

**ARTIGO ORIGINAL****População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença****People on the street: a view of nursing on the health / illness**

Iago Henrique Pinheiro Bezerra<sup>1</sup>, Iri van Macêdo Filho<sup>1</sup>, Rafael José Leitão Mélo da Costa<sup>1</sup>,

Vanessa Juvino de Sousa<sup>2</sup>, Maria Valéria Gorayeb de Carvalho<sup>3</sup>

**RESUMO**

A realidade da população em situação de rua é caracterizada por pobreza extrema e vínculos familiares fragilizados, surge então a necessidade de perceber o adoecer e os cuidados realizados. Desta forma, o objetivo do estudo foi analisar o processo saúde-doença das pessoas em situação de rua no município de Caruaru-PE. Foi realizada uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, com 10 pessoas em situação de rua que utilizavam o Albergue Municipal. Emergiram as seguintes categorias analíticas: *Negligência à saúde, Álcool como terapia, Automedicação, Solidariedade Familiar, e a Procura aos níveis de Assistência Secundária e Terciária*. Com isso, conclui-se a compreensão deficiente acerca do cuidado com a saúde e a negligência do sistema sobre a integralidade em rede. Para tal, há necessidade de elaborar ações dirigidas a esse grupo, a exemplo dos consultórios na rua, compreendendo os princípios da equidade, integralidade e universalidade, com vistas a assisti-los de forma holística, eficaz e resolutiva.

**Palavras-chave:** Saúde pública, Cuidados de enfermagem, Pobreza.

<sup>1</sup>Acadêmico em Enfermagem, Faculdade ASCES.

<sup>2</sup>Enfermeira, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE e docente da Faculdade ASCES.

<sup>3</sup>Enfermeira, Mestrado Profissional pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/MS/UFPE e docente da Faculdade ASCES.

**ABSTRACT**

The reality of the homeless population is characterized by extreme poverty and weakened family ties, then arises the need to understand the illness and the care provided. Thus, the aim of the study was to analyze the disease process of people on the streets in the city of Caruaru-PE. We conducted a descriptive, exploratory qualitative approach, with 10 people on the street who used the Municipal Hostel. Yielded the following analytical categories: *Neglect health, alcohol as therapy, Self Medication, Family Solidarity, and Demand levels Assistance Secondary and Tertiary*. This indicates to poor understanding about the health care system, and neglect on the

integral network. To this end, we need to develop actions aimed at this group, like the offices on the street, including the principles of equity, comprehensiveness and universality, in order to assist them holistically, effective and resolute.

**Key words:** public health, nursing care, poverty.

## INTRODUÇÃO

A População em situação de rua é caracterizada como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Eles também utilizam os logradouros públicos e as áreas agregadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporária ou como moradia provisória<sup>1</sup>.

No município de Caruaru-PE há um Centro de Referência Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua (CREAS-POP), e o ALBERGUE Municipal que é destinado para o pernoite temporário dessa população. No entanto, os dados sobre saúde/doença existentes sobre a população em situação de rua são poucos, tanto quantitativamente quanto qualitativamente.

Um dos dados importantes é sobre o acesso aos serviços de saúde. Este acesso é garantido no artigo 196 da Constituição

Federal (1988), que afirma: A saúde é direito de todos e dever do Estado <sup>2</sup>, e de acordo com portaria 2.488 de Outubro de 2011, a atenção básica de saúde deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde <sup>3</sup>.

Já a Política Nacional de Atenção a População em Situação de Rua, que é considerado um marco na atenção à saúde a essa população e no Sistema Único de Saúde (SUS), pretende ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde. Sendo a atenção básica um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, possibilita sua inserção efetiva no SUS, tendo como porta de entrada prioritária na Atenção Básica (AB) as equipes do Consultório na Rua <sup>4</sup>.

A partir deste contexto, surge a necessidade de perceber a forma de adoecer, confrontada com a concepção de cuidados na sociedade e da exclusão social na atenção à saúde dessa população <sup>5</sup>. As informações obtidas poderão ser subsídios para práticas assistenciais de saúde e a

capacitação de recursos humanos de modo a contribuir na implantação/implementação de políticas públicas específicas à população estudada. Desta forma, este

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 10 pessoas em situação de rua que fizeram a opção de utilizar o Albergue Municipal, os quais foram denominados como “entrevistados” e representados pela letra E mais uma numeração que refere-se a sequência de entrevistas, ficando de E-1 a E-10. As entrevistas foram realizadas no Albergue, e foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE respeitando os preceitos da Resolução nº 196/96 em

## RESULTADOS

Ao analisar o processo de saúde/doença das pessoas em situação de rua, a partir de suas falas, emergiram as seguintes categorias: a) Negligência à saúde; b) Álcool como terapia; c) Automedicação; d) Solidariedade Familiar; e) Procura aos níveis de Assistência Secundária e Terciária de Saúde.

estudo teve como objetivo analisar o processo saúde-doença das pessoas em situação de rua no município de Caruaru-PE.

pesquisa com seres humanos garantido desta forma o anonimato. A coleta ocorreu nos meses de maio e junho de 2013, sendo utilizado um gravador digital e a técnica de entrevista semiestruturada, na qual o informante discorreu livremente diante da questão norteadora: Quando você fica doente o que você faz? A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ASCES/PE obtendo o nº de protocolo 236.765 no dia 03 de Abril de 2013, não existindo financiamento para sua realização. As entrevistas foram transcritas na íntegra e interpretadas conforme a análise de conteúdo por Laurence Bardin <sup>6</sup>, possibilitando o surgimento de cinco categorias.

A partir disso é importante destacar que 80% dos entrevistados eram do sexo masculino, onde dos 10 entrevistados, apenas duas eram do sexo feminino (20%). Destes, quatro são do Estado de Pernambuco, quatro de outros estados do Nordeste e dois do Sudeste, sete deles estão na faixa etária menor que 30 anos, e três acima dos 30 anos, sendo nove com

ensino fundamental incompleto e um analfabeto.

Em relação ao tempo que estão em situação de rua cinco deles têm menos de um ano, quatro entre um e quatro anos, e um entrevistado com mais de quatro anos

## DISCUSSÕES

A partir da análise das falas, enfatizadas pelos gestos e expressões dos participantes do estudo, chegaram-se às categorias descritas a seguir:

### a) Negligência à saúde

No trecho abaixo é perceptível que não há procura pelos serviços de saúde e a consciência ingênua em relação ao seu autocuidado. *“Faz uns dias ai que eu estou doente, com o corpo remoso também, mas até agora eu não procurei orientação médica não [...]”* (E-6).

Entretanto pode-se destacar que muitos dos que estão em situação de rua têm conceitos diferenciados sobre o processo saúde e doença. Culturalmente, quando se pergunta sobre a saúde de alguém, quase sempre se ouvirá que ela está bem por não ter ficado doente, nem ter precisado tomar medicamentos ou por não ter procurado os serviços de saúde. Ao mencionar isso, esquece-se que a saúde também significa nossa capacidade de

de situação de rua. Os dados encontram-se de acordo com censo realizado pelo governo federal de pessoas em situação de rua em 2007, onde destaca a predominância masculina (82%) e mais da metade (53%) possuía entre 25 e 44 anos <sup>4</sup>.

enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e entender o que está ocorrendo, como, ainda, os momentos da vida, nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões <sup>7</sup>.

*“É como eu falei para você, geralmente os outros que estão de fora percebem a gravidade do problema que estamos tendo, pronto, estou conversando com vocês aqui, por exemplo, meu rosto está sangrando, vou passar a mão, você vai olhar e dizer, seu rosto está sangrando. Eu vou responder, não, é normal, eu só estou vendo sangue aqui, é normal, mas você está com uma visão melhor”* (E-2).

A compreensão das pessoas em situação de rua ao vivenciarem um processo saúde-doença, afirma que vários conceitos do que é saúde e doença são formados. Logo, o modo de ver saúde e doença é peculiar de cada indivíduo, e devemos ter em mente essa informação ao abordar um usuário do sistema de saúde <sup>8</sup>. Observa-se no relato abaixo de um dos entrevistados.

*“Tem vezes que a gente está doente na rua e nem sabe que está”* (E-2).

Outro aspecto relevante é a maior prevalência de homens em situação de rua, isto gera a reflexão sobre a importância da atenção à saúde do homem, lembrando-se que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e por isso morrem mais precocemente que as mulheres<sup>9-12</sup>.

Tendo em vista esse fator e a escassez de ações voltadas a Saúde do Homem e a percepção desse ser masculino sobre suas necessidades de saúde, considerando o machismo como um aspecto que também perpassa grande parte dos homens, muitos expressam sua identidade masculina, associada à virilidade e poder, como atributos que os fazem se sentir imunes e invulneráveis ao adoecimento, sobressaindo sua resistência em procurar os serviços de saúde preventivos<sup>13</sup>. *“Raramente eu fico doente, só tenho gripe e dor de cabeça mesmo, se eu tiver, é difícil ficar, nunca mais fui ao médico” (E-7)*.

Desta forma, reforça-se que os aspectos socioculturais estão interligados ao processo saúde-adoecimento do homem, e neste sentido são as crenças e valores que determinam o que é ser masculino, sendo a doença considerada como sinal de fragilidade, uma vez que os homens não a reconhecem como intrínseco a sua condição biológica<sup>14</sup>.

Com isso se faz necessário uma atenção especial à saúde do homem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que reconhece que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública<sup>15</sup>. Desse modo se propõe uma assistência de forma holística, compreendendo as necessidades dessa população envolvente todas as faixas etárias e ambos os sexos e principalmente levando em conta os diferentes conceitos do que é saúde e a consciência ingênua em relação ao processo saúde e doença.

#### b) Álcool como terapia

Um grave problema de saúde pública no Brasil são os relacionados ao uso de álcool e outras drogas<sup>16</sup>. A ausência de cuidados àqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas. E neste estudo com as pessoas em situação de rua não foi diferente, foi perceptível o uso do álcool e outras drogas, além disso, o uso do álcool

como terapia relaxante e medicamentosa, uma prática bem explícita nos trechos abaixo:

*“Eu tomo cana, cana com limão” (E-5).*

*“Quando fico doente! É como eu falei, há 29 anos estou no meio da rua, e também aprendemos algumas alternativas, e depende da doença, se for uma febre, por exemplo, febre é uma coisa pra mim que eu só curo com cachaça, gripe pra mim também é cachaça, tem vez que a gente está doente na rua e nem sabe que está” (E-2).*

Em outro trecho da entrevista do mesmo acima, ele relata sobre o custo benefício de beber, em relação a fármacos. *“Você tem um real no bolso [...] ou você compra o pão ou compra a cachaça ou o remédio, o cara igual a mim morador de rua que bebe, um remédio que eu tomar agora, acho que não faz efeito [...]” (E-2).*

Porém outras linhas de pensamentos e estudos, falam que o uso dessas substâncias não serve só como terapia medicamentosa<sup>5</sup> o uso abusivo de bebidas alcoólicas incorpora-se a esse modo de vida, pois é, ao mesmo tempo, aproximação interpessoal. Isso é bem ponderado por esse trecho. *“A bebida é um conforto forte” (E-2).*

Em consonância, outro estudo<sup>17</sup> relata que ao mesmo tempo, há funcionalidade do uso do álcool para a pessoa em situação de rua, entre elas o favorecimento de encontros coletivos e o anestesiar do sofrimento que essa situação

provoca apesar do alheamento à realidade. Assim, ressalta-se a importância do álcool como elemento socializador nos grupos de rua, possibilitando à pessoa "integrar" uma rede tênue e efêmera de vínculos afetivos que se encontram fragmentados: nesse processo (socialização na rua) o álcool é um elemento fundamental. *“Daí passa o frio e eu vou embora dormir embriagado” (E-5).*

Percebe-se ainda, a dificuldade dos próprios de deixar essa situação de rua, por conta do uso do álcool e outras drogas<sup>18</sup>. A drogadição e o alcoolismo acabam sendo os determinantes da entrada, permanência e saída da rua. Para romper com este ciclo há necessidade de serviços especializados.

### c) Automedicação

A automedicação é uma prática bastante comum na população em situação de rua. Essa prática pode ser definida como o uso de medicamentos sem prescrição médica, quando o próprio paciente decide qual fármaco vai usar. Inclui-se também nessa designação genérica a prescrição ou indicação de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares ou mesmo balconistas de farmácia<sup>19</sup>.

Observa-se na fala que os mesmos fazem uso desse método. *“Tem vez que eu vou à farmácia, compro alguma coisa, compro um remédio, arrumo para*

*inflamação, mas tem vezes que não resolve* “(E-6). *“Auto me medico, vou na farmácia compro um comprimido, acabou-se”* (E-4).

Estas respostas indicam o uso de um elemento integrante do conceito de autocuidado, mas é importante salientar que este processo envolve riscos como mascaramento da evolução de doenças graves, e surgimento de efeitos adversos. O erro na escolha do medicamento, forma farmacêutica, dosagem, ou tempo de tratamento, pode agravar problemas de saúde já existentes ou fazerem surgir novos problemas prejudicando a qualidade de vida de quem se automedica<sup>20</sup>.

Portanto, faz-se necessário implementar estratégias de cunho educativo, objetivando produzir maior conhecimento a população em situação de rua quanto a elevada gama de efeitos deletérios da automedicação, bem como sua gravidade.

#### d) Solidariedade Familiar

A realidade da população em situação de rua é marcada por diversos problemas. São pessoas que passam por fome, sede, frio, desconforto, desemprego e principalmente pela perda do vínculo familiar. A família para eles é o alicerce de tudo, como pode-se identificar. *“Eu acho que a base da família é o pai e a mãe, quando não há essa base [...]. Eu não tive*

*estrutura de pai e mãe acompanhando, então isso é um fator”* (E-2).

A perda desse vínculo levaram essas pessoas a ficarem a mercê das ruas. Mas o que pode ser observado na realidade, é que estando nas ruas essas pessoas começaram a criar um novo vínculo familiar. São pessoas que por desfrutarem das mesmas condições de vida criam uma conectividade entre elas.

Como podemos verificar no estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, que a afinidade e o compartilhamento de trajetórias entre os pares de rua são componentes fundamentais para a construção de relações que, exibidas em seus extremos, alcançam o patamar de vínculos afetivos<sup>21</sup>.

A compreensão destas relações familiares reporta-nos para a especificidade dos vínculos de parentesco no universo das ruas, em atenção aos atributos de proximidade, afinidade e compartilhamento de bens e experiências. Com tal perspectiva, alguns autores remetem que as relações independem dos laços consanguíneos, em atenção à afetividade, afinidade e “partilha de substâncias” (comida, trabalho, ações cotidianas). Com efeito, os laços de proximidade são criados pela procriação, mas também pelos atos de cuidar, partilhar, viver junto. Na perspectiva do mesmo autor, o laço de sangue por si só não

constitui parentesco, pois há um espaço que precisa ser preenchido por signos de proximidade e afetividade<sup>22</sup>.

Como podemos perceber existem nas ruas um vínculo familiar que envolve: cuidado, atenção e respeito com as pessoas do meio. A solidariedade entre eles é algo que remete um o ato de bondade com todas as pessoas em sua volta, com prioridade das pessoas com mais dificuldades. O cuidado entre eles pode ser compreendido na dimensão ontológica, ou seja, o ser humano cuida do outro por zelo, por desvelo, por prazer – cuida porque é humano<sup>23</sup>. Podemos evidenciar isso, na fala a seguir.

*“Graças a Deus ainda existe moradores de rua que ajudam o outro, percebem a gravidade da coisa, assim como eu falei do cara que levou a facada que não queria ir para hospital, que eu falei não você tem que ir, e ele foi. Poderia ser eu, e ele falar a mesma coisa [...]” (E-2)*

Percebe-se o quanto que viver na rua não se abandona em definitivo as vinculações familiares, também não se deixa de constituir novos vínculos que remetem aos de origem familiar, seja em sua organização interna, na definição de papéis ou na proximidade afetiva.

Estes novos vínculos – proporcionados pela acolhida que a vida nas ruas oferece – estruturam uma relação familiar cunhada a partir de experiências compartilhadas ou situações críticas que comprovam lealdade entre os envolvidos,

como demonstrações de defesa e proteção em casos de discussões, brigas ou companheirismo em situações de risco.

e) Procura aos níveis de Assistência Secundária e Terciária de Saúde

Identificou-se uma ausência de acesso aos modelos de atenção primária de saúde, que é considerado a porta de entrada do SUS e a modelos específicos de assistência as pessoas em situação de rua.

*“Quando a gente fica doente vai para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento)” (E-8).*

*“Eu venho ao ALBERGUE ou ATITUDE e eles me encaminham para UPAS” (E-10).*

*“Procuro o hospital que tiver mais próximo” (E-3).*

*“Para tentar a melhoria da minha saúde procuro ir ao hospital” (E-1).*

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos



determinantes e condicionantes de saúde das coletividades <sup>3</sup>.

Porém, o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde se dava através dos modelos de atenção secundários e terciários e em casos de necessidade extrema ou de risco iminente. *“Eu passei mal na Avenida Rio Branco (localizada no Município de Caruaru-PE) o pessoal da sorveteria foi e me socorreu, pois não tinha condições de chegar ao ponto de ônibus para ir ao hospital” (E-8).*

Assim, a partir da reflexão surge o questionamento: Quem é responsável pela integralidade da assistência básica à saúde desses cidadãos que muitas vezes não têm locais fixos para pernoitar e vagam em logradouros públicos? *“Eu já fiquei com Pneumonia, por causa da frieza” (E-8).*

Percebe-se a complexidade e a vulnerabilidade do que é viver em situação de rua e dos riscos que esse grupo populacional está sujeito. Bem como, pode-se referir as dificuldades encontradas pelas equipes de saúde para assisti-los, principalmente nos modelos de Estratégias de Saúde da Família, já que muitos não têm locais fixos para viver e acabam ficando à margem e desassistidos.

Com isso se faz necessário a implantação e implementação de estratégias específicas a essa população, onde possa proporcionar uma assistência

integral e impactante em relação à saúde desses cidadãos. Assim como destaca o Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional <sup>1</sup>.

Desta forma, destacam-se os consultórios na rua, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica, que buscam atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas <sup>4</sup>.

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais que prestam atenção integral lidando com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência, Emergência e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário <sup>4</sup>. *“Primeiramente quando estou doente eu venho ao ALBERGUE ou para o ATITUDE e eles me encaminham para UPAS e vão comigo me acompanhando” (E-9).*

Esta população, por não vivenciar o cuidado e nem a condição do consultório na rua, acaba utilizando os serviços de urgência e emergência. Desta forma, apenas tem sua necessidade atendida para problemas existentes, ficando a prevenção e a promoção à saúde negligenciadas. Fica evidente a necessidade deste olhar para a saúde desta população, afinal os consultórios na rua hoje se tornaram uma nova forma para integrar as pessoas em situação de rua às políticas nacionais de atenção básica e de saúde em geral, sendo indispensável identificar as individualidades e as necessidades de cada

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise das falas, sobre o processo de saúde e doença das pessoas em situação de rua, foi possível compreender as necessidades dessa população, sugerindo para esta uma atenção à saúde conforme regulamenta o SUS no Brasil.

Assim, conclui-se que a compreensão acerca do cuidado com a saúde pelas pessoas em situação de rua é deficiente, percebido através do conhecimento ingênuo dessas pessoas em relação ao autocuidado, bem como o uso de substâncias alcoólicas como meio de “tratamento” e fuga da sua realidade, além

pessoa ou grupo, compreendendo suas complexidades e vulnerabilidades, visando sempre desenvolver ações compartilhadas, assim como poderia ser o caso do município onde foi realizado o estudo, cujo poderia utilizar-se de programas já existentes como o CREAS-POP, ATITUDE e o ALBERGUE, além de outros serviços que já foram abordados anteriormente. Portanto os consultórios na Rua tornar-se-iam uma excelente estratégia ao acesso integral dessa população ao Sistema Único de Saúde e a todos seus programas e modelos.

do uso do saber empírico como forma do cuidar. Outro aspecto que o estudo revelou foi a automedicação e a procura do serviço hospitalar apenas em casos extremos, ou seja, de risco iminente.

A falta de promoção e prevenção para doenças aparece como aspecto relevante, dessa forma mostra-se a necessidade de implantação e implementação de políticas de saúde específicas a essa população, sendo a atenção básica e os Consultórios na Rua um espaço prioritário para o fortalecimento dessa assistência, assim como instituído pela Política Nacional de Atenção Básica a forma de acesso e articulação com outros modelos, visando uma assistência

equânime, integral, universal, eficaz e resolutive.

Revelou-se a importância de uma assistência adequada, multiprofissional e holística proporcionando melhoria das condições de saúde e de vida dessas pessoas, de acordo com as suas realidades cotidianas compreendendo as especificidades de cada grupo ou indivíduo. Também sugere-se a realização de mais pesquisas nesta temática diante da escassez de estudos relacionados ao tema. Nesse sentido, os apontamentos aqui

levantados podem oferecer subsídios para estimular um olhar mais atento a essa realidade que está na "porta" dos serviços de saúde e entidades assistenciais, tendo em vista que para cuidar de pessoas em situação de rua precisa-se atribuir não só um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta, mas principalmente de instituir as políticas de saúde para garantir à estas pessoas o seu direito à saúde, conforme rege a Constituição Federal.

## REFERÊNCIAS

- 1- 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. Casa Civil. 24 dez 2009.
- 2- Carmen T. Os princípios do sistema único de saúde. Salvador; 2011.
- 3- Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério de Estado da Saúde; 2011.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília; 2012.
- 5- Junior NV, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saúde soc. 1998; 7:47-62.
- 6- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2009.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores e educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 8- Silva MLL. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
- 9- Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJB, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in

- Brazil. *Braz J Urol.* 2008; 5:587-593.
- 10- Courtenay WH. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000; 50:1385-401.
- 11- Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb LSD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10:35-46.
- 12- Luck M, Bamford M, Williamson P. *Men's health: perspectives, diversity and paradox.* London: Blackwell Sciences; 2000.
- 13- Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26:961-970.
- 14- Vieira LCS, Figueiredo MLF, Sales RLUB, Lopes WMPS, Avelino FVD. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. *Enferm Foco.* 2011; 2:215-217.
- 15- Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 16- Brasil. Ministério da saúde. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 17- Botti NCL, Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de belo horizonte. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2010; 6:536-55.
- 18- Rosa AS, Secco MG, Brêtas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59:331-6.
- 19- Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21:6.
- 20- Correr CJ. Os problemas relacionados aos medicamentos no contexto da atenção farmacêutica: uma avaliação de conceitos. *Pharm Bras.* 2002; 32:73-78.
- 21- Silva TL. Um estudo etnográfico sobre o parentesco afetivo entre homens e mulheres em situação de rua. *Rev Perspectivas Sociais.* 2013; 1:115-128.
- 22- Carsten J. Introduction: cultures of relatedness. In: Carsten J. *Culture of relatedness: new approaches to the study of kinship.* Cambridge University Press; 2000.
- 23- Paulo L, Zanine A. Automedicação no Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 1988; 34:69-75.

## Correspondência:

Vanessa Juvino de Sousa  
Email: vanessajuvino@gmail.com

Recebido em: 08/08/2014  
Aceito em 17/11/2015.