana Santos Simões. – Palmas, TO, 2024.

71 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2024.

Orientador: Rogério Ferreira Marquezan

1. População em situação de rua. 2. itinerários terapêuticos. 3. atenção primária à saúde. 4. determinantes sociais de saúde. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Juliana Santos Simões

**Os sentidos dos caminhos percorridos em busca de cuidado:
Itinerário terapêutico da população em situação de rua do município de Palmas/TO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) apresentado ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). O TCM foi avaliado para a obtenção do título de Mestre (a) em Saúde da Família e aprovada (o) em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 24/10/2024

Banca Examinadora

Prof. Dr. Rogério Ferreira Markezan, Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luiz Claudio Ferreira Alves, Universidade Católica do Tocantins

Prof. Dra. Olga Maria de Alencar, Universidade Federal do Tocantins

Dedico essa dissertação a todas as pessoas que estão em situação de rua ou que em algum momento da vida ficaram em situação de rua.

*À minha filha, **Liz** e ao meu esposo **Thiago**, que sempre estão ao meu lado nos momentos difíceis e me fortalecem com muito amor, carinho, dedicação e paciência.*

*À minha **família**, companheira na estrada desta vida*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer às mulheres da minha vida, meus bens mais preciosos, constituída por minha mãe Luciene, minhas irmãs Tana Luiza e Ariela e minha joia, minha filha Liz, a base que me faz movimentar e evoluir. Amo vocês! Liz, essa conquista é por você!

Agradeço a compreensão e a parceria do meu amado esposo, Thiago, por todo amor, cumplicidade, apoio e paciência por ter segurado as pontas nos momentos mais delicados dessa trajetória. Sempre me impulsiona para trajetórias crescentes.

Ao meu orientador, professor Dr. Rogério Ferreira Marquezan, pelos diálogos construtivos, momentos de reflexão e orientação com maestria.

Agradeço ao professor Dr. Marcelo Pedra Martins Machado que com grande profissionalismo contribuiu na banca de qualificação com o compartilhamento de seu conhecimento e aos professores Dra. Olga Maria de Alencar e Dr. Luiz Claudio Ferreira Alves que representaram com maestria a minha banca de defesa.

Aos meus colegas de Palmas, em especial à Equipe do Consultório na Rua, que sempre são muito parceiros, e à minha amiga Patrícia Ferreira Nomellini, que sempre me apoiou e incentivou, tenho muito apreço e consideração por vocês.

Ao meu pai (in memoriam), que mesmo distante se faz presente em pequenas demonstrações. Papai, sei o quanto está orgulhoso da pessoa e profissional que me tornei.

À Deus, pela dádiva da vida! Agradeço pela força, sabedoria e perseverança concedidas ao longo dessa jornada. Em momentos de dificuldade, encontrei em sua graça o consolo e a motivação para seguir em frente.

Às pessoas em situação de rua participantes deste estudo, dividindo seus conhecimentos e suas histórias, aceitando fazer parte da construção desta pesquisa, e que me ensinam a enxergar a vida com outros olhos.

Por fim, essa conquista é fruto de merecimento. Sempre me inquietei com o conforto e comodismo, movimentar faz parte do meu ser, se hoje sou mestre é por mérito.

RESUMO

Introdução: A população em situação de rua representa uma parcela da população do mundo que convive com vulnerabilidades, justificada pela violação dos direitos fundamentais básicos garantidos na Constituição Federal. O ambiente, as questões culturais e sociais influenciam no processo de saúde, bem como no evento biológico de adoecer. Na tentativa de ordenar as diferentes concepções sobre o processo da doença à cura, os Itinerários Terapêuticos surgem como uma estratégia frente às relações estabelecidas das experiências vividas. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo compreender os Itinerários Terapêuticos da população em situação de rua do município de Palmas, Tocantins. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa. A abordagem quantitativa utilizou as informações do sistema de informações E-SUS para analisar as variáveis: número de pessoas em situação de rua cadastrados e acompanhados pela Equipe do Consultório na Rua em setembro de 2023, bem como o perfil desse público quanto à idade, gênero e escolaridade, que foram analisadas por meio de estatística descritiva e na abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas e analisadas utilizando a técnica do discurso do sujeito coletivo. **Resultados:** Das 178 pessoas em situação de rua cadastradas em setembro de 2023 pela equipe do consultório na rua, 86% são sexo masculino, 67% estão na faixa etária entre 25 e 49 anos e 58% estudaram até o ensino fundamental. Participaram da entrevista 13 pessoas em situação de rua, desses três são analfabetos, seis estudaram o ensino fundamental e quatro estudaram o ensino médio. A idade média dos participantes é de 44 anos e a permanência média em situação de rua é de 17 anos. Ao analisar as entrevistas utilizando a técnica do discurso do sujeito coletivo, foram encontradas duas ideias centrais dentro do tema “o que é ter saúde?”, três ideias centrais dentro do tema “o que é ter doença?”, quatro ideias centrais no eixo “onde procura cuidado/o que faz?” e duas ideias centrais no tema “tem o problema resolvido?”, totalizando 11 discursos que evidenciaram itinerários terapêuticos com práticas de cuidado desde o uso de medicação caseira e medicações alopáticas à procura de serviços de saúde de acordo com a queixa, além disso, os discursos exprimem práticas de oração para a cura e apoio as necessidades de saúde, o uso de substâncias psicoativas para minimizar suas aflições, bem como a busca de cuidados frente a rede de apoio existente. **Considerações finais:** Os itinerários terapêuticos da população em situação de rua têm uma pluralidade terapêutica com o objetivo de alcançar a “saúde” ou a “cura” mediados pelo experimentar de uma complexa rede de relações político-sociais. A forma de existir das pessoas em situação de rua se interage com os vários saberes e práticas de cuidado, tendo significado na medida em que os sentidos de interrelacionam. Esse trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-chave: população em situação de rua; itinerários terapêuticos; atenção primária à saúde; determinantes sociais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The homeless population represents a portion of the world's population that lives with vulnerabilities, justified by the violation of basic fundamental rights guaranteed by the Federal Constitution. The environment, cultural and social issues influence the health process, as well as the biological event of becoming ill. In an attempt to organize the different conceptions about the process from illness to cure, Therapeutic Itineraries emerge as a strategy in the face of established relationships of lived experiences. **Objective:** This study aims to understand the Therapeutic Itineraries of the homeless population in the city of Palmas, Tocantins. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative and quantitative approach. The quantitative approach used information from the E-SUS information system to analyze the following variables: number of homeless people registered and monitored by the Street Clinic Team in September 2023, as well as the profile of this population in terms of age, gender, and education, which were analyzed using descriptive statistics. In the qualitative approach, semi-structured interviews were recorded and analyzed using the collective subject discourse technique. **Results:** Of the 178 homeless people registered in September 2023 by the Street Clinic Team, 86% are male, 67% are between 25 and 49 years old, and 58% have completed elementary school. Thirteen homeless people participated in the interview, of which three are illiterate, six have completed elementary school, and four have completed high school. The average age of the participants is 44 years, and the average length of time they have been homeless is 17 years. When analyzing the interviews using the collective subject discourse technique, two central ideas were found within the theme “what does it mean to be healthy?”, three central ideas within the theme “what does it mean to be sick?”, four central ideas in the axis “where do you seek care/what do you do?” and two central ideas in the theme “has the problem been resolved?”, totaling 11 discourses that evidenced therapeutic itineraries with care practices ranging from the use of home medication and allopathic medications to the search for health services according to the complaint. In addition, the discourses express practices of prayer for healing and support for health needs, the use of psychoactive substances to minimize their afflictions, as well as the search for care in the face of the existing support network. **Final considerations:** The therapeutic itineraries of the homeless population have a therapeutic plurality with the objective of achieving “health” or “cure” mediated by the experience of a complex network of political-social relations. The way in which people living on the streets exist interacts with various types of knowledge and care practices, and has meaning as the meanings are interrelated. This Master's degree work is the result of the stricto sensu Professional Master's Degree in Family Health Postgraduate Program (PROFSAÚDE).

Key-words: homeless population; therapeutic itineraries; primary health care; social determinants of health.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Síntese das ideias centrais e ancoragens com os respectivos códigos dos participantes..... | 28 |
| Quadro 2 – Apresentação do DSC por ideias centrais..... | 30 |
| Figura 1 – Itinerário terapêutico da população de rua do município de Palmas, Tocantins..... | 37 |
| Figura 2 – Itinerário terapêutico como rede de apoio da população de rua do município de Palmas, Tocantins..... | 38 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Número absoluto e porcentagem das pessoas em situação de rua cadastradas pela Equipe do Consultório na Rua de Palmas por faixa etária, 2023..... | 25 |
| Tabela 2 – Número absoluto e porcentagem das pessoas em situação de rua cadastradas pela Equipe do Consultório na Rua de Palmas por grau de escolaridade, 2023..... | 25 |
| Tabela 3 – Quantidade de atendimento da população em situação de rua de Palmas, por serviço de saúde, de 2016 a 2023..... | 26 |
| Tabela 4 – Número absoluto e porcentual dos principais CID da população em situação de rua de Palmas, de 2016 a 2023..... | 27 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AC | Ancoragem |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPP | Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CID | Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde |
| DSC | Discurso do Sujeito Coletivo |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| ECH | Expressão chave |
| eCR | Equipes de Consultório na rua |
| Emulti | Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária a Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FAMEMA | Faculdade de Medicina de Marília |
| FESP | Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas |
| IC | Ideia central |
| IT | Itinerários Terapêuticos |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PSP | População em situação de rua |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SPA | Substâncias psicoativas |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPAS | Unidades de Pronto Atendimento |
| USF | Unidade Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | OBJETIVOS | 16 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 16 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 16 |
| 3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 17 |
| 4.1 | Contextualização da Rede de Atenção à Saúde do município de Palmas | 17 |
| 4.2 | Políticas voltadas à população em situação de rua..... | 18 |
| 4.3 | Itinerário terapêutico | 20 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODO | 22 |
| 5.1 | Tipo e Cenário de Estudo | 22 |
| 5.2 | Período, variáveis e coleta de dados..... | 22 |
| 5.3 | Análise dos dados | 24 |
| 5.4 | Aspectos éticos | 25 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 26 |
| 6.1 | Análise dos dados do Sistema de Informação E-SUS | 26 |
| 6.2 | Análise dos discursos do sujeito coletivo | 29 |
| 6.3 | Itinerário terapêutico da PSR de Palmas..... | 38 |
| 6 | PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO..... | 42 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 60 |
| | REFERÊNCIAS | 62 |
| | APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA | 69 |
| | APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 70 |
| | APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD) | 72 |
| | APÊNDICE D – TERMO DE RESPONSABILIDADE..... | 73 |

1 INTRODUÇÃO

Pesquisar é um ato de refletir sobre a realidade de forma sistemática, mas um pesquisador carrega consigo uma história. Minha história como pesquisadora começa aos meus 17 anos, quando, ao finalizar o ensino médio, decidi me aventurar na formação acadêmica na perspectiva do ensino com formato em metodologia ativa, ocasião na qual ingressei na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) no curso Bacharel em Enfermagem (2010-2013), no interior de São Paulo. Nesta instituição tive a oportunidade de colocar em prática o ‘meu eu’, pois sempre tive instinto crítico/reflexivo, e estudar na FAMEMA, oportunizou ainda mais esse amadurecimento, bem como o desenvolvimento de novas capacidades.

O ‘meu eu’ é repleto de empatia e de sensibilidade com as pessoas e permeado de desafios com os processos de vida, e por isso decidi sair do ‘mundo’ interiorano e me aventurar em uma capital no Estado do Tocantins para cursar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (2014-2016) pela Universidade Luterana de Palmas em parceria com a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), tendo como base também o ensino com processos educacionais em metodologia ativas. Essa decisão teve como intuito vivenciar a diversidade cultural, aplicar o que aprendi ao longo da faculdade em um ‘território’ totalmente diferente, e foi nesse percurso que me encantei e tive a possibilidade de me aproximar das populações vulnerabilizadas, pois atuei em uma unidade básica de saúde totalmente dependente do serviço público.

Após a finalizar a residência fui convidada a participar da implantação da primeira Equipe de Consultório na Rua do Estado do Tocantins, no município de Palmas (2016), que é formada por uma equipe multiprofissional da Atenção Primária, mas que atua de forma itinerante, vivenciando o ambiente que as pessoas em situação de rua estão inseridas, no qual permaneço até hoje com enfermeira. Neste mesmo ano, mais dois eventos marcantes aconteceram, passei no processo seletivo para ser preceptora da residência multiprofissional no campo do consultório na rua e também comecei minha atuação profissional como professora do curso de enfermagem em uma instituição de ensino superior, junto a essas oportunidades, fui inserida em formações educacionais que contribuiu ainda mais com minha evolução na docência, operando de forma oportuna o aprende a aprender e contribuir na formação acadêmica de alunos e profissionais do Sistema Único de Saúde.

Duas paixões que andam juntas: a assistência às pessoas em situação de rua, que demanda afeto, cuidado, zelo, compromisso; e à docência. O que me motivou ingressar no Mestrado Profissional em Saúde da Família e me propor a pesquisar as populações

vulneráveis, que vai de encontro ao que acredito, promover conhecimento para fomentar práticas exitosas e a transformação profissional e social.

Essa trajetória me levou a refletir sobre como o modo de vivenciar o adoecer perpassa pelas experiências individuais de cada pessoa. O meio em que se vive no âmbito cultural e social influenciam no processo, bem como o evento biológico de adoecer. Além disso, as escolhas terapêuticas comumente estão atreladas às relações estabelecidas às experiências vividas e as interpretações adquiridas durante suas histórias de vida (Kleinman, 1980).

É nesse contexto que surgem os Itinerários Terapêuticos (IT), na tentativa de ordenar as diferentes concepções sobre o processo da doença à cura. Essa temática adquiriu grande importância, na medida que os pensadores relacionaram que os fatores extrabiológicos influenciam diretamente no processo da doença. Foi a partir daí que estudiosos da socioantropologia sugeriram que há diferentes concepções sobre os modos de cuidados terapêuticos, bem como distintos caminhos que podem ser percorridos na busca por tratamento (Alves; Souza, 1999; Toniol, 2015; Brasil; Campos; Amaral, 2023). Ao considerar os itinerários terapêuticos como um processo, a vivência das pessoas, famílias e/ou grupo devem ser consideradas, ainda sim, também se faz necessário compreender suas trajetórias nos diferentes sistemas de cuidado.

A partir do debate entre as diferentes concepções dos autores que tratam sobre a temática dos modos de cuidado, Kleinman (1978; 1980) estabeleceu a teoria sobre IT. A teoria estabelecida por ele se divide em três arenas sociais (subsistemas): a arena profissional, que está diretamente ligada à medicina científica; o sistema popular/folk, quando a pessoa procura assistência a especialistas não oficiais, como é o caso de intervenções relacionadas a crenças/curandeiras; e a arena informal, quando uma pessoa recorre a informações leigas, por exemplo, a automedicação.

Essa divisão em arenas considera a produção de cuidado subjetiva, ou seja, a partir das escolhas realizadas ao longo da vida. No que tange o delineamento das trajetórias no sistema profissional, o cuidado pode ser encontrado em tudo que se aglutina sob a forma de ações e intervenções nos diferentes dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (Martines; Machado, 2010).

O direito à saúde é um reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural, desde a constituição da Organização Mundial da Saúde (1946). Foi a partir da reforma sanitária no Brasil, em meados da década de 1970, que a saúde se consolidou como direito de todos os cidadãos. Esse movimento se destacou pela luta por uma saúde pública mais

equitativa, acessível e universal, transformando a forma como o Estado se relaciona com a população em termos de políticas de saúde (OMS, 1946).

O direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988, emerge como um dever do Estado e um direito fundamental da pessoa. A reforma sanitária trouxe à tona a necessidade de um sistema de saúde que não apenas atendesse à doença, mas que promovesse o bem-estar, prevenindo agravos e promovendo a qualidade de vida. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, garantido a todos os brasileiros acesso a serviços de saúde, independentemente de sua condição social ou econômica (Paiva; Teixeira, 2014).

Se tratando das experiências do adoecer, bem como da produção do cuidado subjetivo frente aos determinantes da saúde, a população em situação de rua (PSR) convive cotidianamente com a violação dos direitos fundamentais básicos garantidos na Constituição Federal em seus diversos contextos, sofrendo frente às iniquidades e desigualdade social (Alvarenga; Gulisz, 2022).

Entretanto, é a partir desse cenário de enfrentamento das necessidades do coletivo de pessoas em situação de rua, que as esferas governamentais vêm reconhecendo e oportunizando a visibilidade e inserção deste grupo para a devida efetivação das políticas públicas.

No que tange o acesso à saúde, os avanços para esse grupo específico começaram a ser problematizado em 2008, com a implantação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, com o intuito de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas para as pessoas em situação de rua (Brasil, 2009).

A princípio, a proposta implantada conhecida como Consultório de Rua objetivou o atendimento às necessidades da população em situação de rua extramuros dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, oferecendo atendimentos dirigidos as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas em condições de maior vulnerabilidade e distanciados da rede dos serviços de saúde e intersetoriais (Brasil, 2010).

A partir de 2011, o Ministério da Saúde, por meio da implementação da Política Nacional de Atenção Básica, que foi revisada em 2017, aprovou e estabeleceu às Equipes de Consultório na Rua (eCR), como dispositivo para a ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, oferecendo de maneira oportuna atenção integral à saúde para esse grupo populacional, devendo, quando necessário, se articular com todos os pontos da rede de atenção à saúde, bem como com os componentes de outras instituições públicas e da sociedade civil (Brasil, 2009a; 2009b; 2010; 2017).

Segundo um diagnóstico realizado no Brasil, em 2022, constavam 236.400 pessoas cadastradas como pessoa em situação de rua no Cadastro Único vinculados a Secretaria de Assistência Social, com predomínio nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Bahia e Rio Grande do Sul (Brasil, 2023). O Tocantins é o penúltimo estado com menor número de pessoas em situação de rua vinculados ao Cadastro Único, totalizando 279 pessoas em situação de rua, sendo 131 residentes de Palmas. Esse dado é divergente quando comparado com o sistema de informação da saúde a nível municipal de Palmas, pois em 2023, constavam 178 pessoas cadastradas pela Secretaria Municipal de Saúde (Palmas, 2023).

A população em situação de rua vivencia a realidade frente às vulnerabilidades impostas pelo ambiente e sociedade. O debate em torno da vulnerabilidade iniciou em meados de 1970, após a crise estrutural que gerou um empobrecimento da classe trabalhadora. Para Busso (2001), a vulnerabilidade é entendida como um processo multidimensional que converge ao risco ou probabilidade. A vulnerabilidade pode estar ligada a vários fatores e exprime em diferentes níveis de análise e dimensões o desenvolvimento das condições de vida social (econômicas, políticas, culturais, ambientais).

A vulnerabilidade associada aos sujeitos (pessoa e/ou coletivo) podem ser aplicadas em três contextos: ao componente individual, relativo ao processamento de informações sobre um devido problema, bem como a capacidade de operá-las para a construção de práticas protetoras; o componente social, que compreende o poder de influenciar social e politicamente almejando segurança, proteção e livre expressão; e o componente programática, relacionado a qualidade e ao funcionamento de serviços e programas de controle. Foi a partir do conceito de vulnerabilidade que a nomenclatura “populações vulnerabilizadas” ou “situações de vulnerabilização” substituíram os termos “populações vulneráveis” ou “situações vulneráveis”, que remete a um termo conotativo aos “grupos marginalizados”. Essa ruptura terminológica se finda ao considerar os aspectos sociais e territoriais, a partir da determinação social, nas políticas públicas (Ayres *et. al.*, 2022; Santos; Silva; Jurgensen, 2024).

Desta maneira, ao considerar a noção do risco em saúde e os processos de vulnerabilidade, um dos modelos proposto para analisar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Dentre eles, o de Dahlgren e Whitehead, é expresso em camadas os DSS, desde a camada mais próxima dos determinantes individuais relacionado a características individuais como, idade, sexo, estilo de vida até a camada mais distal referente as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, que antecede o nível das condições de vida e

trabalho. No nível que representa os fatores relacionados às condições de vida, de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais disponíveis à população, a vulnerabilidade dos sujeitos e grupos populacionais podem estar relacionados ao desamparo institucional, que impacta negativamente no enfrentamento das necessidades das pessoas, que acabam buscando outros percursos para minimizar os riscos referentes à vida, como modo de sobrevivência, devido às desvantagens sociais (Dahlgren; Whitehead, 1991; Busso, 2001).

Deslocar-se frequentemente faz parte da dinâmica de vida da PSR, seus trajetos não seguem uma rota definida. Essa população é exposta às vulnerabilidades sociais e, por isso, entender o Itinerário Terapêutico percorrido em busca do cuidado nos ajuda a compreender os sentidos atribuídos ao adoecer, além de revelar os determinantes do processo saúde-doença nessa população. Em busca de melhorar a oferta de cuidados, é importante entender o percurso que a população de rua percorre durante o processo de saúde doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os Itinerários Terapêuticos da população em situação de rua do município de Palmas, Tocantins.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os modos de cuidado em saúde das pessoas em situação de rua;
- Descrever o quantitativo de acessos da população em situação de rua aos dispositivos da saúde da rede municipal de Palmas entre os anos de 2016 e 2023;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população em situação de rua;
- Elaborar manual informativo sobre dispositivos voltados para atendimento às demandas da população em situação de rua do município de Palmas/TO.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Contextualização da Rede de Atenção à Saúde do município de Palmas

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) se organizam para dar respostas e atender as necessidades da população brasileira, no que tange os aspectos que permeiam o processo saúde doença. A organização da rede de saúde é constituída, segundo Mendes (2019), com três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção.

A análise da situação da população em seus aspectos socioeconômico, demográfico, epidemiológico e comportamental deve ser levado em consideração ao delinear o funcionamento da RAS para atender o objetivo dos arranjos organizativos das ações e serviços de saúde voltadas para as necessidades individuais e coletivas da população. A Rede de Saúde se caracteriza pela formação de diferentes serviços com relações horizontais, verticais e de diferentes densidades tecnológicas entre os pontos de atenção, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a responsável pela coordenação e gestão do cuidado (Nakata *et al.*, 2020).

A RAS tem como proposição a gestão de políticas e projetos, viabilizando recursos, ações e serviços para dirimir e resolver as demandas de saúde pública da sociedade, ficando a critério de cada esfera governamental, a implantação dos pontos de atenção, mediante análise situacional, a fim de oportunizar um cuidado que atenda às necessidades da sociedade (Mendes 2019).

A formação acadêmica frente ao cuidado ofertado pelos profissionais do Sistema Único de Saúde, dentre outras problemáticas, é apontada como um fator de influência no que tange a prescrição de cuidados. Nos documentos norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de cuidado indicadas estão voltadas para o modelo de atenção integral e integrado, perpassando as necessidades biopsicossociais (Nakata *et al.*, 2020).

No município de Palmas, essa rede é constituída por dispositivos vinculados à Atenção Primária, Média e Alta Complexidade. Na Atenção Primária à Saúde (APS), consta 85 equipes de saúde da família cadastradas, 75 Equipes de Saúde Bucal, uma Equipe de Consultório na Rua, além de 13 equipes multiprofissionais (Palmas, 2023).

As necessidades da população em situação de rua perpassam todas as políticas públicas, sendo também, a Equipe de Consultório na Rua, a extensão das ações e serviços do Sistema Único de Saúde e das outras políticas públicas. A eCR do município de Palmas foi

implantada em 2016 e, desde então, vem realizando atendimentos multiprofissionais *in loco* e oportunizando ainda acesso aos outros serviços da rede intra e intersetorial. Isso ocorre de acordo com a necessidade individual e/ou coletiva da PSR, entretanto, a eCR não é a única estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) para essa população, que pode acessar qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS), já que essas, flutuam pelos territórios (Palmas, 2016).

As características da população em situação de rua necessitam ser consideradas no atendimento às suas necessidades, como prerrogativa dos princípios e diretrizes do SUS, pois a dinâmica de vida das mesmas é flutuar entre cidades, municípios e estados. Para isso, se faz necessário uma RAS estruturada e organizada para dar respostas às necessidades ampliadas da PSR (Brasil, 2009).

4.2 Políticas voltadas à população em situação de rua

Estudos indicam que o surgimento da população de rua, como parte integrante da sociedade, surgiu em meados da década de 1760, durante a Revolução Industrial (1760-1840) em Londres, quando os camponeses e pequenos produtores foram expulsos dos seus territórios, devido ao surgimento do sistema capitalista. Sem moradia, devido à posse de seus ambientes, os camponeses começaram a vagar pelas ruas em busca de oportunidade e pela sobrevivência.

Na medida em que se originou o capitalismo, as pessoas se expuseram a condições de trabalho eventuais, levando a uma fragmentação da população, os que tinham acúmulo de riquezas e àqueles que estavam perambulando pelas ruas e/ou nas redondezas das indústrias (Sicari; Zanella, 2018).

Embora a existência de pessoas em situação de rua tenha uma extensa história, autores correlacionam o impacto do capitalismo no surgimento da temática sobre as desigualdades sociais. De fato, foi a partir desse movimento que a temática começou a ser debatida. Em seus estudos, Iamamoto (2001) aponta que a questão social se originou enquanto parte construtiva das relações sociais do capitalismo, devido ao desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social.

No Brasil, desde a década de 1990, o número de pessoas nos grandes centros urbanos e áreas periféricas vem aumentando exponencialmente. A partir dessa realidade constatada, em meados de 2006, pelo Decreto s/nº, de 25 de outubro, iniciou estudos voltados para as PSR, com objetivo de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas à população desse segmento (Brasil, 2006).

Com esse avanço, o Poder Executivo Federal instituiu, em meados de 2009, a Política Nacional para a população em situação de rua, que subsidiou oficialmente o reconhecimento deste grupo populacional. Em 2024, o Governo Federal publicou uma lei como avanço das políticas públicas em prol da PSR e define esse grupo como

constituído por características heterogêneo que tem em comum a falta de moradia e utiliza os logradouros públicos como espaço de moradia e de sustento, bem como as unidades de acolhimento institucional para pernoite eventual ou provisório, podendo tal condição estar associada a outras vulnerabilidades como a pobreza e os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (Brasil, 2024, s.p.).

No tocante a efetivação de ações e serviços para as pessoas, em 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, que foi revisada e atualizada em 2017, ocorreu a publicação das diretrizes para a implantação das Equipes de Consultório na Rua (Brasil, 2017).

As equipes dos Consultórios na Rua desenvolvem ações de Atenção Básica e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica, são dotadas de composição multiprofissional e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. O objetivo é realizar as atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às unidades básicas e, quando necessário, também com as equipes dos Centro de Atenção Psicossociais (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção intra e/ou intersetorial, de acordo com a necessidade da pessoa (Brasil, 2011).

Os avanços políticos frente aos enfrentamentos das necessidades voltadas para a população em situação de rua vêm sendo oportunizados na medida que políticas públicas intersetoriais se consolidam. Esse fato é explicado com a iniciativa do Governo Federal, ao publicar a Resolução Nº 425, de 8 de outubro de 2021, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades, bem como a publicação da Lei Nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024, que instituiu a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para População em Situação de Rua. Esta tem por objetivo promover direitos humanos das pessoas em situação de rua ao trabalho, à renda, à qualificação profissional e à elevação da escolaridade (Brasil, 2024).

As normativas fundamentadas em prol da população em situação, como citadas no parágrafo anterior e outras, oportunizam a aproximação e o diálogo entre as esferas governamentais, bem como, entre os três poderes públicos, com objetivo de construir, em

conjunto, uma rede coesa para acesso a bens e serviços à população em situação de rua. Uma vez que essas políticas surtam o efeito desejado, pode-se esperar que haja reflexos no IT da PSR.

4.3 Itinerário terapêutico

O itinerário terapêutico traduz as estratégias de busca das pessoas para solucionar um problema e possibilita identificar a influência de um determinado contexto em que as pessoas e/ou coletividade percorrem como projeto de tratamento. Partindo deste pressuposto, os caminhos e movimentos traçados na busca de cuidado devem levar em consideração os fatores que influenciam nas decisões, que são multifatoriais, seja pela cultura, educação, condição socioeconômica e experiências prévias, por exemplo (Couto *et al.*, 2023; Muhl, 2020).

Ao analisar os itinerários terapêuticos é preciso considerar que a busca pelo cuidado tem estreita relação com o modelo de saúde, com os aspectos culturais e as condições socioeconômicas. Nesse sentido, Kleinman (1980), ao descrever os subsistemas possíveis na organização do itinerário terapêutico considera a articulação entre elementos ligados à saúde, doença e cuidados à saúde, que tem como pressuposto a experiência da pessoa frente aos sintomas da doença, as condutas do doente referente ao tratamento, bem como as práticas terapêuticas utilizadas e os resultados.

Com o itinerário terapêutico é possível investigar, além das doenças, os sofrimentos, as aflições, perturbações, as situações e as experiências do adoecer. Através do IT, independentemente de existir fluxos e/ou protocolos específicos e padronizados, as pessoas tecem suas próprias trajetórias, partindo de suas vivências, necessidades, crenças, delineando e delimitando seu caminho no sistema de saúde, expressando seu modo de agir e significando a produção de cuidado (Gerhard *et al.*, 2016).

Para Pinheiro, Silva e Mattos (2008), a forma como a pessoa, ao longo das experiências de adoecer, delimita seus arranjos organizativos frente a adesão ou não aos tratamentos prescritos e de suas redes sociais, incluindo ou não as redes de serviços, evidencia aspectos simbólicos e socioculturais no cuidado.

Os itinerários terapêuticos são construídos pelas pessoas na medida em que elas percorrem suas escolhas, sendo efetivas ou não. As nuances que existem ao longo do trajeto geram uma certa resignação, que interfere nas próximas decisões no que tange as escolhas referentes às suas necessidades de saúde, além disso, os IT relacionam as possibilidades do

experimental que perpassa por uma intencionalidade, àquela relacionada à busca do ser humano em dirimir suas necessidades biopsicossociais, dando atribuição de sentido e significado a essa experiência (Couto *et al.*, 2023; Muhl, 2020).

Ainda que pesquisas envolvendo IT delineiam os percursos das pessoas no processo saúde-doença, ainda sim haverá outras possibilidades atreladas aos IT de uma pessoa ou de um grupo específico, devido às múltiplas compreensões e sentidos que permeiam o processo de adoecimento e as experiências humanas (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019).

Estudos apontam que os itinerários terapêuticos de pessoas e/ou populações vulnerabilizadas têm sido abordados amplamente na literatura, com foco nas barreiras que essas pessoas enfrentam ao acessar os cuidados de saúde. Os autores enfatizam que fatores sociais, econômicos e culturais influenciam profundamente nesses itinerários, moldando a maneira como as pessoas buscam e recebem cuidados (Santos; Kind, 2022).

Uma das principais preocupações levantadas nos estudos diz respeito à desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Populações vulnerabilizadas e grupos socioeconomicamente desfavorecidos frequentemente enfrentam desafios significativos, incluindo pobreza, falta de transportes adequados, discriminação e estigma. Essas barreiras podem resultar em atrasos no diagnóstico e tratamento (Muhl, 2020; Oliveira *et al.*, 2022).

Em sua pesquisa, Couto *et al.* (2023) enfatiza a importância da experiência subjetiva das pessoas ao longo de seu itinerário terapêutico. Muitas vezes, a percepção de eficácia dos serviços de saúde é prejudicada por experiências negativas anteriores, como falta de empatia ou desconfiança dos profissionais de saúde.

Desse modo, cabe apontar que os trajetos escolhidos pelas pessoas são cíclicos e temporários, e sempre que acontecer uma nova demanda, poderá chegar um novo conselho, uma nova tática, uma nova indicação de profissional, um novo dispositivo da saúde etc. (Muhl, 2020).

A partir do exposto, podemos perceber que distância entre a criação das políticas públicas e sua efetivação perpassa pelo mundo vivido e sensível do processo de vulnerabilidades da PSR. Nesse sentido, colocar a análise sob o ponto de vista do IT retira do foco de análise a perspectiva hegemônica da biomedicina, e proporciona uma compreensão mais próxima do real cotidiano das pessoas em situação de rua. Essa aproximação entre real e ideal revela-se uma condição primordial para a busca de melhores condições de saúde.

4 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo e Cenário de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. De acordo com Marconi e Lakatos (2019), a pesquisa exploratória-descritiva combinadas possibilita descrever a análise empírica de um determinado fenômeno, e emprega-se tanto na abordagem de análise de dados qualitativa quanto quantitativa. Os estudos quantitativos descritivos têm como principal finalidade o delineamento de fatos ou fenômenos.

Para Papa e Maio (2011), as pesquisas com abordagens quantitativas e qualitativas são mais utilizadas quando envolve a saúde, uma vez que a atenção à saúde lida com pessoas e há uma interação humana entre os sujeitos e a interpretação dos fatos. A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências, e quando complementada à abordagem quantitativa, pode ser usada para desvelar os processos sociais.

A cidade de Palmas localiza-se na Região Norte do Brasil na região central e é a capital do Estado do Tocantins. Possui uma população estimada de 302.692 pessoas (IBGE, 2022). A APS do município conta com 34 Unidades de Saúde da Família (USF), três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), seis equipes Unidades Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência, dois Centros de Atenção Psicossocial, sendo um na modalidade II (CAPS II) e o outro na modalidade Álcool e outras Drogas III (CAPS ADIII), e oito Centros de Atendimento especializado.

5.2 Período, variáveis e coleta de dados

A pesquisa ocorreu em duas etapas e iniciou após a apreciação e autorização das instâncias necessárias.

Na primeira etapa foi realizada a solicitação ao gestor do Sistema de Informação E-SUS versão 5.0.16 a captação dos dados quantitativos, que é fornecido pelo Ministério da Saúde para uso no âmbito da rede de saúde municipal de Palmas - TO.

As variáveis solicitadas foram: número de pessoas em situação de rua cadastrados e acompanhados pela Equipe do Consultório na Rua em setembro de 2023, bem como o perfil desse público quanto à idade, gênero e escolaridade. Além disso, foram extraídos os

atendimentos realizados pelos dispositivos da saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde (Estratégia Saúde da Família - ESF, Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - Emulti, Equipe do Consultório na Rua - eCR) e a Atenção Secundária (Ambulatórios de especialidade, Centro de Atenção Psicossocial - CAPSs, Unidades de Pronto Atendimento - UPAs) do município de Palmas, entre os anos de julho de 2016 e setembro de 2023 quanto às variáveis dos motivos que levaram a população em situação de rua a buscar atendimento de saúde, bem como os serviços de saúde mais frequentados.

A escolha pelo início do período para a coleta dos dados secundários se deu devido a equipe do consultório na rua do município de Palmas ter sido implantada em julho de 2016 (Palmas, 2016).

Na segunda etapa, os dados foram coletados individualmente, mediante entrevistas semiestruturadas seguindo um roteiro elaborado pela própria pesquisadora (Apêndice A).

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Palmas, localizada no estado do Tocantins, e utilizou como ponto de partida para a seleção dos entrevistados às abordagens junto a eCR, pois a pesquisadora responsável é profissional atuante desta equipe e presta atendimento à saúde *in loco* à população em situação de rua. Isso se justifica devido ao vínculo construído, bem como os territórios que essa população está inserida.

O local da entrevista foi escolhido pelo participante, ocorrendo no local de permanência dele ou em algum dispositivo da rede intra ou intersetorial, prezando por um ambiente que garantisse privacidade e individualidade.

As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante e nos casos que não foi possível a leitura pelo mesmo, seja pelo grau de escolaridade e/ou outro motivo, a pesquisadora realizou a leitura na íntegra, bem como a explicação do termo. Após a leitura, os participantes deram o consentimento de forma escrita, assinando o TCLE, e/ou de forma oral e gravada, conforme a Resolução nº 510 (Brasil, 2016).

A amostra da pesquisa considerou a técnica de amostragem não probabilística por conveniência e se deu por saturação, que segundo Minayo (2008), não tem como prioridade o critério numérico (número da amostra), e sim os aspectos relacionados à compreensão do fato social a ser investigado.

Como critério de inclusão foram considerados:

- As pessoas em situação de rua que tinha acima de 18 anos de idade;
- Que estavam sob o acompanhamento da eCR;

- Que estavam com bom estado geral de saúde (orientação temporal e espacial) no momento do convite para participar da entrevista;

- Que estavam há mais de cinco anos em situação de rua.

Foi utilizado como critério de exclusão:

- Aqueles que não possuíam cadastro no sistema de informação E-SUS no momento do convite;

- Que não assinaram o TCLE e/ou não verbalizaram o aceite voluntário para participar da pesquisa após a leitura do respectivo termo de consentimento e;

- Aqueles com discurso desorganizado no momento da abordagem.

Na etapa da pesquisa na qual ocorreram as entrevistas, foi utilizado um instrumento para auxiliar na coleta de dados (Apêndice A) constituído com questões para identificação da pessoa entrevistada e por quatro questões norteadoras, sendo elas: o que é ter saúde para você (exemplifique)?, o que é estar doente para você (exemplifique)?, quando você precisa cuidar da sua saúde, o que você faz e/ou aonde você procura (especifique o tipo de apoio)?, e você considera que essa busca/apoio solucionaram seus problemas?

As falas foram gravadas utilizando um gravador portátil, de forma individualizada e durou entre quatro e onze minutos. Houve entrevistas que aconteceram no momento de identificação e convite dos voluntários e outras se deram em dias e horários agendados, após atendimento na unidade de saúde da família.

5.3 Análise dos dados

Os dados secundários foram compilados e organizados em planilhas no programa Microsoft Excel e foi realizado a aplicação da funcionalidade das tabelas dinâmicas do programa. Foram analisados em forma de estatística descritiva, utilizando as variáveis da amostra: sexo, idade, faixa etária, escolaridade, estabelecimentos de saúde acessados e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde (CID).

As entrevistas foram transcritas no programa Microsoft Word e posteriormente tabuladas no programa Microsoft Excel, o que permitiu estabelecer uma identificação visual do material coletado no campo de estudo, bem como a aplicação do método de análise dos dados.

Para isso, foi necessário desenvolver uma base modelo no Microsoft Excel para a tabulação das informações, que foram dispostos por linhas e colunas, sendo que na primeira linha foi representada pela variável estudada, 'o que é ter saúde?', na segunda linha pela

variável ‘o que é ter doença?’, na terceira linha pela variável ‘onde procura o cuidado/o que faz?’ e na quarta e última linha, pela variável ‘tem o problema solucionado?’.

Em seguida foi acrescentado 13 colunas referente a cada participante da pesquisa, além de colunas adjacentes, referente às Ideias Centrais (IC), Ancoragens (AC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Após a leitura prévia das entrevistas transcritas, foram selecionados os trechos de cada participante condizentes com as variáveis pesquisadas e depositados na planilha, formando um condensado de citações. Após essa etapa, foi aplicado a técnica do DSC que, segundo Lefevre e Lefevre (2006), consiste em percorrer etapas pré-existentes, após a definição da questão/problema das entrevistas. Essas etapas ocorreram sucessivamente, à medida que se avançou na metodologia proposta pelos autores.

Na primeira etapa foi realizado a identificação das expressões chave (ECH) nos trechos dos participantes, por tema/pergunta, destacando em grifo a expressão chave, que são trechos que destacam a essência do conteúdo, podendo ter mais de uma por entrevista.

Na segunda etapa, foi realizada a leitura de todos os grifos por pergunta e participante e estabelecidas as IC, as quais revelaram de forma sintética e precisa os possíveis sentidos presentes, descrevendo na planilha as ideias centrais encontradas.

Na terceira etapa, foi identificadas as AC, que está ligada diretamente às marcas linguísticas/ideias genéricas/ideologia existentes e descritas na planilha por variável pesquisada, entretanto, nem sempre elas estão presentes em todos os discursos.

Por fim, a partir das informações encontradas e compiladas nessas etapas, foi possível descrever em um único discurso-síntese as ideias/posicionamentos da coletividade entrevistada por tema estudado, dispondo na planilha modelo os discursos construídos.

Por fim, buscou-se ainda a elaboração de um produto técnico. A partir da compreensão dos itinerários terapêuticos da população em situação de rua, os pesquisadores desenvolveram uma cartilha orientativa sobre as ações e serviços ofertados à população em situação de rua no município de Palmas, a fim de viabilizar as orientações de como podem acessar tais serviços.

5.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas sob o parecer nº 6.234.249 e pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da Prefeitura Municipal de Palmas sob o parecer nº 225.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análise dos dados do Sistema de Informação E-SUS

A partir dos dados extraídos do Sistema de Informação Vigente (E-SUS), constatou-se 178 pessoas em situação de rua cadastradas pela Equipe do Consultório na Rua no município de Palmas em setembro de 2023. A partir desses dados foi possível caracterizar o perfil sociodemográfico da PSR quanto ao sexo, idade, escolaridade, bem como o perfil de utilização dos serviços de saúde e dos agravos de saúde.

Essas pessoas são majoritariamente do sexo masculino (86%). Na tabela 1, são apresentadas as informações quanto a idade das PSR

Tabela 1 – Número absoluto e porcentagem das pessoas em situação de rua cadastradas pela Equipe do Consultório na Rua de Palmas por faixa etária, 2023.

| Pirâmide etária | Quantidade | Percentual |
|-----------------|------------|------------|
| 20-24 | 5 | 2,8% |
| 25-29 | 16 | 8,9% |
| 30-34 | 18 | 10,0% |
| 35-39 | 27 | 15,0% |
| 40-44 | 39 | 21,7% |
| 45-49 | 21 | 11,7% |
| 50-54 | 21 | 11,7% |
| 55-59 | 13 | 7,2% |
| 60-64 | 9 | 5,0% |
| 65-69 | 9 | 5,0% |
| 70-74 | 0 | 0,0% |
| 75-79 | 1 | 0,6% |
| 80-84 | 0 | 0,0% |
| 85-89 | 1 | 0,6% |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde (E-SUS)

Ao analisar a tabela 1, é notório que as idades prevaletentes estão entre a faixa etária de 25 a 49 anos, totalizando 67%. Na tabela 2 está expresso a escolaridade da PSR.

Tabela 2 – Número absoluto e porcentagem das pessoas em situação de rua cadastradas pela Equipe do Consultório na Rua de Palmas por grau de escolaridade, 2023.

| Escolaridade | Quantidade | Porcentagem |
|--|------------|-------------|
| Classe Alfabetizada – CA | 2 | 1,1% |
| Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries | 21 | 11,8% |
| Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries | 63 | 35,4% |
| Ensino Fundamental Completo | 19 | 10,7% |
| Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) | 1 | 0,6% |

| | | |
|--|----|------|
| Ensino Médio EJA (Supletivo) | 4 | 2,2% |
| Ensino Médio Especial | 3 | 1,7% |
| Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) | 14 | 7,9% |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde (E-SUS)

Ao compilá-los, fica evidente na tabela 2 que a maioria estudou até o ensino fundamental (58%). Vale salientar, que os dados referentes ao grau de escolaridade apresentam inconsistências, pois do total de acompanhados, 45 não constam vinculação de escolaridade no cadastro individual, impossibilitando a análise fidedigna desta característica da PSR de Palmas, entretanto, pode ser observado que majoritariamente há um predomínio de pessoas com escolaridade no ensino fundamental.

A caracterização do perfil quanto ao sexo, idade e escolaridade da população em situação de rua de Palmas se assemelham a um estudo seccional do tipo censitário envolvendo pessoas em situação de rua em Maringá, em 2020. O público-alvo desse estudo predominou 90% do sexo masculino, com idade média de 37,7 anos, permanecendo a maioria na faixa etária entre 25 a 44 anos. Quanto à escolaridade, 54% não tinha nenhum nível de instrução ou cursou apenas ensino fundamental/médio (Hungaro *et al.*, 2020).

A fim de complementar o objetivo da pesquisa em compreender os itinerários terapêuticos da população em situação de rua de Palmas, foi realizada uma busca de dados referente aos serviços de saúde mais procurados e frequentados pela população em situação de rua entre 2016 e 2023. Os dados dessa busca são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Quantidade de atendimento da população em situação de rua de Palmas, por serviço de saúde, de 2016 a 2023.

| Serviços de Saúde | Quantidade | Percentual |
|--|--------------|---------------|
| Ambulatório/Policlínica - ESPECIALIDADES MÉDICAS | 487 | 2,3% |
| Centros de Atenção Psicossocial | 9472 | 45,0% |
| Unidades Básicas de Saúde | 9545 | 45,4% |
| Equipes Consultório na Rua | 1449 | 6,9% |
| Unidades de Pronto Atendimento | 60 | 0,3% |
| Equipe de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário de Palmas | 21 | 0,1% |
| Total | 21034 | 100,0% |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde (E-SUS)

De acordo com a tabela 3, pode-se observar a importante ação da Política de Atenção Psicossocial como dispositivo para produzir cuidado frente às necessidades das pessoas em situação de rua, pois ao comparar o quantitativo de atendimentos realizados pelas 174 equipes vinculadas a APS (52,3%) e aqueles realizados pelas duas equipes de CAPS (45%), se supera

e denota como a PSR utiliza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender suas necessidades, mesmo sendo um serviço de portas abertas.

Muitos são os entraves frente aos princípios, diretrizes e atributos do Sistema Único de Saúde, sendo a equidade no acesso aos serviços de saúde um desafio enfrentado pela PSR. Os serviços vinculados a rede de saúde mental necessitam de uma estruturação com os outros pontos da rede para atender as demandas advindas dessa população, ofertando ações integrais e integradas, considerando que os CAPS são a principal porta de acesso escolhida. A disparidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde é expressa por desigualdades sociais que permeiam o acesso dessa população (Paiva; Guimarães, 2022; Teixeira; Braga; Azevedo, 2024).

Já em relação ao motivo que levou essas pessoas a procurarem os serviços de saúde, a tabela 4 apresenta os principais CID com os diagnósticos médicos.

Tabela 4 – Número absoluto e percentual dos principais CID da população em situação de rua de Palmas, de 2016 a 2023.

| Agravo | Quantidade | Percentual |
|---|-------------|---------------|
| Diarreia e gastroenterite | 11 | 0,4% |
| Tuberculose | 10 | 0,3% |
| Hanseníase | 44 | 1,5% |
| Dengue | 11 | 0,4% |
| Transtorno mental recorrente do uso de álcool e outras drogas | 650 | 21,5% |
| Outros transtornos mentais | 213 | 7,0% |
| Epilepsia | 37 | 1,2% |
| Hipertensão Arterial | 52 | 1,7% |
| Doença respiratória | 108 | 3,6% |
| Doenças ósseas/articulares | 150 | 5,0% |
| Cefaleia | 44 | 1,5% |
| Exame médico geral | 1389 | 45,9% |
| Observação e Avaliação | 45 | 1,5% |
| Cuidado médico não especificado | 134 | 4,4% |
| Emissão de prescrição de repetição | 44 | 1,5% |
| Infecções sexualmente transmissíveis | 81 | 2,7% |
| Total | 3023 | 100,0% |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Sistema de Informação em Saúde (E-SUS).

Ao analisar as principais causas que levaram as pessoas em situação de rua a procurarem os serviços de saúde do município de Palmas, observa-se que prevalece com 45,9% dos acessos refere ao exame médico geral, que de acordo com a Classificação Internacional de Doença (CID) não tem como fim a classificação de uma doença, mas sim a realização de um exame geral e de investigação em pessoas sem queixas. Em seguida, o tem-

se o CID para transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas (21,5%) e, em terceira posição, com 7% dos motivos de acesso, os agravos referentes a outros transtornos mentais.

Com relação ao fato evidenciado quanto ao diagnóstico frente ao exame médico geral, o resultado dos atendimentos médicos da PSR na rede de Palmas, evidenciado na tabela 4, pressupõe que os médicos utilizam esse código, dentro do sistema de Informação E-SUS como código final do atendimento podendo, inclusive, haver duplicidade ao inserir mais de um CID no atendimento.

Essas e outras informações são de suma relevância, no que tange a elaboração de uma linha de cuidado frente às necessidades dessa população, pois essas informações estabelecem relação com o perfil da população, a produção da saúde e das doenças dessa população, bem como, o modo como essa população vive (Silva; Pontes; Henrique, 2005).

6.2 Análise dos discursos do sujeito coletivo

As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2023 e março de 2024. A amostragem por saturação resultou na participação, no total de 13 pessoas em situação de rua na pesquisa. Quatro entrevistas foram realizadas em uma unidade de saúde e o restante na rua, local de permanência dos entrevistados. Quanto ao sexo dos participantes, dois entrevistados são do sexo feminino e o restante do sexo masculino. Referente à escolaridade, três são analfabetos, seis estudaram o ensino fundamental e quatro estudaram o ensino médio. A idade média dos participantes é de 44 anos e a permanência média em situação de rua é de 17 anos.

Para garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados por ordem cronológica de início das entrevistas, tendo a letra “P” como prefixo seguida da posição de participação, ou seja, o primeiro entrevistado foi denominado P1, o segundo P2 e assim consecutivamente.

No quadro abaixo são apresentadas as ideias centrais de cada problema a ser tratado (da questão disparadora) bem como, quando houve, suas ancoragens, além dos participantes com as falas que integram o DSC.

Quadro 1 – Síntese das ideias centrais e ancoragens com os respectivos códigos dos participantes.

Continua

| Problema / Tema | Ideias Centrais | Ancoragens | Participantes |
|--------------------|--|---|---|
| O QUE É TER SAÚDE? | (A) A saúde é o bem-estar físico e espiritual; | Saúde vinculada a questão divina (espiritual) | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10 |

Quadro 1 – Síntese das ideias centrais e ancoragens com os respectivos códigos dos participantes

Conclusão

| | | | |
|---------------------------------|--|---|--|
| | (B) A Saúde como sinônimo de felicidade | | |
| O QUE É TER DOENÇA? | (C) A doença está ligada diretamente aos sinais e sintomas; (D) A doença está relacionada a sentimentos de tristeza e preocupação. (E) A doença como fator de escolhas e hábitos | - | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12 |
| ONDE PROCURA CUIDADO/O QUE FAZ? | (F) Utiliza os serviços de saúde como prática de cuidado (CAPS, UBS, CNR, HENFIL, UPA, HOSPITAL) (G) Utiliza a automedicação (remédios caseiros e de farmácia) e substâncias psicoativas para alívio. (H) Religiosidade através da oração como prática para a cura e apoio para as necessidades de saúde. (I) Utiliza o apoio social da família e da sociedade. | - | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13 |
| TEM O PROBLEMA SOLUCIONADO? | (J) A solução necessariamente envolve a medicação farmacêutica. (K) A resolução passa pelo atendimento às necessidades sociais | - | P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P10, P11, P13 |

Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas dos participantes.

As Ideias Centrais (IC) do quadro 1, referente ao tema “o que é ter saúde?”, traduzem os discursos que se assemelham entre os entrevistados. A primeira ideia central está atrelada às concepções da vida e simbologia no que tange a espiritualidade. Já a segunda ideia central remete a uma condição (sentimentos positivos).

As IC da questão problema “o que é ter doença?” se aproximam das encontradas no debate “o que é ter saúde?”, pois foram identificadas ideias concernentes à doença como uma

condição (sentimentos negativos), porém, também relacionado a manifestações clínicas e modo de vida.

Já no eixo “onde procura cuidado/o que faz?” foram encontradas quatro ICs que se divergem, mas que se interligam ao considerar o IT em percurso/construção da população em situação de rua do município de Palmas, que será apresentado a posteriori. Essas ideias apresentam práticas de cuidado que, segundo Kleinman (1978;1980), são caracterizados em arenas, sendo a arena profissional, às ações ligadas a medicina científica, arena folk relacionada a sua crença (simbologia religiosa) e arena informal, que está atrelada às informações e ações leigas.

Na pergunta ‘tem o problema solucionado?’ foram encontradas duas ICs, uma ligada à solução do problema frente a um modelo de atenção focada na queixa e conduta e outra ligada às necessidades básicas de sobrevivência. No quadro 2 são apresentados as ICs e os DSC que se originaram a partir das entrevistas.

Quadro 2 – Apresentação do DSC por ideias centrais

| Linha | Ideias Centrais | DSC |
|-------|---|--|
| 1 | (A) A saúde é o bem-estar físico e espiritual; (B) A Saúde como sinônimo de felicidade | DSC A - A saúde é o máximo, é felicidade. Quando estou com saúde, rindo, me sinto bem e eufórico. Tem a saúde espiritual e a física. Quando eu estou tranquilo, sem sentir nenhuma dor e sem nenhuma doença, eu acredito que é saúde, não é? Cuidar de todo o corpo estar com o corpo em forma. DSC B - É uma benção de Deus. Cuidar da vida. Deus dá todo dia a oportunidade de poder trabalhar. Acordar cedo e seguir o barco. Saúde é dormir e acordar respirando. Quando eu me consulto eu acordo bem. |
| 2 | (C) A doença está ligada diretamente aos sinais e sintomas; (D) A doença está relacionada a sentimentos de tristeza e preocupação. (E) A doença como fator de escolhas e hábitos | DSC C - Ficar doente é uma coisa muito ruim. Sentir dor no corpo, na cabeça. Não consigo trabalhar. Só fico deitado, quieto. DSC D - Sinto tristeza, solidão e preocupação pelas coisas que passo. Sentir a dor me deixa mais depressivo, com vontade de ficar sozinho. DSC E - Eu sinto o álcool por dentro, ele me faz mal. Esse vício é uma desgraça em minha vida. |
| 3 | (F) Utiliza os serviços de saúde como prática de cuidado (CAPS, POSTO DE SAÚDE, CNR, HENFIL, UPA, HOSPITAL) (G) Utiliza a automedicação (remédios caseiros e de farmácia) e substâncias psicoativas para alívio. (H) Religiosidade através da oração como prática para a cura e apoio para as necessidades de | DSC F- Se eu estiver com uma dor que está passando dos meus limites, eu procuro a unidade de saúde, a UPA ou o hospital. O CAPS eu procuro quando estou muito agoniado da cabeça. O consultório na rua passa aqui toda a semana. DSC G - Dependendo dos sintomas que eu estou sentindo, eu vou na farmácia e compro um remédio, mas o que me ajuda mesmo é tomar remédio caseiro, eu mesmo preparo a garrafada. Eu bebo para passar a dor, beber e usar maconha alivia a dor, né? DSC H - Eu busco Deus lá em cima e peço pra ele todos os dias, ele que comanda meus passos primeiramente. É pedir muito para Deus. O pessoal da igreja vem aqui toda semana. |

| | | |
|---|---|---|
| | saúde. (I) Utiliza o apoio social da família e da sociedade. | DSC I - Eu busco o apoio da minha família que mora aqui e de algumas pessoas que gostam de mim. |
| 4 | (J) A solução necessariamente envolve a medicação farmacêutica. (K) A resolução passa pelo atendimento às necessidades sociais | DSC J - Com certeza resolve. Me tratam muito bem quando eu procuro atendimento na saúde, me passam remédio, me dão soro e injeção. DSC K - Eu não sei mais o que fazer, todo dia eu tenho que ficar encarando o sol pra poder comer, se não for assim eu passo fome. A única coisa que eu preciso é do meu registro, eu estou igual a um indigente. Preciso de roupa, cesta básica, qualquer doação. |

Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas dos participantes.

As ICs referentes ao problema ‘o que é ter saúde?’ apontam e correlacionam a saúde com o bem-estar biopsicossocial, demonstrado no discurso abaixo.

DSC A - A saúde é o máximo, é felicidade. Quando estou com saúde, rindo, me sinto bem e eufórico. Tem a saúde espiritual e a física. Quando eu estou tranquilo, sem sentir nenhuma dor e sem nenhuma doença, eu acredito que é saúde, não é? Cuidar de todo o corpo estar com o corpo em forma.

Esse discurso dialoga com o entendimento e conceito de saúde implicado pela Organização Mundial da Saúde (1946), que a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Esse conceito amplia os aspectos referentes ao estado positivo da saúde, não associado somente a saúde física, sendo essa uma das vertentes da abordagem biopsicossocial. Os discursos apresentam fatores determinantes que inferem no processo saúde-doença relacionado aos aspectos do cotidiano de vida das pessoas em situação de rua, que transcende a simples ausência de doença.

Frente aos determinantes impostos pelo processo de produção da realidade social que impacta no processo de saúde-doença, Antonovsky (1996) afirma que a dicotomia saúde/doença em sua teoria salutogênica encara a doença como uma experiência subjetiva. Para ele, é raro o ser humano estar completamente saudável. Sua teoria está voltada para o processo de saúde, diferente da patogênese que está voltada para a doença. Essa forma de pensar visa a compreensão do ser humano frente a vivência de situações adversas e o desenvolvimento pessoal e social, visando o fortalecimento da saúde das pessoas em diferentes cenários.

A visão salutogênica apresenta variáveis que atuam em conjunto na busca por esse enfrentamento. A primeira variável está relacionada a capacidade de compreensão do ser humano sobre o evento durante o processo de doença. Já a segunda está voltada a capacidade

de resolvê-lo e a terceira sobre como a pessoa dá significado a esse evento. Somando a isso, o autor relaciona variáveis da pessoa, do grupo social e ao meio ambiente que ele pertence. Esse modelo proposto desperta o potencial da pessoa de viver a vida de forma satisfatória.

Durante muito tempo, a teoria salutogênica passou por várias interpretações e modificações, até que Seligman e Csikszentmihalyi (2000) destacou sua teoria embasada na psicologia positiva, que tem por objetivo estudar as forças, esperança, gratidão, virtudes humanas e emoções positivas. Ela aborda a temática do bem-estar e a divide em dois tipos, aquele relacionado à realização das atividades (bem-estar psicológico ou eudaimônico) e o bem-estar subjetivo (hedônimo) que está conectado à satisfação e as emoções, como pode ser visto no DSC B.

DSC B - É uma benção de Deus. Cuidar da vida. Deus dá todo dia a oportunidade de poder trabalhar. Acordar cedo e seguir o barco. Saúde é dormir e acordar respirando. Quando eu me consulto eu acordo bem.

Além disso, o DSC B identifica a espiritualidade correlata ao bem-estar. Pesquisadores apontam que a espiritualidade é um estado positivo da mente experimentado pela maioria das pessoas e está inteiramente atrelada ao bem-estar psicológico e de prosperidade. Além disso, estudos associam a espiritualidade aos comportamentos de vida, que viabilizam ações preventivas no que tange o adoecimento mental frente aos propósitos de vida (Moreira-Almeida, 2014; Machado; Matsumoto, 2020).

As ICs referentes ao problema ‘o que é ter doença?’ demonstram percepções da doença relacionada a sensação de adoecimento, no que tange sinais e sintomas, sentimentos e escolhas de vida diária, demonstrado no DSC C.

DSC C - Ficar doente é uma coisa muito ruim. Sentir dor no corpo, na cabeça. Não consigo trabalhar. Só fico deitado, quieto.

As experiências de vida e do adoecer têm influência do processo transcultural. Essa concepção tem sido abordada em estudos voltados para o conceito sociocultural aplicado às ciências da saúde no que tange a construção de significados frente às enfermidades por parte dos pacientes. A cultura está delineada e atrelada às necessidades e características biológicas e corporais e se forma a partir da concepção humana e da partilha por grupos sociais específicos, por exemplo, deve-se comer a maior refeição do dia ao meio-dia (Langdon; Wiik, 2010).

Além disso, o conceito amplo de saúde pode ser entendido como um atributo individual na perspectiva da busca, conquista e restauração quando perdida no sofrimento e na doença, que deve ser enriquecida por um entendimento mais amplo e que considera as complexas interações entre fatores individuais e coletivos sobre a importância dos determinantes sociais da saúde na formação do bem-estar individual e coletivo (Almeida; Paim, 2014).

Partindo dessa prerrogativa, as pessoas replicam padrões de como se comportar, se alimentar, de diagnosticar e tratar certas doenças. Esse fato é constatado no DSC C, ao definir a doença no ato de sentir dor.

Outro discurso apontado pela população em situação de rua no eixo ‘o que é ter doença?’ é a relação direta do processo de saúde-doença com a sensação de emoções negativas (Ekman, 1999). Isso é exemplificado ao referirem sentimento de medo e tristeza, representadas nos DSC D.

DSC D - Sinto tristeza, solidão e preocupação pelas coisas que passo. Sentir a dor me deixa mais depressivo, com vontade de ficar sozinho.

Além disso, o DSC E revela a relação do uso de substância psicoativas (SPA) como fator de adoecimento na população em situação de rua, como demonstrado abaixo.

DSC E - Eu sinto o álcool por dentro, ele me faz mal. Esse vício é uma desgraça em minha vida.

A relação sobre o uso de SPA como mecanismo de adoecimento foi descrita por Fernandes, Russo e Bondezan (2022). Os autores constataram que além do fator de adoecimento, o uso de substâncias psicoativas está relacionado também aos mecanismos de enfrentamento da população em situação de rua frente às dificuldades encontradas, para a diminuição de desconfortos e/ou emoções negativas, podendo essa correlação ser observado pelo DSC G.

Estudiosos sobre a temática do processo saúde-doença, relacionam que o significado dado à doença e ao seu tratamento na perspectiva de intervir com práticas ligadas às crenças são importantes determinantes em sua recuperação (Brasil; Campos; Amaral, 2023).

As ICs do problema ‘o que faz/onde procura?’ remetem aos itinerários terapêuticos realizados pela população em situação de rua. Os IT compreendem o contexto sociocultural, por isso, não se limitam a identificar somente a disponibilidade dos serviços, bem como a

utilização desses para a cura. Os discursos abaixo (DSC F e DSC G) estão relacionados a forma de produção de cuidado realizada pela população em situação de rua.

DSC F- Se eu estiver com uma dor que está passando dos meus limites, eu procuro a unidade de saúde, a UPA ou o hospital. O CAPS eu procuro quando estou muito agoniado da cabeça. O consultório na rua passa aqui toda a semana.

DSC G - Dependendo dos sintomas que eu estou sentindo, eu vou na farmácia e compro um remédio, mas o que me ajuda mesmo é tomar remédio caseiro, eu mesmo preparo a garrafada. Eu bebo para passar a dor, beber e usar maconha alivia a dor, né?

Os DSC F e DSC G retratam o pensamento de Foucault (2015), estando a medicina moderna sob a óptica do corpo alienado a sociedade. Essa concepção está atrelada ao poder do corpo, política e socialmente, como força de produção e trabalho advinda do regime capitalista do século XVIII. Para o pensador francês, o movimento acerca do ordenamento de um sistema vai muito além, há uma prescrição de atividades e conhecimentos frente a medicina social que é controlada pela sociedade sobre as pessoas. A teoria proposta por Foucault enseja o corpo como uma realidade biopolítica e a medicina como uma estratégia biopolítica.

Além disso, os dois discursos elencam práticas de cuidado relacionadas aos subsistemas propostos por Kleinman (1980), sendo o setor informal ligado ao domínio leigo, aquele não profissional, as terapêuticas estão relacionadas no auto tratamento/automedicação, ajuda de terceiros/grupo de autoajuda. Para o autor, as pessoas que adoecem seguem uma hierarquia de recursos e eventos. O auto-tratamento representado por um dos DSC relaciona-se com crenças leigas baseadas nas funções do corpo humano, origem da natureza, incluindo desde remédios comerciais, remédios caseiros e/ou hábitos de vida. Esses eventos podem ocorrer concomitantemente ou isolados. Exemplos desses estão descritos nos discursos quanto remetem o uso de SPA frente ao estado de adoecimento. Estudos sugerem que as substâncias psicoativas estão associadas à ideia de prazer e bem-estar (Fernandes; Russo; Bondezan, 2022).

Já o subsistema profissional diz respeito às profissões legalmente organizadas. Inclui não somente os profissionais médicos e especialistas, mas a todas as profissões reconhecidas, bem como a utilização dos serviços de saúde como práticas de cuidado no processo saúde-doença (Kleinman, 1980), entretanto, fica claro no DSC F que a procura pelo serviço de saúde

se delimita em possibilidades extremas, excluindo a busca por cuidado na perspectiva da promoção e prevenção.

A partir disso, cabe apontar que as pessoas relacionam algumas práticas de cuidado “mais adequadas” frente a certos tipos de doenças. O significado das ações frente aos processos de escolha emerge à medida que a pessoa tem consciência das possibilidades acessíveis que estão ao seu alcance e converge a partir do encontro de duas pessoas, àquela que traz um sofrimento ou necessidade (pessoa) e outras que dispõe de um conhecimento específico e ou de recursos para solucionar a necessidade trazida (profissionais) (Harrel, 1991; Silva; Pontes; Henrique, 2005).

É notório, a partir dos estudos nacionais e internacionais, que ainda existe desigualdade de acesso nos serviços de saúde, isso acaba fomentando práticas alternativas e a procura dos serviços de saúde por agudização de doenças e/ou comorbidades (Cervieri *et al.*, 2019; Lira *et al.*, 2019; Loubière *et al.*, 2020). A priorização na busca pelos serviços de urgência e emergência tem total relação com a organização desse dispositivo, que atende a demanda espontânea, sem a necessidade de encaminhamento de outro serviço (Valle; Farah, 2020).

Entretanto, o cuidado em rede e o trabalho em equipe desenvolvido pelas Equipes de Consultório na Rua é citado como uma potente estratégia de acesso e de produção de cuidado para as pessoas em situação de rua, focado em um cuidado centrado na pessoa, com articulação da rede intra e intersetorial. Isso viabiliza a inclusão social, a humanização do cuidado, a redução de danos frente a vulnerabilidade social enfrentada pela PSR, bem como a resolutividade das ações da Atenção Primária à Saúde em conjunto com a eCR na perspectiva da clínica ampliada, considerando as dimensões ético-político em defesa da vida (Machado; Rabello, 2022; Barros *et. al*, 2023; Teixeira; Machado; Paula, 2024).

Além disso, é evidenciado nas pesquisas voltadas para a antropologia social e cultural, que as pessoas procuram o conforto das experiências do processo de adoecer, como prática de cuidado, ligado aos significados simbólicos da religião (Brasil; Campos; Amaral, 2023). Essa ideia se apresenta no DSC H.

DSC H - Eu busco Deus lá em cima e peço pra ele todos os dias, ele que comanda meus passos primeiramente. É pedir muito para Deus. O pessoal da igreja vem aqui toda semana.

O corpo regido pelas leis sobrenaturais do universo é descrito desde o século XVIII frente às concepções astrológicas, religiosas e mágicas, que delineia a construção de novos

conhecimentos na perspectiva sobrenatural de saúde e doença atrelada à igreja, bem como a compressão do corpo enquanto criação divina e a doença interpretada como um final de castigo (Miranda, 2017; Toniol, 2015).

Outra forma apontada de resolver suas necessidades, está relacionada a rede de apoio, dos familiares, bem como de órgãos e instituições sociais, como demonstrado no DSC H e DSC I.

DSC I - Eu busco o apoio da minha família que mora aqui e de algumas pessoas que gostam de mim.

A família é parte essencial da construção do ser humano, entretanto, a participação da família como recurso social não é isolada, depende das redes e de suas relações sociais que contribuem com o ser humano para dar sentido à vida (Martins; Guanaes-Lorenzi, 2016). Além disso, os relacionamentos frente à construção de ambientes propícios e favoráveis ao desenvolvimento das relações se mostram como ferramenta potente na manutenção da vida frente ao processo de saúde-doença (Marinho; Silva; Ferreira, 2011).

A relação entre as pessoas em processo de adoecimento e suas redes de apoio como fonte de acolhimento de suas necessidades é um fator positivo durante esse percurso do processo de saúde doença, já que pesquisas relacionam a melhoria da qualidade de vida e menor tempo de adoecimento em pessoas com apoio familiar. Estudos com a mesma temática descrevem a produção de cuidado entre o apoio das próprias pessoas em situação de rua durante o processo de adoecimento, com base em sentimento de pertencimento e reconhecimento mútuo (Henrique; Borges; Mattos, 2023; Barros *et al.*, 2023).

No eixo ‘tem o problema solucionado?’, os discursos apresentam divergências no que tange a concepção de cuidado ampliado. O DSC J está ligado somente às necessidades de saúde, e o DSC K aponta as necessidades frente às iniquidades sociais.

DSC J - Com certeza resolve. Me tratam muito bem quando eu procuro atendimento na saúde, me passam remédio, me dão soro e injeção.

O DSC J apresenta uma cultura engessada no que tange o trabalho dos profissionais de saúde, pois a resolução do problema é trazida como ações que remetem a cura da doença: “me dão soro e remédio”. A produção de cuidado das pessoas e o modelo de saúde adotado por décadas pelas instituições e profissionais, focado na assistência à doença e desarticulado as

necessidades básicas individuais, culminam para discursos representativos com teor do modelo biomédico.

Esse fato corrobora com a pesquisa de Bellato, Araújo e Castro (2008). Os autores afirmam que enquanto uma pessoa necessita de cuidados que atendam a indivisibilidades e complexidade individual de suas necessidades, os serviços de saúde atuam pela prática da regulação, frente a complexidade da atenção, operam uma produção de intervenções profissionais materializadas, colocando a pessoa como objeto de uma linha de intervenções, não necessariamente de cuidado.

Além do mais, o DSC K reafirma a cultura engessada dos profissionais quando aponta necessidades de cuidados ampliados no que tange a alimentação, a documentação e a outras necessidades básicas de sobrevivência.

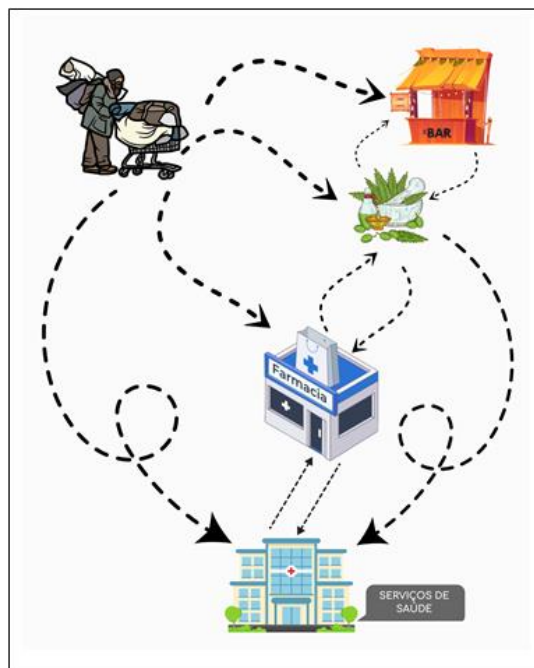
DSC K - Eu não sei mais o que fazer, todo dia eu tenho que ficar encarando o sol pra poder comer, se não for assim eu passo fome. A única coisa que eu preciso é do meu registro, eu estou igual a um indigente. Necessito de roupa, cesta básica, qualquer doação

As PSR vivem com intensa limitação no que tange o tocante às necessidades básicas humanas, referente a alimentação e higiene, por exemplo. Não diferente de qualquer ser humano, essas pessoas vivem em um devido espaço e têm suas necessidades. Estar em um devido espaço, tem direta relação com a condição de existência do sujeito e implica na inserção da pessoa nos processos de produção da realidade social (Costa; Richetti, 2011).

Não obstante desta realidade, pessoas que vivem em situação de rua necessitam de política pública verticalizadas e que atendam a complexidade do que é viver na rua, pois a limitação de acesso às necessidades básica é apresentada, em outras pesquisas, como necessidades do coletivo daqueles que vivem em situação de rua (Henrique; Borges; Mattos, 2023).

6.3 Itinerário terapêutico da PSR de Palmas

A partir dos resultados obtidos e com o objetivo de ilustrar os percursos escolhidos pela população em situação de rua na produção de cuidado, foram desenvolvidas duas imagens com as possibilidades dos caminhos percorridos, conforme apresentadas abaixo.



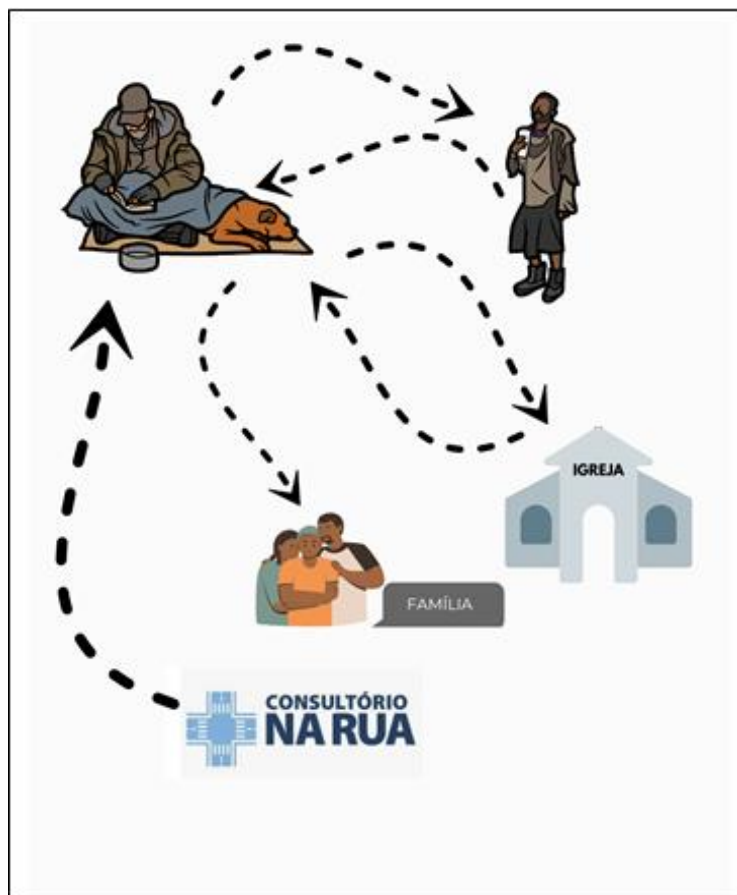
Fonte: Elaboração própria, a partir dos DSC.

Na figura 1, a ideia construída e desenhada parte do pressuposto que a população em situação de rua utiliza quatro estratégias, sendo uma pela busca aos serviços de saúde, a utilização de SPA, bem como a utilização de medicamentos alopáticos, prescritos ou não, e o uso plantas medicinais para dirimir suas necessidades frente ao processo de saúde-doença.

Essas figuras ilustram os movimentos que as pessoas em situação de rua do município de Palmas desenvolvem para resolverem suas necessidades. Os itinerários terapêuticos utilizados por este público se assemelham a outros estudos, na medida em que se aprofunda a relação PSR com a cultura e o ambiente em que vivem. Dessa forma, a construção da trajetória de uma pessoa em situação de rua está intimamente relacionada a um complexo conjunto de experiências, que envolve tanto vivências de perdas e rupturas quanto a oportunidade de formar novos laços e relacionamentos. Isso fornece novas experiências que, de maneira construtiva, ajudam a pessoa a se adaptar a essa realidade de vida que ajudarão a pessoa a viver essa dinâmica de vida (Henrique; Borges; Mattos, 2023; Jabur *et al.*, 2016).

Na figura 2, o trajeto desenhado refere a rede de apoio considerada pela população em situação de rua frente ao seu processo de adoecimento e de suas iniquidades.

Figura 2 – Itinerário terapêutico como rede de apoio da população de rua do município de Palmas, Tocantins



Fonte: Elaboração pela própria, a partir dos DSC.

Na figura 1 as possibilidades de ir e vir são maiores ao comparar com a figura 2, pois na segunda, os IT estão mais relacionados às redes de apoio, exceto, à eCR que é um órgão vinculado à política pública de saúde. A explicação pelo dispositivo do Consultório na Rua estar na figura 2 e não na primeira destaca-se pela potência dessa equipe, frente a organização e dinâmica da equipe, que atua de forma itinerante em busca das pessoas em situação de rua.

Na figura 2, o consultório na rua se destaca na medida em que o serviço é entendido como um dispositivo de apoio no que tange as necessidades biopsicossocial da PSR, sendo a “ponte” da trajetória dessa população no SUS (Machado, 2024). Além disso, as próprias pessoas em situação de rua se configuram uma rede de apoio durante o processo de adoecimentos de pessoas do seu grupo.

Cabe ressaltar que esses trajetos não definem todas as possibilidades de produção de cuidado realizados por esse grupo, por não condizer a 100% da população em situação de rua do município da pesquisa.

No geral, a escolha pelos IT durante o processo de adoecimento evidenciam em primeiro lugar as experiências anteriores vivenciadas pelas pessoas. Na medida em que as pessoas experimentam certas ações frente às suas necessidades, sentimentos, angústias e

conseguem saná-las, essas são projetadas em outros momentos similares. Além do mais, as tentativas frustradas de outras ações na tentativa de resolverem seus problemas, colaboram para a escolha das práticas com resolutividade.

A vivência nas ruas, juntamente com um conjunto de frustrações e limitações, tanto concretas quanto simbólicas, que caracterizam esse contexto observado nos IT, tornam as narrativas e experiências observadas como uma ação construtiva, na medida em que ressignificam seu percurso frente ao processo de saúde-doença (Jabur; Conceição; Silva, 2015).

Ao considerar as demandas referentes aos problemas sociais, a PSR utiliza como estratégia de enfrentamento o suporte das redes de apoio sociais e familiares, podendo essas oferecerem acolhimento no que tange às necessidades quanto à alimentação, higiene e acolhimento, por exemplo (Alves, 2015).

Os caminhos percorridos pela população em situação de rua demonstram uma pluralidade terapêutica com o objetivo de alcançar a “saúde” ou a “cura” mediados pelo experimentar de uma complexa rede de relações político-sociais.

6 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO

Esse produto técnico tecnológico foi construído a partir dos resultados da pesquisa intitulada: “Os sentidos dos caminhos percorridos em busca de cuidado: itinerário terapêutico da população em situação de rua do município de Palmas/TO”. O objetivo é elaborar uma cartilha educativa para direcionar à população em situação de rua do município de Palmas - TO sobre os bens, ações e serviços destinados ao atendimento de suas necessidades.

Esse manual foi inspirado na Resolução nº 425/2021 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional de Atenção às Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades. O material tem como título: “Itinerários de cuidados: cartilha orientativa para a população em situação de rua de Palmas - TO.

A cartilha foi construída por eixos referentes aos serviços de acesso quanto a saúde, moradia, trabalho, assistência social, educação, alimentação e justiça, tem como objetivo orientar a população em situação de rua sobre os bens e serviços destinados no atendimento desse público, bem como as informações inerentes dos serviços, sendo relevante na disseminação das informações à população em situação de rua. Exemplares da cartilha serão impressos e entregues à população em situação de rua de Palmas, Tocantins.

Itinerários de cuidados: cartilha orientativa para a População em Situação de Rua de Palmas/TO.



Apresentação

Essa cartilha foi criada a partir da pesquisa realizada pela autora durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família, vinculado à Universidade Federal do Tocantins.

O conteúdo da cartilha está embasado na Resolução CNJ nº 425/2021 que institui a Política Nacional de Atenção às Pessoas em Situação de Rua.

A cartilha está dividida em tópicos que visam facilitar sua leitura. Cada tópico traz informações referentes a problemas que você pode encontrar no seu dia a dia e busca orientar onde buscar ajuda.

Esperamos que possa ajudar em algum momento.

Organizadores:

Prof. Dr. Rogério Ferreira Marquezan

Mestranda: Juliana Santos Simões

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S593i Simões, Juliana Santos.
Itinerários de cuidados:: cartilha orientativa para a população em situação de rua de Palmas/TO.. / Juliana Santos Simões. – Palmas, TO, 2024.
17 f.

Relatório Técnico (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2024.
Orientador: Rogério Ferreira Marquezan

1. População em situação de rua. 2. Itinerários terapêuticos. 3. Atenção primária à saúde. 4. Determinantes sociais de saúde. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



JUSTIÇA

Ministério Público do Estado do Tocantins

Telefone: (63) 3216-8821 ou 3216-7529

Endereço: AANE 20 (antiga 202 Norte), Conj. 01, Av. Lo 4, Esq. Com Teotônio Segurado - Lt. 05/06 - Cep: 77006218 - Plano Diretor Norte - Palmas/TO.

Defensoria Pública do Estado do Tocantins

Telefone: (63) 3228-8315

Endereço: Quadra AA SE 50 (antiga, Q. 502 Sul Avenida Joaquim Teotônio Segurado, s/n - Plano Diretor Sul, Palmas - TO, 77021-654

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

Endereço: Quadra ARSE 32 (306 Sul), Alameda 12, APM 03.

Telefone: (63) 99224-8350 ou (63) 3212-7044

Serviço Especializado em Abordagem Social (Abordagem de rua)

Telefone: (63) 99267-3055

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)

CRAS 407 Norte

Endereço: ARNO 43, Alameda 1, Lote 17
Telefone: (63) 3212-7090

CRAS Karajá II (Santa Bárbara)

Endereço: Setor Santa Bárbara, Rua 10 APM 16
Telefone: (63) 3212-7096

CRAS Krahô (1304 Sul)

Endereço: ARSE 131, Rua 8, QI 06, APM 23
Telefone: (63) 3212-7093

CRAS Karajá I (Aureny III)

Endereço: Jardim Aureny III, Quadra 151 A, Rua 30, Lote 16, ao lado da Feira Coberta

Telefone: (63) 3212-7095

CRAS Morada do Sol

Endereço: Avenida dos Navegantes APM 12, Setor Morada do Sol II no Centro de Artes e Esporte Unificados (CEU)

Telefone: (63) 3212-7092

CRAS Taquaruçu

Endereço: Quadra 29, Rua 04; Lote 08
Telefone: (63) 3212-7091

CRAS Xerente

Endereço: Av LO 15, Lote 21, APM 45
Telefone: (63) 3212-77094



ASSISTÊNCIA SOCIAL

PLANTÃO SOCIAL

Telefone: (63) 99224-8350

CENTRO DE REFERÊNCIA FLOR DE LIZ

Endereço: Avenida Palmas Brasil, Arse 71

Telefone: (63) 3212-7067

CONSELHO TUTELAR

Conselho Tutelar Região Central

Endereço: ARSE 91 (904 Sul), Av. LO 01, Lote 06.

Telefone(s): (63) 3212-7149

Conselho Tutelar Região Sul I

Endereço: Aurenly III , R. 30 Q APM 13, Lote 4

Telefone: (63) 3212-7147 ou (63) 99210-5111

Conselho Tutelar Região Sul II

Endereço: Santa Fé, 15 QI 2, Lote 22

Telefone: (63) 3212-7146 ou (63) 99210-5185

Conselho Tutelar Região Norte

Endereço: Quadra ARNO 21, Alameda Central, conjunto A, Lote 9

Telefone: (63) 3212-7148 ou 99210-5134



SAÚDE - Unidades de Saúde

Se tratando de pessoas em situação de rua, todas as Unidades de Saúde são referência para o atendimento

USF 403 Norte (Arno 41)

Endereço: Quadra ARNO 41, Alameda 01, APM 40
Telefone: (63) 3212-7960

USF 405 Norte (Arno 42)

Endereço: Quadra ARNO 42, Alameda 01, APM 10
Telefone: (63) 3212-7985

USF 406 Norte (Arne 53)

Endereço: Quadra ARSE 53, Alameda 03, APM 09
Telefone: (63) 3212-7981

USF 409 Norte (Arno 44)

Endereço: Quadra ARNO 44, Alameda 14, APM 08
Telefone: (63) 3212-7958

USF 503 Norte (Arno 61)

Endereço: ARNO 61, Avenida NS-05, APM 19
Telefone: (63) 3212-7979

USF 508 Norte (Arne 64)

Endereço: ARNE 64, Alameda 11, APM 49
Telefone: (63) 3212-7977

USF 603 Norte (Arno 71)

Endereço: ARNO 71, Alameda 14, APM 11
Telefone: (63) 3212-7975

USF Loiane Moreno Vieira - 210 Sul (Arse 24)

Endereço: ARSE 24, Alameda 07, APM 07
Telefone: (63) 3212-7962

USF Deise de Fátima Araújo de Paula

Endereço: ARSE 13, Alameda 02, Lote 05 e 07
Telefone: (63) 3212-7863

USF Francisco Júnior - 403 Sul (Arso 41)

Endereço: ARSO 41, Alameda 01, APM 02
Telefone: (63) 3212-7971

USF 712 Sul (ASR SE 75)

Endereço: ASR SE 75, Alameda 02, APM 11A,
Telefone: (63) 3212-7973

USF 806 Sul (Arse 82)

Endereço: ARSE 82, Alameda 03, APM 19
Telefone: (63) 3212-7969



SAÚDE - Unidades de Saúde

USF Satilo Alves de Sousa - 1.103 Sul (Arso 111)

Endereço: Quadra ARSO 111, Alameda 17, APM
Telefone: (63) 3212-7994

USF Albertino Santos - 1.004 Sul (Arse 101)

Endereço: Quadra ARSE 101, Alameda 11, AI 09D
Telefone: (63)) 3212-7954

USF 1.304 Sul (Arse 131)

Endereço: Quadra ARSE 131, Rua 11, APM 23F e 23G
Telefone: (63) 3212-7965

USF Professora Isabel Auler - 207 Sul (Arso 23)

Endereço: Quadra ARSO 23, Alameda 01, Alameda 04, APM 01
Telefone: (63) 3212-7988

USF Eugênio Pinheiro da Silva (Aureny I)

Endereço: Aureny I, Rua Natal, APM NW 01G
Telefone: (63) 3212-7986

USF Aureny II

Endereço: Aureny II, Quadra 33, Lotes 01 e 02
Telefone: (63) 3212-7876

USF Laurides Lima Milhomem (Aureny III)

Endereço: Aureny III, Rua 39, APM 21
Telefone: (63) 3212-7983

USF Liberdade

Endereço: Aureny III, Rua 32, APM 10
Telefone: (63) 3212-7983

USF Novo Horizonte

Endereço: Aureny IV, Rua 2, APM 07
Telefone: (63) 3212-7895

USF Alto Bonito

Endereço: Aureny IV, Rua 20, APM 09, nº 20
Telefone: (63) 3212-7897

USF José Lúcio de Carvalho - Lago Sul

Endereço: Lago Sul, Rua RN 07, APM 11, Lote 03
Telefone: (63) 3212-7882

USF Santa Bárbara

Endereço: Santa Bárbara, APM E, Entre a Avenida Contorno e a Rua 10
Telefone: (63) 3212-7982



SAÚDE - Unidades de Saúde

USF Bela Vista

Endereço: Bela Vista, APM H, Rua NC 11, Qd 33
Telefone: (63) 3212-7967

USF Santa Fé

Endereço: Santa Fé II, Avenida Raimundo Galvão da Cruz, APM 01
Telefone: (63) 3212-7949

USF Vereador José Hermes Rodrigues Damaso - Setor Sul

Endereço: Rua SO-03, APM 1, Setor Sul (Taquaralto 1ª Etapa, Folha 2)
Telefone: (63) 3212-7945

USF Taquari

Endereço: Avenida TLO 05, Quadra T 31, APM 23 e 24
Telefone: (63) 3212-7911

USF Morada do Sol

Endereço: Morada do Sol II, Rua 54A
Telefone: (63) 3212-7874

USF Walter Pereira Morato (Taquaruçu)

Endereço: Quadra 26, Lote 01
Telefone: (63) 3212-7884

USF Mariazinha Rodrigues da Silva - Buritirana

Endereço: Rua Donato Pereira da Silva, Quadra 01, AI 32
Telefone: (63) 3212-7961

USF Walterly Wagner José Ribeiro Sousa - Taquaruçu Grande

Endereço: TO-020, km 08, ao lado da Escola Municipal João Beltrão
Telefone: (63) 3212-7908

USF José Luiz Otaviani - 307 Norte (Arno 33)

Endereço: Quadra ARNO 33, Alameda 09, APM 12
Telefone: (63) 3212-7956

Equipe Consultório na Rua

Endereço: Sem ponto fixo, Unidade de Saúde de Apoio - Quadra ARSO 23, Alameda 01, Alameda 04, APM 01
Telefone: (63) 99239-2160



SAÚDE - Unidades Especializadas e Hospitais

Unidade de Pronto Atendimento Norte

Endereço: ARNO 21, Avenida LO 06 APM 02, Centro -CEP 77.001.142
Telefone: (63) 3212-7846

Unidade de Pronto Atendimento Sul

Endereço: AV. Perimetral 02, Nº 72 e 73, Jardim Aurenj II
Telefone: (63) 3212-7829

Centro de Atenção Psicossocial Alcool e outras drogas (CAPD ADIII)

Endereço: Quadra ARNO 12, Alameda dos Jotobás, S/N
Telefone: (63) 3212-7861

Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

Endereço: Quadra ARSE 81, Alameda 9, Lote 9
Telefone: (63) 3212-7831

Centro de Atendimento Psicossocial Infantil

Endereço: Quadra ACSU SO 130, APM 19 AV NSI, Lote 31
Telefone: (63) 3212-7891

Centro de Atenção Esp. à Saúde Francisca Romana Chaves

Endereço: Quadra Arno 31, Alameda 10
Telefone: (63) 3212-7951

Ambulatório de Atenção à Saúde Dr Eduardo Medrado

Endereço: Quadra ARSO 41, Avenida LO 9
Telefone: (63) 3212-7870

Centro de Atenção Especializada em Saúde Dr. Ewaldo Borges / Henfil

Endereço: Quadra ACSU SE 110, Conjunto 01, Lote 14
Telefone: (63) 3212-7869

Hospital e Maternidade Dona Regina

Endereço: Quadra AC NE I, RUA NE 05 LT 31 41
Telefone: (63) 3218 -7772

Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres

Endereço: Quadra ACSU SO 20, NS 01 Conjunto 02 Lote 01
Telefone: (63) 3218- 7853



SAÚDE - Farmácias Municipais 10

Farmácia 1206 Sul (localizada dentro da UBS)

Endereço: Quadra ARSE 122, Alameda 09
APM01 - Unidade de Saúde
Telefone: (63) 3212-7952

** Em funcionamento provisório na UBS
1304 Sul (Setembro/2024)

Farmácia Aureny III

Endereço: Rua 32 Quadra 106 Lote 26
Jd.Aureny III - Unidade de Saúde Aureny
III
Telefone: (63) 3212-7993

Farmácia Setor Sul

Endereço: Rua SO-03, APM 1, Setor Sul
(Taquaralto 1ª Etapa, Folha 2) - Unidade
de Saúde José Hermes
Telefone: (63) 3212-7849

Farmácia 303 Norte

Endereço: Quadra ARNO 31, Alameda 10
Telefone: (63) 3212-7851

Farmácia 503 Norte

Endereço: ARNO 61, Avenida NS-05, APM
19 - Unidade de Saúde 503 Norte
Telefone: (63) 3212-7979

Farmácia 403 Sul

Endereço: Quadra ARSO 41, Alameda 01
APM 02 - Unidade de Saúde 403 sul
Telefone: (63) 3212-7850

Farmácia Taquari

Endereço: A.P.M 23 e 24 Qd.T31/T-41
situado na Av.TLO-5 Loteamento
Taquari - Unidade de Saúde Taquari
Telefone: (63) 3212-7853

Farmácia 409 Norte

Endereço: Quadra ARNO 44, Alameda
14, APM 08 - Unidade de Saúde 409
Norte
Telefone: (63) 3212-7847

Farmácia 108 Sul

Endereço: ARSE 13, Alameda 02, Lote
05 e 07 - Unidade de Saúde 108 Sul
Telefone: (63) 3212-7845



EDUCAÇÃO - ENSINO EJA

ESCOLAS ESTADUAIS COM ENSINO EJA

Escola Estadual Novo Horizonte

Endereço: Rua 3 APM, S/N S/C. Jardim Aurenly IV
Telefone: (63) 3218-6222

Colégio Estadual Criança Esperança

Endereço: Quadra ARNO 31, APM 07 Alameda 01
Telefone: (63) (63) 3218-6254

Colégio Estadual Dom Alano Marie Du Noday

Endereço: ARSE 23, AV. NS 8
Telefone: (63) 3218-6261

Escola Estadual Frederico José Pedreira Neto

Endereço: ARSE 12, Alameda 2, Lote 01
Telefone: (63) 3218-6251

Escola Estadual Liberdade

Endereço: Rua 40, esquina com a 35 área verde, Lote 09
Telefone: (63) 3218-6235

Escola Estadual Maria dos Reis Alves Barros

Endereço: AV TNS 04, APM 48, Quadra T 21, s/n
Telefone: (63) 3015-5950

Colégio Estadual São José

Endereço: Quadra ARSE 112, Alameda 25
Telefone: (63) 3322-1791

Escola Especial Integração de Palmas

Endereço: Quadra ARSE 72, Alameda 14, Lote 02
Telefone: (63) 3214-8024

Centro de Ensino Médio de Taquaralto

Endereço: AV. Perimetral Norte, esquina com a rua 14, Quadra 55, Lote 12/14
Telefone: (63) 3218-6201





12

TRABALHO

Sistema Nacional de Emprego (SINE)

SINE CENTRO

Endereço: Quadra ACSU SO 40, Conjunto 1, Lote 17, Av. Joaquim Teotônio Segurado.
Telefone: (63) 3218-1960 ou (63) 3218-1975

SINE TARAQUALTO

Endereço: Av. Tocantins, Quadra 09, Lote 07
Telefone: (63) 3218-1960 ou (63) 3218-1962 ou (63) 3218-1936.

MORADIA

Secretaria Municipal da Habitação

Endereço: ACSE 1 - Av. JK, Ed. Via Nobre
Empresarial, lote 28 - A - 4º Andar
Telefone: (63) 3212-7567

**Secretaria das Cidades, Habitação e
Desenvolvimento Regional**

Endereço: Praça dos Girassóis
Telefone: (63) 9 9986-3729



ALIMENTAÇÃO

A ALIMENTAÇÃO ESTA SENDO OFERECIDA EM DUAS MODALIDADES:

RESTAURANTES CONVENIADOS - MEDIANTE INSCRIÇÃO NO CADASTRO ÚNICO no prog CRAS MUNICÍPIO

RESTAURANTE COMUNITÁRIO - MEDIANTE CADASTRO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NO CREAS

RESTAURANTES CONVENIADOS

Oxente Restaurante

Endereço: Setor Taquaralto, Quadra 34, Rua 11, Lote 2-A,

Quintal Restaurante

Endereço: ACSO 01, Conjunto 02, Lote 43

Requite Restaurante

Endereço: Quadra ARSE 101, AV. NS-04, Lote 01

Restaurante Alho e Oléo - Maria de Jesus

Endereço: Rua Tauquari 13, Sala 03 e 04 Quadra 37

Restaurante Cardoso - Janete

Endereço: AV LO 01, Quadra ACSE I, Conjunto 04, Lote 34

Restaurante Dona Sônia

Endereço: Quadra ACSU-SO 20, Rua NSA, Lote 8

Restaurante Dourado do Cerrado

Endereço: Quadra ARSE 101, AV. LO 23, Lote 29

Restaurante Gota De Mel

Endereço: Quadra 17, Rua 3, Lote 17, Setor Sul



ALIMENTAÇÃO

Restaurante Sabor a Mais

Endereço: Q ACSU SO 20, AV. NS A, Conjunto 01, Lote 05

Route Hamburgueria

Endereço: Quadra ACSU SO 50, AV. Teotônio Segurado, CoNJ. 01, Lote 18,

Sabor Caipira

Endereço: AV Tocantins, Sala 01, Quadra SE 13, Lote 02, Aurenny I

Sabores da Terra

Endereço: Quadra AC NE I, Rua NE 01 N. 14, Lote 13

Tocantins Food - João Pedro Aguiar

Endereço: ARSE 102, NS. 04, Alameda 03, Lote 10, Casa 2

Aquino Restaurante

Endereço: Quadra ARSE 91, AV. LO 21, Lote 03

Bar e Lanchonete Torcida - Maria Cristiane

Endereço: Quadra ASR SE 125, AV. LO 27, Bloco A, Sala 02 E 03

BBQ do Lobo

Endereço: Quadra ARSE 51, Av. LO 11, Lote 24, Sala 1

DF Grill e Distribuidora de Bebidas

Endereço: Q ACSV SE 71, AV. LO 15, Lote 20

Império do Sabor

Endereço: Rua 16, Quadra 08, Lote 24, Casa 01

RESTAURANTE COMUNITÁRIO

Restaurante Comunitário Tereza Cristina Aires

Endereço: Área Verde, AANO 20, Av. NS 1

Restaurante Popular de Taquaralto

Endereço: Centro (Taquaralto), Palmas



**** AMBOS ESTÃO FECHADOS DEVIDO REFORMA PREVISTA ATÉ DEZEMBRO DE 2024, ENQUANTO ISSO, AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA PODERÃO PEGAR MARMITAS, QUE SÃO ENTREGUES EM FRENTE DE AMBOS OS RESTAURANTE ÀS 11H DE SEGUNDA À SEXTA, APÓS CADASTRO PRÉVIO PELO CREAS.**

POR FIM....

FINALIZO COM UMA FRASE PARA INSPIRAR TODAS AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA QUE TIVEREM ACESSO A ESSA CARTILHA...

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.” (Declaração Universal dos Direitos Humanos)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas em situação de rua apresentam um modo único de viver e operar a vida, necessitam de visibilidade no que tange suas necessidades frente às vulnerabilidades que estão expostas. Essas vivenciam a negligência dos determinantes e condicionantes sociais, garantidos em lei, como alimentação, moradia, higiene.

Com essa pesquisa foi possível concluir que as práticas terapêuticas utilizadas pelas PSR vão além daquelas prescritas pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Suas necessidades podem ser sanadas desde uma ação realizada por si e/ou por terceiros. A importância dos itinerários reside na sua capacidade de revelar as dificuldades e os sucessos enfrentados na busca por cuidados, permitindo uma compreensão mais ampla dos desafios estruturais e sociais que influenciam o acesso à saúde.

A forma de existir das pessoas em situação de rua se interage com os vários saberes e práticas de cuidado, tendo significado na medida em que os sentidos de interrelacionam, ficando evidente, desde práticas alternativas, com a preparação de medicações caseiras, o uso de medicações alopáticas, bem como, a procura pelos serviços de saúde com queixas agudizadas.

A fim de oportunizar o acesso e adequabilidade das prescrições terapêuticas dos profissionais de saúde, se faz necessário a ruptura das práticas de cuidar focado na doença para a efetivação do cuidado na lógica biopsicossocial, bem como a mudança de prática frente a compreensão do que transcende o fenômeno ‘pessoa em situação de rua’. Ou seja, nem todas as práticas prescritas serão satisfatórias para uma certa PSR, devendo o profissional analisar todo o contexto, bem como as necessidades apresentadas por essa pessoa para assim, e delinear um caminho efetivo e resolutivo que responda e resolva as necessidades apresentadas.

Outrossim, é necessário (re)pensar e construir um conceito ampliado de saúde para as populações vulnerabilizadas, já que preconceito da sociedade e a visão tradicional da biomedicina fizeram com que as pessoas em situação de rua fossem categorizadas como pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Embora esse estudo delinear os IT traçados pela população em situação de rua, cabe ressaltar que os percursos apresentados neste estudo não descrevem todas as possibilidades decorrente das práticas de cuidado da população em situação de rua, já que a amostra não foi em 100% da totalidade.

Ao mapear esses percursos, foi possível identificar falhas no sistema, como a fragmentação do atendimento, a falta de integração entre os níveis de cuidado e as barreiras geográficas ou econômicas que dificultam o acesso. Cabe apontar que durante a análise de dados do sistema de informações E-SUS, verificou-se a necessidade de um novo estudo a fim de compreender as percepções dos profissionais de saúde vinculados a rede de saúde pública municipal frente ao acesso e saúde da população em situação de rua, o que ficou evidenciado pelas inconsistências no preenchimento dos dados nos sistemas de informação em saúde.

Além disso, a análise dos itinerários terapêuticos pode contribuir para a melhoria da atenção à saúde, possibilitando a criação de políticas mais eficientes e centradas nas necessidades dos pacientes, promovendo um cuidado mais contínuo, acessível e equitativo. Assim, a valorização e o estudo dos itinerários terapêuticos são essenciais para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para a promoção de uma assistência mais humanizada e eficaz.

Por fim, essa pesquisa aponta fatores protetivos como mecanismos de cuidado e de valores socioculturais frente as necessidade e desafios enfrentados pela população em situação de rua. É de fundamental acrescentar que durante essa pesquisa houve a participação da pesquisadora durante o fomento de criação da Rede Interinstitucional e Interdisciplinar de Proteção e Defesa das Pessoas em Situação de Rua do Estado do Tocantins composta por entidades federais, estaduais e municipais, bem como o desenvolvimento do 1º Fórum Estadual de Políticas Públicas para População em Situação de Rua do Tocantins.

O evento debateu, refletiu e formulou propostas para o aprimoramento das políticas públicas, serviços e ações direcionadas à defesa e garantia de direitos da população em situação de rua do estado do Tocantins. O fórum foi realizado no dia 23 de agosto de 2024 e contou com a participação ativa das pessoas que vivem em situação de rua, dando voz às necessidades das pessoas nessa condição, como é o objetivo desse trabalho. Que esses sejam ouvidos em todos os espaços e que a singularidade do cuidado esteja sempre a frente!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico-Metodológico. *In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (org.) Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014 (pp. 13-27)

ALVARENGA, R.; GULISZ, I. C. As violações de direitos humanos da população em situação de rua na cidade de Curitiba. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v.10, n.1, p.97-114, jan/jun, 2022.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, v. 5901, n. 42, p. 29-43, 2015.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In: RABELO, M. C., ALVES, P. C. S.; SOUZA, I. M. (org.). Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.

ANTONOVSKY, A. O modelo salutogênico como teoria para orientar a promoção da saúde. **Promoção Internacional da Saúde**, v. 11, p. 11-18, 1996.

AYRES, J. R. *et al.*. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe7, p. 196–206, 2022.

BARROS, L. do N. *et al.* Cuidado em saúde e acesso aos serviços de saúde por pessoas em situação de rua. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 5, e12045, 2023.

BELLATO, R.; Araújo, L. F.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

BRASIL, M. A. A.; CAMPOS, E. P.; AMARAL, G. F. do. **Psicologia Médica: A Dimensão Psicossocial da Prática Médica**. Grupo GEN, 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024**. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua). Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14821.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.821%2C%20DE%2016,Art. Acesso em: 17 jul. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **População em situação de Rua: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**. Brasília, DF: MDHC, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt->

br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14821.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.821%2C%20DE%202016,Art. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010. 48 p. Disponível em: https://www5.pucsp.br/ecopolitica/downloads/pesquisas/1_B_2010_Consultorio_rua_SUS_conselho_saude_mental.pdf. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010). Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2009/maio/2-b-plano-de-ampliacao-do-acesso-em-alcool-e-drogas-cit-maio-09.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde -SUS (PEAD 2009-2010). Brasília, DF: Presidência da República, 2009b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2009/maio/2-b-plano-de-ampliacao-do-acesso-em-alcool-e-drogas-cit-maio-09.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto de 25 de outubro de 2006**. Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/sn/2006/decreto-36316-25-outubro-2006-546078-publicacaooriginal-59772-pe.html>. Acesso em: 17 jan. 2023.

BUSSO, G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a inicios del siglo XXI. **Seminario Internacional: las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile: CELADE, 2001.

CERVIERI, N. B. *et al.* O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-8, 2019.

COSTA, J. M.; RICHETTI, P. Reflexões sobre exclusão em tempos de globalização: notas sobre viver nas ruas. **Hologramatica**, v. 14, n. 3, p. 3-15, 2011.

COUTO, J. G. A. *et al.* Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, p. e220531pt, 2023.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. DE .; PEREIRA-SANTOS, M.. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 204–221, 2019.

EKMAN P. Basic emotions. *In*: DALGLEISH, T.; POWER, T. S. (eds.). **The handbook of cognition and emotios**. New Jersey: John Wiley & Sons; 1999. p. 45-60.

FERNANDES, B.; FOGOLIN, R.; XANDER, I.; BONDEZAN, K. L. Relação entre saúde mental e uso de substâncias psicoativas em escolares. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, e0228, 2022.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015

GERHARD, T.E; PINHEIRO, R ; RUIZ, E. N. F; SILVA JÚNIOR, A. G. S. . **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016.

HARREL, S. Pluralism, performance and meaning in Taiwanese healing: a case study. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 25-28, 1991.

HENRIQUE, B. L. da S.; BORGES, M. E. B.; MATTOS, M. de. A busca pelo cuidado: itinerário terapêutico de pessoas em situação de rua. **Scientific Electronic Archives**, v. 16, n. 2, 2023.

HUNGARO, A. A.; GAVIOLI, A.; CHRISTÓPHORO, R.; MARANGONI, S. R.; ALTRÃO, R. F.; RODRIGUES, A. L. *et al.*. Homeless population: characterization and contextualization by census research. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 5, e20190236, 2020.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, Brasília, ano. 2, n.3, p. 9-32, jan-jun. 2001.

IBGE. Censo Demográfico 2022: Características da população e dos domicílios. Palmas. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 05 nov. 2024.

JABUR, P de A. C.; CONCEIÇÃO, C. O da; SILVA, J. M. da. Pelos cantos da capital: migração e vida nas ruas em Brasília. **Illuminuras**, Porto Alegre, v. 16, n. 37, 2015.

JABUR, P. de A C.; TAVARES, B. L.; MÁXIMO DA SILVA, J.; ARAÚJO MARTINS, Y. R. Cozinhando a céu aberto: relatos de vida de moradores de rua em Brasília. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 18, n. 1, 2016.

KLEINMAN A. Orientation 2: Culture, health care systems and clinical reality. *In*: KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1980. p. 24-70.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social, Scienc. Med.**, v. 12, p. 85-93, 1978.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459-66, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 517-524, jul. 2006

LIRA, C. D. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019.

LOUBIÈRE, S. *et al.* Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: results from the French Housing First Study. **Public Health**, v. 185, p. 224-231, 2020.

MACHADO, L.; MATSUMOTO, L. S. **Psicologia positiva e psiquiatria positiva: a ciência da felicidade na prática clínica**. Editora Manole, 2020.

MACHADO, M. P. M. Consultórios na rua: objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação, em diferentes perspectivas. *In: TEIXEIRA, C. P. et al. Experiências no acesso e cuidado de populações vulneráveis na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru*. Porto Alegre: Rede Unida, 2024. p. 205–216

MACHADO, M. P. M.; RABELLO, E. T. Consultório na Rua: uma revisão de literatura sobre seus objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação. *In: NUNES, N. R. de A.; SENNA, M. de C.; CINACCHI, G. B. (Org.). População em Situação de Rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 109-127.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MARINHO, J. A.; SILVA, I. F.; FERREIRA, S. L. Terapia de rede social e de 12 passos. *In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.301-10.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 328–333, mar. 2010.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 04, e324216, 2016.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, C.A.C. **A arte de curar nos tempos da colônia limites e espaços da cura**. 3. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.

MUHL, C. O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão. **Rev. Nufen**, Belém, v. 12, n. 3, p. 198–216, 2020.

NAKATA, L. C.; FELTRIN, A. F. DOS S.; CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J. B. B. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, e20190154., 2020.

OLIVEIRA, P. H. L. *et al.* Itinerário terapêutico de pessoas transgênero: assistência despersonalizada e produtora de iniquidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, 2022.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS, 1946. 8 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 20 ago. 2024.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, 2014.

PAIVA, I. K. S. DE.; GUIMARÃES, J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 4, p. e320408, 2022.

PALMAS. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior 3º Quadrimestre de 2023 (RDQA)**. Palmas: Semus, 2023. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/secretaria-municipal-da-saude/documentos-antiores-a-2024/>. Acesso em: 14 ago. 2024.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria Conjunta DSG nº 25/Semus/Fesp, de 09 de agosto de 2016**. Institui o Projeto de Pesquisa e Extensão “Palmas para Todos” e dá outras providências. Palmas, TO: Prefeitura de Palmas, 2016. Disponível em: <http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/1533-28-6-2016-18-47-29.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2023.

PAPA, C.; MAIO, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. S. l. Grupo A, 2011.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. 360p.

SANTOS, D. V. D.; SILVA, M. J. de S. S.; JURGENSEN, T. Vulnerabilidades e determinação social da saúde no cenário da atenção primária à saúde. *In*: TEIXEIRA, C. P. *et al.* **Experiências no acesso e cuidado de populações vulneráveis na atenção primária**: Brasil, Chile, Colômbia e Peru. Porto Alegre: Rede Unida, 2024. p. 205–216

SANTOS, L. A.; KIND, L. Itinerários Terapêuticos Percorridos por Pessoas que Tentaram Suicídio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 38, p. e38412, 2022.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. **Positive psychology**: an introduction. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2000.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, 2018.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e os cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005 p. 93-110.

TEIXEIRA, C. P.; BRAGA, A. M.; AZEVEDO, D. P. G. D. Desigualdades sociais e iniquidades em saúde na América Latina e Caribe. *In*: TEIXEIRA, C. P. *et al.* **Experiências no acesso e cuidado de populações vulneráveis na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru**. Porto Alegre: Rede Unida, 2024. p. 35–55

TEIXEIRA, M. B.; MACHADO, M. P. M.; PAULA, H. C. de. A dimensão do cuidado à população em situação de rua por meio do consultório na rua. *In*: TEIXEIRA, C. P. *et al.* **Experiências no acesso e cuidado de populações vulneráveis na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru**. Porto Alegre: Rede Unida, 2024. p. 191–203.

TONIOL, R. **Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, e300226, 2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Iniciais:

Gênero:

Idade:

Escolaridade:

Naturalidade:

Tempo em situação de rua:

Tempo em Palmas:

Perguntas norteadoras:

- 1) O que é ter saúde para você? Me conta uma situação que você acha que esta com saúde.**
- 2) O que é estar doente para você? Me conta uma situação que você acha que esta sem saúde.**
- 3) Quando você precisa cuidar da sua saúde o que você faz e/ou aonde você procura apoio? (especificar o tipo e de apoio, dê exemplos)**
- 4) Você considera que essa busca/apoio solucionaram seus problemas?**

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “**OS SENTIDOS DOS CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DE CUIDADO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO**” e nós gostaríamos de entrevistá-lo(a). Essa pesquisa faz parte do meu trabalho de mestrado na Universidade Federal de Palmas (UFT) sob orientação do Prof. Dr. Rogério Ferreira Marquezan.

Caso o senhor (a) não entenda alguma parte do texto abaixo fique à vontade para me perguntar.

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

As informações coletadas tem por objetivo entender como as pessoas resolvem seus problemas de saúde. Isso é importante, pois ajuda os profissionais a entender as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua.

PROCEDIMENTOS:

A sua participação será por meio de uma entrevista gravada. A duração é de aproximadamente 30 minutos. Você responderá perguntas sobre como tem buscado tratamento de saúde.

RISCOS, BENEFÍCIOS E FORMA DE ACOMPANHAMENTO/ASSISTÊNCIA

Talvez você se sinta desconfortável em responder alguma pergunta e/ou fique com dúvidas para respondê-las. Caso sinta qualquer desconforto (vergonha, timidez, medo) pode me avisar, e se for necessário, poderemos ofertar uma escuta com profissional de psicologia.

A sua participação nessa pesquisa poderá ajudar a melhorar o acesso aos serviços de saúde por parte da população em situação de rua, pois facilitará a compreensão dos profissionais de saúde sobre as necessidades deste grupo.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

Você não terá nenhum custo para participar desta pesquisa e também não receberá nenhuma recompensa financeira. Caso a entrevista trouxer algum prejuízo financeiro, você terá direito a indenização em forma de valores correspondentes, desde que comprovadamente o prejuízo seja decorrente da sua participação na pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Sua participação é voluntária e o(a) sr(a) pode interromper a entrevista mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Se resolver interromper não haverá nenhuma penalidade. Garantimos o sigilo das informações. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, sem nenhuma identificação pessoal.

O sr(a) aceita participar dessa pesquisa? () Sim () Não

Agora, vamos precisar do seu consentimento para a entrevista:

O sr(a) consente fazer as entrevistas respondendo os questionamentos? Sim Não

Caso haja dúvidas sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável (Juliana Santos Simões) pelo endereço Quadra 207 sul, alameda 04, APM 1– Plano Diretor Sul, telefone (63) 992392160 ou com o Comitê de ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP Endereço: Quadra 103 SUL, Avenida LO-01, CONJ. 04, Lote 04 - Plano Diretor Sul, telefone (63) 3212-7904 de segunda a sexta, das 13h às 19h (exceto feriados), órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

Eu _____ após ter sido esclarecido e compreender minha participação na pesquisa, concordo em participar.

Esse termo será feito em duas vias, uma via ficará com o senhor (a) e a outra comigo.

Palmas/TO ____/____/____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Juliana Santos Simões, enfermeira, vinculada a Universidade Federal do Tocantins, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **“OS SENTIDOS DOS CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DE CUIDADO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO”**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no projeto de pesquisa, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Esse projeto de pesquisa objetiva compreender os Itinerários Terapêuticos da população em situação de rua do município de Palmas, Tocantins. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados no banco de dados incluso na pesquisa: número total de pessoas em situação de rua cadastrados pela Equipe do Consultório na rua no ano de 2023 e o quantitativo de acessos/atendimentos realizados pelos dispositivos da saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde (Estratégia Saúde da Família - ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Equipe do Consultório na Rua - eCR) e a Atenção Secundária (Ambulatórios de especialidade, Centros de Atenção Psicossocial - CAPSs, Unidades de Pronto Atendimento - UPAS) contidos no sistema de informação E-SUS. Esclareço que os dados quantitativos de acessos/atendimentos a serem coletados se referem ao período julho de 2016 a julho de 2023. Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade das pessoas que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas novamente a essa comissão e também ao CEP.

Palmas, ____ de ____ de ____

Juliana Santos Simões

331.128.798-3

APÊNDICE D – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Juliana Santos Simões, abaixo-assinado, pesquisador(a) responsável envolvido no projeto intitulado: **OS SENTIDOS DOS CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DE CUIDADO: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO” DECLARO** estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e **COMPROMETO-ME** a acompanhar todo o processo, prezando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares, assim como atender os requisitos da Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP n ° 001/13, especialmente, no que se refere à integridade e proteção dos participantes da pesquisa. **COMPROMETO-ME** também, ao final da pesquisa, a anexar os resultados na Plataforma Brasil, assim como enviar à Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (E-mail: capp.fesp@gmail.com), garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais. Por fim, **ASSEGURO** que os benefícios resultantes do projeto retornarão aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Palmas, ____ de ____ de ____

Juliana Santos Simões

331.128.798-30