

Millenium, 2(28)

pt

ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO E REDUÇÃO DE DANOS PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: VIVÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SELF-CARE AND HARM REDUCTION STRATEGIES FOR PEOPLE EXPERIENCING HOMELESSNESS: EXPERIENCES IN PRIMARY HEALTH CARE

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA PERSONAS SIN HOGAR: EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Lucas Gontijo¹  <https://orcid.org/0000-0002-6005-8154>

Bruna da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0001-7606-2978>

Izabela Dutra¹  <https://orcid.org/0000-0003-4170-3741>

Humberto Quites¹  <https://orcid.org/0000-0002-7299-5217>

Fernanda Lanza¹  <https://orcid.org/0000-0001-8250-180X>

Selma Viegas¹  <https://orcid.org/0000-0002-0287-4997>

¹ Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, Brasil

Lucas Gontijo – enf.lucasgontijo@live.com | Bruna da Silva – brunnamoreira@aluno.ufsj.edu.br | Izabela Dutra- izabelardutra@ufsj.edu.br |

Humberto Quites - hquites@ufsj.edu.br | Fernanda Lanza - fernandalanza@ufsj.edu.br | Selma Viegas - selmaviegas@ufsj.edu.br



Autor Correspondente:

Lucas Gontijo

Rua Maria Manso

35520-170 – Nova Serrana- Brasil

enf.lucasgontijo@live.com

RECEBIDO: 20 de junho de 2025

REVISTO: 12 de julho de 2025

ACEITE: 05 de setembro de 2025

PUBLICADO: 23 de outubro de 2025

RESUMO

Introdução: O autocuidado é uma estratégia fundamental de promoção da saúde e redução de danos. Incluir pessoas em situação de rua no planeamento do cuidado é uma ação emancipatória que fortalece as suas capacidades e promove um cuidado integral, seguro e contextualizado.

Objetivo: Compreender a implementação de estratégias de redução de danos e autocuidado para pessoas em situação de rua e as vivências de profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Estudo qualitativo que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados e o Interacionismo Simbólico, desenvolvido com 36 participantes em dois municípios sem equipas de Consultório na Rua, sendo 30 profissionais da Atenção Primária à Saúde, distribuídos em 6 equipas da Estratégia Saúde da Família, além de 6 representantes da Rede Socioassistencial.

Resultados: Evidenciam-se os desafios das pessoas em situação de rua na adoção de práticas de autocuidado e prevenção, segundo a visão de profissionais da saúde e da rede socioassistencial. Apontam-se para a presença de preconceitos, barreiras de acesso e a reprodução das vulnerabilidades nos serviços de saúde.

Conclusão: Este estudo destaca a importância de planejar, junto às pessoas em situação de rua, estratégias de redução de danos e autocuidado, superando deficiências do quotidiano e buscando apoio na rede socioassistencial. Mais que oferecer serviços, é fundamental capacitar profissionais para práticas humanizadas, inclusivas e livres de estigmas, respeitando as singularidades dessas pessoas.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; atenção primária à saúde; assistência centrada no paciente; enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Self-care is a fundamental strategy for promoting health and reducing harm. Including homeless people in care planning is an emancipatory action that strengthens their capacities and promotes comprehensive, safe, and contextualized care.

Objective: To understand the implementation of harm reduction and self-care strategies for homeless people and the experiences of Primary Health Care professionals.

Methods: A qualitative study using Grounded Theory and Symbolic Interactionism, developed with 36 participants in two municipalities without Street Clinic teams, 30 of whom were Primary Health Care professionals, distributed across 6 Family Health Strategy teams, as well as 6 representatives of the Social Assistance Network.

Results: Evidence of the challenges faced by homeless people in adopting self-care and prevention practices, according to the views of health professionals and the social assistance network. It points to the presence of prejudice, barriers to access, and the reproduction of vulnerabilities in health services.

Conclusion: This study highlights the importance of planning harm reduction and self-care strategies with homeless people, overcoming daily shortcomings, and seeking support from the social assistance network. More than offering services, it is essential to train professionals in humanized, inclusive, and stigma-free practices, respecting the singularities of these people.

Keywords: homeless people; primary health care; patient-centered care; nursing

RESUMEN

Introducción: El autocuidado es una estrategia fundamental para promover la salud y reducir los daños. Incluir a las personas sin hogar en la planificación de la atención es una acción emancipadora que refuerza sus capacidades y promueve una atención integral, segura y contextualizada.

Objetivo: Conocer la implementación de estrategias de reducción de daños y autocuidado para personas sin hogar y las experiencias de los profesionales de atención primaria.

Métodos: Estudio cualitativo utilizando la Teoría Fundamentada de Datos y el Interaccionismo Simbólico, desarrollado con 36 participantes en dos municipios sin equipos de Consultorio de Calle, de los cuales 30 eran profesionales de Atención Primaria de Salud, distribuidos en 6 equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, así como 6 representantes de la Red de Asistencia Social.

Resultados: Evidencia los desafíos enfrentados por las personas en situación de calle en la adopción de prácticas de autocuidado y prevención, según la visión de los profesionales de salud y de la red de asistencia social. Señala la presencia de prejuicios, barreras de acceso y reproducción de vulnerabilidades en los servicios de salud.

Conclusión: Este estudio resalta la importancia de planificar estrategias de reducción de daños y autocuidado con las personas sin hogar, superando las carencias cotidianas y buscando apoyo en la red de asistencia social. Más que ofrecer servicios, es fundamental capacitar a los profesionales en prácticas humanizadas, inclusivas y libres de estigma, respetando las singularidades de estas personas.

Palabras clave: personas con mala vivienda; atención primaria de salud; atención dirigida al paciente; enfermería

INTRODUÇÃO

A maioria das pessoas possuem um local adequado para o sono e descanso, tem horário estabelecido para fazer as refeições, na enfermidade usufruem do acesso à saúde e podem receber os cuidados necessários. Quando uma pessoa se encontra em uma situação na qual não possui uma moradia e não dispõe de recursos financeiros ou materiais, as necessidades básicas tornam-se afetadas e o acesso à saúde pode ser dificultado (Hopkins & Narasimhan, 2022; Viegas et al., 2020). Estimular o autocuidado das pessoas em situação de rua, ou seja, pessoas em situação de sem-abrigo, envolve a construção do cuidado participativo e corresponsável, frente ao fenômeno social, histórico, global, multifacetado e com diversas implicações vivenciadas nas ruas, como o preconceito, o medo, a violência em suas dimensões, a violação dos direitos humanos básicos como o acesso à saúde, educação, habitação, emprego, rendimento e lazer (Silva et al., 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O autocuidado constitui uma importante atitude de promoção da saúde e redução de danos. Por esta razão, trazer as pessoas em situação de rua para o planeamento do cuidado constitui uma importante intervenção emancipatória, visto que as colocam no protagonismo do autocuidado dentro do seu contexto real. Com ativa participação há possibilidades de potencializar as suas capacidades individuais, sociais e coletivas e de criar condições propícias para o cuidado de forma integral e segura dentro da realidade de cada pessoa (Ximenes et al., 2021). Para isso é preciso ultrapassar a dimensão do cuidado que se sucede em condutas e procedimentos, prescrições e normatizações, de modo a valorizar os projetos de vida do outro na sua individualidade e subjetividade (Silva et al., 2018).

Neste estudo, proceder-se-á à análise do conceito de autocuidado fundamentando-o na Teoria do Autocuidado proposta por Dorothea Orem, o qual consiste na realização de ações que promovam o desenvolvimento pessoal e o bem-estar do indivíduo. Essas ações ocorrem em períodos específicos e auxiliam o desenvolvimento de estratégias individualizadas de cuidado, identificando défices de autocuidado para estabelecer, segundo as condições singulares, sistemas de apoio educacional, parcialmente compensatório ou totalmente compensatório, com o objetivo de preservar a vida e melhorar a qualidade do viver (Orem, 1980).

Perante as necessidades de cuidado e de autocuidar-se, uma perspectiva moralista, negativa e preconceituosa sobre as condições de vida e o comportamento das pessoas em situação de rua compromete o acesso e a continuidade do cuidado oferecido a essas pessoas, uma vez que resulta em consequências como o isolamento social, a deterioração da sua qualidade de vida e a redução da autoestima. Esse estigma é frequentemente vivenciado pelas pessoas que vivem nas ruas, quando associado à distância dos serviços de saúde e sociais, aumenta a vulnerabilidade. De maneira alternativa, os profissionais de saúde igualmente podem ser impactados por esse imaginário social, o qual afeta a atenção a essas pessoas. Ou seja, o preconceito gera um ciclo de exclusão que impacta tanto a pessoa cuidada quanto os profissionais, dificultando a efetivação de políticas de cuidado e inclusão (Teixeira et al., 2019).

Devido à precariedade das condições socioeconómicas e do viver nas ruas, as pessoas estão mais vulneráveis à infecção, ao adoecimento e a piores desfechos clínicos, o que está diretamente relacionado com a ausência de autocuidado, tratamentos oportunos e eficazes, resultando na necessidade de cuidados complexos e a interdisciplinaridade (Silva, 2021).

É difícil que a pessoa em situação de rua se sensibilize para o autocuidado efetivo sem que haja interação entre o serviço de saúde, o profissional e o ser cuidado. Dessa forma, a construção do autocuidado precisa ser compreendida nas diversas maneiras de cuidar de si e do outro, além dos fatores que influenciam essa prática e as relações estabelecidas (Silva, 2018).

No Brasil, nos grandes centros urbanos, a atenção às pessoas em situação de rua é realizada pela equipa de Consultório na Rua (eCR), *in loco* com unidades móveis ou em unidades fixas, de maneira itinerante. A eCR atua com a colaboração de outras equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), como a da Estratégia Saúde da Família (ESF), que oferecem acompanhamento contínuo às pessoas, famílias e comunidade, e a equipa Multiprofissional (e-Multi) com apoio de profissionais de diferentes áreas disciplinares. Ademais, a eCR coordena ações com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que atendem pessoas com transtornos mentais, com a Rede de Urgência e Emergência para situações que requerem atendimento imediato, e com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que proporcionam apoio socioassistencial. Essas integrações incluem também entidades públicas e organizações da sociedade civil, formando uma rede integrada de cuidado (Brasil, 2017).

Em municípios sem eCR as pessoas em situação de rua precisam ter como referência as equipes da APS/ESF responsáveis pelos territórios onde circulam ou vivem.

Este estudo considerou o quotidiano de equipas da APS/ESF de dois municípios sem equipes de Consultório na Rua (eCR) que expericiam a atenção a essas pessoas. Perante este contexto, indaga-se: como as equipas de APS/ESF constroem estratégias de fortalecimento do autocuidado e redução de danos para pessoas em situação de rua? Assim, o estudo tem por objetivo compreender a implementação de estratégias de autocuidado e redução de danos para pessoas em situação de rua e as vivências de profissionais da APS no atendimento a essas pessoas.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo que utilizou a Teoria Fundamentada no Dados (TFD) (Strauss & Corbin, 2008) e como referencial teórico o Interacionismo Simbólico (IS) (Blumer, 1969). Para maior confiabilidade nos dados apresentados, foram seguidas as recomendações do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza et al., 2021).

2.2 Participantes

Os participantes foram recrutados de maneira conveniente, por meio de uma abordagem presencial, totalizando 36, dos quais 30 são profissionais da APS, distribuídos em 6 equipas da ESF, além de 6 representantes da Rede Socioassistencial, oriundos de 2 serviços distintos, uma Casa de Acolhimento e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). Não ocorreram respostas negativas para a participação nas entrevistas.

A Figura 1 ilustra a caracterização dos profissionais que participaram deste estudo. Os participantes encontravam-se na faixa etária de 22 a 59 anos, com predominância do sexo feminino. No que tange à qualificação, a maioria possuía licenciatura, e a experiência profissional na área variou entre 1 e 28 anos.

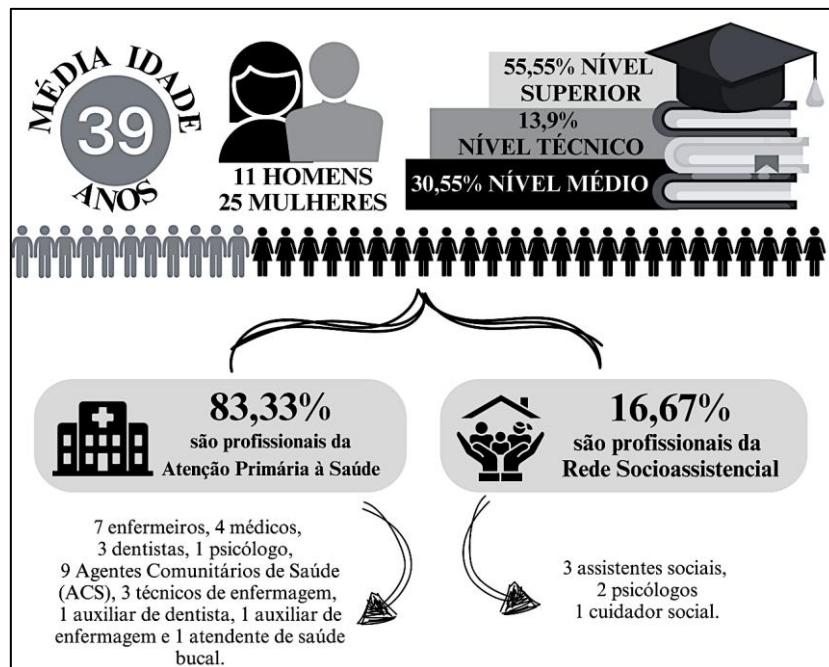


Figura 1 - Características dos participantes da pesquisa de dois municípios de grande porte populacional da região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil

2.3 Recolha de dados

A recolha de dados foi no local de trabalho dos participantes, em salas reservadas, assegurando privacidade, sigilo e conforto aos participantes da investigação. Com o intuito de garantir a qualidade da pesquisa, as três primeiras entrevistas foram supervisionadas pela investigadora orientadora, como parte de um treino inicial do investigador responsável e da aluna em iniciação científica.

Os participantes da Rede Socioassistencial foram convidados como informantes-chave para este estudo, uma vez que os profissionais da ESF entrevistados destacaram a colaboração desses profissionais. Com esse propósito, para aprofundar a compreensão acerca da relação intersetorial existente, foram realizadas entrevistas com profissionais das equipas do Centro POP e da Casa de Acolhimento de pessoas em situação de rua.

O critério de inclusão foi o profissional ter mais de um ano de atuação na APS e de exclusão aqueles que estavam afastados por motivo de férias ou de licenças durante o período de recolha de dados. Os dados foram recolhidos seguindo o método proposto por Strauss e Corbin (2008). O guião da entrevista foi previamente testado e contemplou perguntas relacionadas com a caracterização dos participantes, além de questões abertas que abordam as vivências no atendimento às pessoas em situação de rua no contexto da APS.

As entrevistas ocorreram entre janeiro e novembro de 2022 com duração média de 20 minutos e foram gravadas em formato digital para transcrição e posterior análise. A entrevista transcrita foi remetida ao entrevistado para sua avaliação e validação do conteúdo registrado. Utilizou-se o processador de dados Microsoft Word® para transcrição e organização da análise.

2.4 Análise de dados

A análise dos dados aconteceu imediatamente após cada entrevista, conforme preceitos da TFD, considerando a primeira etapa de análise, a codificação aberta, que se deu linha a linha para identificar os significados/conceitos, em busca de similaridades e diferenças, categorizando os códigos *in vivo* ou criando propriedades. Após término da recolha de dados prosseguiu a segunda etapa, a codificação axial. Nesta, os códigos *in vivo* foram reagrupados em categorias de modo que re(significassem) o fenômeno em investigação. Na terceira, a codificação seletiva, as categorias foram integradas e refinadas de modo a denominar a categoria central. Durante toda análise ocorreu a codificação para o processo, que consiste na observação proposital da ação/interação dos significados, que possibilita a conexão entre as categorias. Na análise dos dados, foram utilizados também os memorandos, que consistem em anotações elaboradas pelo entrevistador com base nas etapas operacionais da pesquisa, observações e reflexões ao longo do processo das entrevistas (Strauss & Corbin, 2008).

A saturação dos dados foi atingida na 34^a entrevista quando os significados apresentaram claramente a definição das categorias nas suas propriedades e dimensões para descrever e interpretar o fenômeno investigado (Strauss & Corbin, 2008). Para confirmação da saturação mais duas entrevistas foram realizadas reforçando as bases analíticas e validade do estudo.

2.5 Questões éticas

Todos os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. O estudo seguiu, em todas as suas etapas, as diretrizes éticas para pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo parecer 5.173.172 no Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSJ-CCO.

3. RESULTADOS

A teoria fundamentada nos dados que emergiu deste estudo foi derivada de cinco categorias teóricas oriundas de 10 subcategorias e 40 códigos *in vivo*, nomeada pela categoria central a qual intitulou a dissertação de mestrado: “*Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem consultório na rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades*”.

Neste artigo, discutiremos a categoria “Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua”, apresentada na Figura 2, a qual destaca os desafios enfrentados por essas pessoas no que tange à adoção de práticas de autocuidado e prevenção de riscos e agravos, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e da rede socioassistencial. Os códigos *in vivo* que originaram essa categoria revelam aspectos como resistência a regras e orientações, dificuldades na adesão a estratégias de cuidado, limitações no acesso à educação em saúde e os desafios para a promoção do autocuidado diante de condições adversas enfrentadas por essas pessoas. Esses elementos refletem barreiras estruturais e subjetivas que impactam diretamente a efetividade das ações de saúde voltadas para as pessoas em situação de rua, especialmente em municípios sem Consultório na Rua, em contexto que reforça as iniquidades no acesso à saúde.

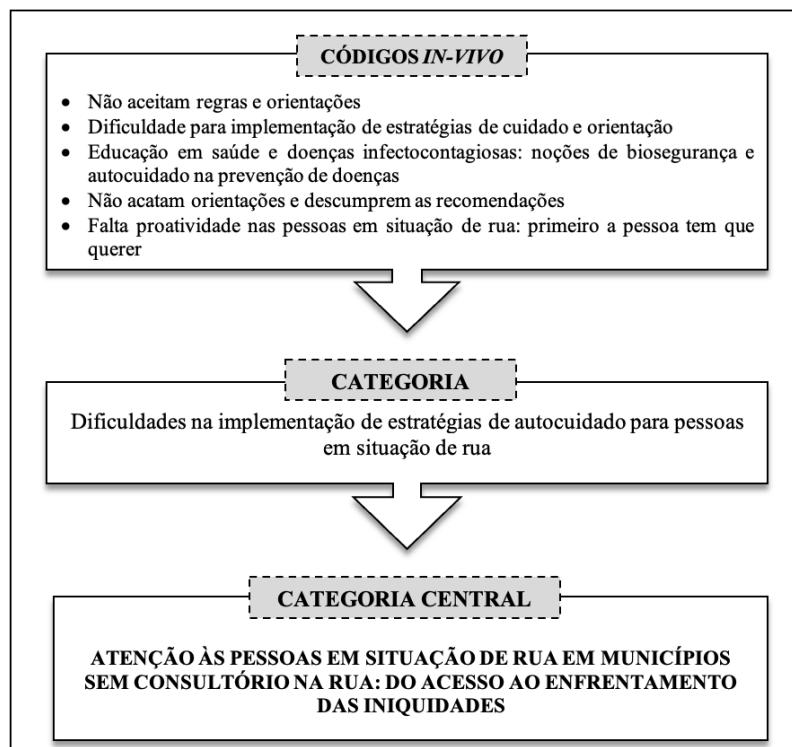


Figura 2 - Categoria “Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua” e códigos *in vivo*, dois municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil

Nas realidades pesquisadas, foi unânime a abordagem dos participantes deste estudo sobre as pessoas em situação de rua não aceitarem regras e nem orientações:

É difícil, por ser morador de rua, eles não aceitam as regras, eles chegavam aqui na unidade, ligavam o rádio, aí a gente pedia para desligar o rádio, eles não queriam desligar o rádio (E1).

Eles têm muita dificuldade de seguir regras. Teve um que até falou comigo: "Por isso que eu moro na rua, porque eu não gosto é de regras" (risos). Mas aí eu falei, que para você ter atendimento tem que ter regras, porque senão fica difícil de a gente controlar (E3).

Porque eles têm as regras na casa de acolhimento, às vezes, eles não adaptam as regras, eles saem e voltam para rua, aí perde essa continuidade do cuidado (E32).

Muitos chegam aqui, vêm da rua e na rua não existe regra: "meu espaço, as minhas regras", chega aqui tem regras, e aí já começam a ficar loucos (E35).

De acordo com os profissionais, no quotidiano as pessoas que vivem nas ruas não acatam orientação da equipa de saúde e não cumprem as recomendações de cuidados:

Mas não acatam as orientações, a gente orienta uma coisa, [...] não retornava para curativo na outra semana (E2).

Destarte, as equipas de APS referem que enfrentam dificuldades para a implementação de estratégias de cuidado e de orientação para o autocuidado, a redução de danos e a promoção da saúde:

É difícil fazer ações de promoção da saúde com eles, porque a busca é difícil, a aceitação é difícil, manter o acompanhamento desse público é bem difícil. Hoje eu não vejo uma forma nova, não consigo pensar nada além da forma tradicional não (E31).

Perante o nomadismo e o abandono do tratamento, a continuidade do cuidado não acontece, as vivências dos profissionais são de atendimento à demanda espontânea:

Não tem como planejar muito. Essa população ela é muito flutuante, não tem como vinculá-la na unidade de saúde [...] não adianta eu querer fazer um cadastro dele, vinculá-lo, pois semana que vem ele está do outro lado da cidade (E33).

O que acontece com eles é que eles não têm aquele cuidado de estar retornando naquele atendimento. Inicia e fica parado. Se não for atrás eles não voltam (E5).

A dificuldade maior que a gente tem é a de continuidade do tratamento. Esses pacientes que estão em situação de rua, de forma geral, não permanecem na cidade, eles migram, então, dificilmente a gente tem alguma adesão (E8).

A fragmentação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) parece ter também influência na continuidade do cuidado por não ter a contrarreferência:

Aqui, na situação que a gente vive, a RAS ela é muito fragmentada, extremamente fragmentada (E22).

A realidade da educação em saúde, de medidas preventivas perante as doenças infectocontagiosas e noções de biossegurança caracteriza-se por:

Paciente lá que tinha tuberculose, então assim, [...] eles ficavam desesperados com medo de pegar tuberculose, ficava ligando aqui na ESF, aí eu tinha que ir lá orientar (E1).

Eles têm muito medo, como a gente fazia atendimento de vários no mesmo dia, eles tinham muito medo, por exemplo, entrava um no consultório, quando ele saia os outros perguntavam: "vocês limpam tudo? Você esterilizou tudo? Porque ele tem hepatite. [...] Eu vi isso neles, o cuidado que eles querem com eles (E3).

Segundo os profissionais entrevistados, há falta de proatividade nas pessoas em situação de rua, pois, primeiro, a pessoa tem que querer:

Sou bem sincero, primeiro a pessoa tem que querer, porque se ela não quiser, você pode tentar fazer o que quiser que ela não vai aceitar ajuda [...] uma pessoa que é morador de rua a primeira coisa que ele tem que querer são melhorias, porque na vida tudo é querer. Se eu quero melhorar e tenho essas possibilidades, igual está tendo agora, ele vai para a frente (E6).

Então, assim, vai do usuário também, não só da equipe. A equipe está fazendo a parte dela, mas ele também tem que querer tratar. [...] o usuário também tem que fazer a parte dele, tem que querer e é muito difícil (E21).

As realidades pesquisadas são de municípios de grande porte populacional de um Estado de Minas Gerais, Brasil, sem equipas de Consultório na Rua, com formas distintas de organização do trabalho quotidiano para atenção às pessoas em situação de rua, visto que em um deles possui o Centro POP, no outro as ações são prestadas pelo Centro de Referência de Assistência Social e a Casa de Acolhimento. Evidenciaram-se ações pontuais das equipas da APS em demanda espontânea, o Agente Comunitário de

Saúde contacta as instituições da rede socioassistencial para encaminhar as demandas aos demais profissionais da equipa, como também identifica as pessoas nas ruas (Memorando):

Tem um que eu já fui atrás dele várias vezes para tentar acolher, porque ele está com o pé muito inchado, problema de veias, então, só que ele não aceita atendimento. Ele fala que pode deixar que ele vai na UPA. Então eu já abordei, já tentei várias vezes trazê-lo aqui, mas eu acho que ele tem medo da gente levá-lo para algum lugar de acolhimento de permanência, aí ele acaba rejeitando, aí fica lá, a Deus dará (E26).

A falta de proatividade das pessoas em situação de rua para o autocuidado determina a vivência da demanda espontânea em condições de agravos que poderiam ter sido evitados pela redução de danos ou acompanhados pelos serviços de saúde antes de se tornarem mais complexos (Memorando).

E poderia melhorar mais o interesse deles, porque eles mesmos não preocupam com isso. Quando as preocupações deles vêm, é porque já está muito ruim. Então poderia ter mais interesse da parte deles (E34).

4. DISCUSSÃO

O autocuidado e a redução de danos é uma medida essencial para a proteção da saúde. Contudo, pessoas em situação de rua frequentemente enfrentam dificuldades para cuidar de si de maneira efetiva, devido às condições adversas impostas pela ausência de moradia e às vulnerabilidades inerentes a esse contexto (Viegas et al., 2021). Esse grupo populacional depende, em grande parte, da solidariedade de terceiros e de ações institucionais e intersetoriais para viabilizar práticas de autocuidado para a redução de danos, seja pela escassez de recursos individuais, seja pela insuficiência de políticas públicas para essas pessoas (Nascimento et al., 2022).

As condições de vulnerabilidade intensificam os riscos de agravos à saúde em pessoas que se encontram privadas de recursos, o que é corroborado pela Teoria de Orem, ao denotar que as necessidades universais de autocuidado deixam de ser atendidas, resultando em défice de autocuidado. Entretanto, é imprescindível ressaltar que os desafios de falta de recursos podem ser mitigados por meio de um sistema de apoio educacional fortalecido (Orem, 1980). Esse apoio é compreendido como um conjunto de estratégias intersetoriais voltadas para a promoção da autonomia, do acesso a direitos e melhoria das condições de vida com fins de garantir suporte às pessoas, para que elas desenvolvam ou recuperem a sua capacidade de autocuidado (Macedo et al., 2021) ou ao menos reduzir os danos.

A perda da autoestima e a falta de preocupação com o autocuidado são situações reais de pessoas em situação de rua, associadas às condições precárias de saúde e à insuficiência de recursos para a manutenção da vida, perante o sofrimento quotidiano e a ausência de perspectiva de vida (Hino et al., 2018).

O cuidado de si, entre pessoas em situação de rua, está profundamente relacionado com os modos de viver e os saberes do senso comum adquiridos nas relações sociais. Por isso, estratégias de autocuidado devem reconhecer esses saberes como legítimos, pois contribuem para a redução de danos. Valorizar essas práticas no planejamento do cuidado fortalece vínculos e favorece mudanças de atitude, tanto no nível individual quanto coletivo (Silva et al., 2020).

O cuidar do outro é uma prática comum entre as pessoas em situação de rua, pois devido à exclusão social não reconhecem a saúde como direito, vivenciam a solidariedade do grupo em prol do cuidado, utilizam conhecimentos e tratamentos do senso comum para recuperação da saúde nas ruas. Assim, recorrem aos serviços de saúde somente em situações de urgência e emergência (Silva et al., 2018).

Um estudo realizado em Mato Grosso, Brasil, apontou que mesmo que as pessoas em situação de rua conheçam a importância do autocuidado e redução de danos no consumo de substâncias psicoativas, não implementam as estratégias conhecidas, alegando que o consumo dessas substâncias proporciona ação anestésica aos problemas enfrentados nas ruas (Nascimento et al., 2022). Resultados esses que corroboram os deste estudo, no qual os profissionais relatam dificuldade de construção de estratégias de autocuidado junto a essas pessoas, já que não conseguem prever as condições de vulnerabilidade, seguir as orientações e recomendações disponibilizadas.

É fundamental reconhecer que não há um cuidado único e ideal para todas as pessoas. O cuidado deve ser construído a partir das necessidades individuais, com ações de redução de danos e abordagem integral, respeitando a autonomia e os desejos de quem é cuidado. Tecnologias leves, como o acolhimento e a criação de vínculos, são essenciais para fortalecer a autonomia. Mais do que prescrever condutas ou incentivar o autocuidado, os profissionais devem considerar as subjetividades e as trajetórias de vida dessas pessoas (Viana et al., 2020).

Um estudo realizado na Holanda constatou que a baixa adesão ao tratamento não estava relacionada somente com as pessoas em situação de rua, mas também com as características do serviço de saúde. Estabelece ainda que é preciso repensar as práticas de cuidado, de modo que seja prestado um cuidado singular e longitudinal, para a superação de comportamentos estigmatizantes e tratamentos prescritivos sem considerar as condições do ser cuidado (Klop et al., 2018). É preciso vivenciar a prática humanizadora com respeito à dignidade para configurar a acessibilidade e a equidade (Viegas et al., 2021).

Os resultados desta pesquisa confirmam evidências de um estudo no Rio de Janeiro, que identificou práticas preconceituosas e estigmatizantes contra pessoas em situação de rua, inclusive por parte de profissionais de saúde e de outros usuários. Nessas situações, o cuidado era conduzido de forma autoritária, limitando a autonomia, especialmente entre consumidores de álcool e outras drogas que sofriam dupla estigmatização. Os seus desejos e escolhas eram desconsiderados, submetendo-os aos valores e crenças dos profissionais, o que aprofundava processos de exclusão. A falta de preparação técnica e ética dos profissionais revela práticas baseadas em condutas individuais, desconsiderando a subjetividade e as vulnerabilidades dessas pessoas (Brito & Silva, 2022).

Ao considerar o nomadismo, a construção do cuidado longitudinal junto às pessoas em situação de rua torna-se complexo e desafiador. A eCR vem possibilitar o cuidado além dos domicílios, famílias e instituições, disponibilizando-o nas ruas mediante os ritmos da vida, desejos e trajetos (Freitas & Justo, 2019). Assim, essa equipa mitiga preconceitos, supera barreiras de acesso e reduz as indiferenças no atendimento às pessoas em situação de rua (Brito & Silva, 2022). Um estudo com profissionais da eCR do município do Rio de Janeiro, Brasil, evidencia que o cuidado dessas pessoas, *in loco*, foi associado ao aumento da autoestima e à promoção do autocuidado (Teixeira et al., 2019).

Um estudo realizado em Campina Grande, Paraíba, Brasil, evidenciou que é preciso ir além do processo saúde-doença para o cuidado integral às pessoas em situação de rua, sendo essencial considerar os hábitos de vida e as barreiras que dificultam o acesso e o efetivo tratamento com atuação profissional programada e intersetorial. A fragmentação da RAS é outro revés na construção de estratégias de autocuidado junto às pessoas em situação de rua, visto que, a falta de comunicação e ação intersetorial fragilizada inviabiliza o cuidado integral e singular, a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento dos casos (Queiroga et al., 2018).

Os comportamentos de risco vivenciados como o uso de drogas, a prostituição, a partilha de perfurocortantes, a violência física, o sexo desprotegido, etc., trazem a necessidade de assistência qualificada, acolhedora e do estímulo ao autocuidado (Patrício et al., 2020). É imperativo abolir as práticas profissionais que contribuem para a discriminação e a desassistência. O preconceito afeta diversos aspectos da vida de uma pessoa, gera sentimentos de vergonha e humilhação e afastamento dos serviços de saúde. Essas experiências impactam a autoimagem e a autoestima das pessoas em situação de rua e promovem negligência no atendimento (Brito & Silva, 2022).

Apesar das adversidades enfrentadas pelos profissionais de saúde na construção de estratégias de autocuidado compartilhadas, esse contexto abre campo para reflexões sobre o desenvolvimento de ações de redução de danos que possibilitem que a pessoa em situação de rua reconheça sua condição de saúde e tenha escolhas seguras, sem exigências, com garantia da sua autonomia e discernimento. Os profissionais de saúde são atores essenciais na promoção do autocuidado com acolhimento qualificado, como educador e orientador. A atitude acolhedora favorecerá o acompanhamento longitudinal e o estreitamento dos laços com os serviços de saúde (Ximenes et al., 2021), possibilitando que a pessoa cuidada seja coparticipante e corresponsável pela manutenção da sua saúde (Nascimento et al., 2022).

Cuidar-se na rua é uma realidade difícil, as ações intersetoriais favorecem o saber e o agir partilhado, já que o autocuidado não diz respeito somente ao cuidado biomédico, envolve também a segurança, educação, promoção social e a garantia dos direitos humanos, além de valorizar a cultura, crenças, conhecimentos e valores individuais. Para potencializar o autocuidado compartilhado, é preciso viabilizar autonomia e autodeterminação. Os encontros assistenciais precisam ser livres de preconceito, estigma e de ações higienistas. A ação intersetorial deve fomentar a reinserção social, o restabelecimento de vínculos, a promoção do emprego, do rendimento e da cidadania, a garantia da plena participação dos atores envolvidos (Silva et al., 2020).

A maneira de expressar acerca de como o outro deve viver ou agir, pode provocar um efeito de colonização e aprisionamento, ao empregar palavras como instrumentos de controle e punição, impregnadas de estigmas e preconceitos, que favorecem a exclusão e resultam em obstáculos ao acesso a cuidados abrangentes em saúde e ao exercício da cidadania (Moreira et al., 2024).

À luz do Interacionismo Simbólico (Blumer, 1969) é entendível o quanto a implementação do autocuidado é complexa no contexto vivido pelas pessoas em situação de rua, visto que os atos do ser humano são influenciados por vários elementos, sendo a sua conduta formada por meio da interpretação desses atos. As orientações para cuidar-se recorrentemente não são atendidas, por não serem considerados os desejos, necessidades e objetivos. Afeta, assim, o autocuidado, já que o comportamento é modificado e pode ser orientado pela imagem que a pessoa faz de si mesma e do outro em inter-relação. No contexto deste estudo, o autocuidado é influenciado pelas interações entre os sujeitos envolvidos, sendo que pode ser iniciado, abandonado, adiado, confinado à intenção ou à fantasia, ou até mesmo à transformação e passar a ser sensível e vivido.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação apresenta-se a amostragem intencional justificada pela temática ao propor atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem eCR. Apesar da amostragem ter sido intencional foi diversificada pela inclusão de participantes da pesquisa de diversas categorias profissionais e das redes de atenção intrasetorial e intersetorial, o que levou a uma amostragem também

teórica, conforme proposto pelo referencial metodológico da TFD. Como trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa os resultados podem ser teoricamente generalizáveis em situações similares.

Este estudo apresenta contribuições para a atenção às pessoas em situação de rua em realidades sem equipes específicas, com subsídios para gestores e profissionais de saúde e da Rede Socioassistencial.

CONCLUSÃO

O autocuidado em saúde não pode ser dissociado da garantia de direitos fundamentais à vida, o que inclui que as pessoas tenham um lugar seguro para viver, o suficiente para comer, os meios para cuidar de si mesmas e acesso oportuno aos serviços de saúde. Mais do que disponibilizar serviços, é essencial que os profissionais da APS sejam capacitados e se tornem sensíveis para a adoção de práticas humanizadas e inclusivas, livres de estígmas, assegurando um atendimento que respeite as singularidades das pessoas em situação de rua.

Incentivar o autocuidado não significa impor regras, mas construir um ambiente acolhedor, no qual as pessoas se sintam proativas e corresponsáveis no processo terapêutico. A adoção de ações intersetoriais e solidárias reduz desigualdades e amplia o acesso à saúde. O cuidado possível é o adequado às necessidades, limitações e expectativas individuais, garantindo dignidade e autonomia. Nesse sentido, a eCR desempenha um papel essencial ao fortalecer vínculos e adotar estratégias de redução de danos, dividindo responsabilidades com as pessoas que vivem nas ruas para autocuidar-se, com sistemas de apoio singulares.

Entretanto, nos municípios que não dispõem de eCR, os desafios intensificam-se, pois a ausência de equipes especializadas restringe a oferta de um cuidado adaptado às necessidades dessa população. O matriciamento junto às equipes da ESF pode ampliar essa abordagem, tornando as ações de saúde mais acessíveis e efetivas para as pessoas em situação de rua. Assim, a promoção do autocuidado deve estar atrelada à implementação de políticas públicas que garantam direitos básicos, associadas à capacitação contínua das equipes da APS.

Mais do que oferecer diretrizes sobre autocuidado, é fundamental criar condições reais para que essas pessoas possam exercê-lo, superando barreiras estruturais e assegurando um atendimento verdadeiramente inclusivo, digno e humanizado. Os resultados deste estudo contribuem para a área da saúde e demais setores da sociedade, reforçam a importância de construir, junto às pessoas que vivenciam a vulnerabilidade nas ruas, práticas singulares e reais para o autocuidado, com ações intersetoriais e solidárias.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) - Chamada 006/2021/PROPE/UFSJ/FAPEMIG.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, L.G. e S.V.; tratamento de dados, L.G., B.S. e S.V.; análise formal, L.G., B.S. e S.V.; aquisição de financiamento, S.V.; investigação, L.G., B.S. e S.V.; metodologia, L.G. e S.V.; administração do projeto, L.G. e S.V.; supervisão, S.V.; validação, L.G., I.D., H.Q., F.L. e S.V.; visualização, L.G., B.S., I.D., H.Q., F.L. e S.V.; redação-preparação do rascunho original, L.G., B.S., I.D., H.Q., F.L. e S.V.; redação-revisão e edição, L.G., B.S., I.D., H.Q., F.L. e S.V.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 1(68). <https://acesse.one/dSPjy>
- Brito, C., & Silva, L. N. da. (2022). População em situação de rua: Estígmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 151–60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>
- Freitas, C. J. de, & Justo, J. S. (2019). Entre a paragem e o trânsito: Atenção psicossocial para a errância e o nomadismo. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 12(2), 300–318. <https://doi.org/10.36298/gerais2019120208>
- Gramajo, C. S., Maciazeki-Gomes, R. de C., Silva, P. dos S. da, & Paiva, A. M. N. de. (2023). (Sobre)viver na rua: Narrativas das pessoas em situação de rua sobre a rede de apoio. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, e243764. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243764>

- Hino, P., Santos, J. de O., & Rosa, A. da S. (2018). People living on the street from the health point of view. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 684–92. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
- Hopkins, J., & Narasimhan, M. (2022). Access to self-care interventions can improve health outcomes for people experiencing homelessness. *BMJ*, 376, e068700. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068700>
- Klop, H.T., Evenblij, K., Gootjes, J. R. G., Veer, A. J. E., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2018). Care avoidance among homeless people and access to care: An interview study among spiritual caregivers, street pastors, homeless outreach workers and formerly homeless people. *Global Public Health*, 13(8), 1095-1107. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5989-1>
- Macedo, J. P., Sousa, A. P. de, & Carvalho, A. V. de. (2021). População em situação de rua: Trabalho em equipe e intersetorial. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 1-13. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.943>
- Moreira, R., Santos, M. L. de M. dos, Rosa, N. S. F., Bertussi, D. C., Slomp Junior, H., & Merhy, E. E. (2024). Quando corpos dissidentes proclamam seus lugares como corpos diz-sonantes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 29(7), e05962023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.05962023>
- Nascimento, V. F. do, Ferreira, K. A., Hattori, T. Y., Terças-Trettel, A. C. P., Lemes, A. G., & Luis, M. A. V. Relações de pessoas em situação de rua com uso de substâncias psicoativas. *Revista Sociais e Humanas*, 35(1), 29-45. <https://doi.org/10.5902/2317175843479>
- Orem D. (1980). *Nursing concepts of practice* (2 ed.). Me Graw-Hill Book.
- Patrício, A. C. F. de A., Figueiredo, M. S. B. R. de, Silva, D. F. da, Rodrigues, B. F. L., Silva, R. F. da, & Silva, R. A. R. da. (2020). Condições de risco à saúde: Pessoas em situação de rua. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e44520. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.44520>
- Pedrosa, T. B., & Cáceres-Serrano P. (2022). Centro Pop e Intersetorialidade: O problema da articulação com a rede de saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 161–172. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19822021>.
- Queiroga, R. P. F. de, Sá, L. D. de, & Gazzinelli, A. (2018). Tuberculosis in the homeless population: Performance of primary health care professionals. *Rev Rene*, 19, e32463. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932463>
- Silva, D. O., Oliveira, J. F., Porcino, C., Gomes, A. M. T., Suto, C. S. S., & Carvalho, E. S. S. (2020). Homeless people's social representations about self-care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180956. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0956>
- Silva, I. C. N., Santos, M. V. S., Campos, L. C. M., Silva, D. O., Porcino, C. A., & Oliveira, J. F. (2018). Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03314. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017023703314>
- Silva, T. O., Vianna, P. J. S., Almeida, M. V. G., Santos, S. D., & Nery, J. S. (2021). População em situação de rua no Brasil: Estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(1), e2020566. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>
- Souza, V. R. S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para o português brasileiro e avaliação do checklist COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2 ed.). Artmed.
- Teixeira, M. B., Belmonte, P., Engstrom, E. M., & Lacerda, A. (2019). Os invisibilizados da cidade: O estigma da população em situação de rua no Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 43(7), 92–101. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>
- Viana, L. S., Oliveira, E. N., Costa, M. S. A., Aguiar, C. C., Moreira, R. M. M., & Cunha, A. A. (2020.) Política de redução de danos e o cuidado à pessoa em situação de rua. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(2), 57-65. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157479>
- Viegas, S. M. F., Nitschke, R. G., Tholl, A. D., Bernardo, L. A., Potrich, T., Arcaya Moncada, M. J. A., & Nabarro, M. (2020). The routine of the street outreach office team: Procedures and care for the homeless. *Global Public Health*, 16(6), 924–935. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1810297>
- Ximenes, A. M., Brandão, M. G. S. A., Muniz, I. F., Aragão, C. P., Caetano, J. A., & Barros, L. M. (2021) Proposta de plano de cuidados para pessoas em situação de rua. *Revista de Atenção à Saúde*, 19(67), 154-164. <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7152>