

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VIRGINIA PALADINO CARDOZO VASCONCELLOS FERNANDES

Acesso e uso de medicamentos sob a perspectiva da pessoa em situação de  
rua

Porto Alegre

2021

VIRGINIA PALADINO CARDOZO VASCONCELLOS FERNANDES

Acesso e uso de medicamentos sob a perspectiva da pessoa em situação de rua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dra. Rosa Maria Levandovski

Área de Concentração – Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa – Saúde, Sociedade e Humanidades

Porto Alegre

2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Fernandes, Virginia Paladino Cardozo Vasconcellos  
Acesso e uso de medicamentos sob a perspectiva da  
pessoa em situação de rua / Virginia Paladino Cardozo  
Vasconcellos Fernandes. -- 2021.  
49 f.  
Orientadora: Rosa Maria Levandovski.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2021.

1. Situação de Rua. 2. Consumo de medicamentos. 3.  
Consultório na Rua. 4. SUS. 5. Acesso à Saúde. I.  
Levandovski, Rosa Maria, orient. II. Título.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As pessoas em situação de rua representam uma parcela da população diretamente interligada às desigualdades. As condições culturais, socioeconômicas e políticas em que estão inseridos os usuários, interferem diretamente no acesso à saúde, no processo de prescrição e, principalmente, na utilização dos medicamentos. **OBJETIVOS:** Descrever o acesso e o uso de medicamentos de pessoas em situação de rua, as estratégias e a frequência de acesso a medicamentos, o entendimento dos usuários sobre o modo de uso e de armazenamento; a identificação dos medicamentos mais consumidos e as indicações mais frequentes. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem mista, qualitativa/quantitativa, de caráter descritivo. Os sujeitos de pesquisa foram pessoas em situação de rua no município de Porto Alegre/RS. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas. O conteúdo foi analisado a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin. **RESULTADOS:** Doze pessoas foram incluídas neste estudo, sendo a maioria homens (83%), pretos ou pardos, com idade entre 25 e 59 anos (67%). O local de maior procura para atendimentos foram as Unidades Básicas e o Consultório na Rua foi o mais citado, demonstrando a importância do vínculo desta população com a equipe. Assim como o acesso à saúde foi limitado ao SUS, o acesso a medicamentos também foi em farmácias públicas. A maioria apontou o uso de medicamentos para patologias agudas e os que relataram medicamentos de uso contínuo não apresentavam adesão ao tratamento. Automedicação e formas alternativas de acesso aos medicamentos foram citadas, além do abuso de álcool e o uso de substâncias psicoativas. **CONCLUSÃO:** Apesar de referirem não observar dificuldades para acessar serviços ou recursos de saúde, ao longo de seus discursos, diversas barreiras foram identificadas, seja em relação à disponibilidade de atendimento, demora e discriminação, ou ainda ao acesso, uso e armazenamento dos medicamentos. Contudo, a interação exitosa entre equipe e usuários não só deve beneficiar o acesso, mas também oportunizar que usuários possam integrar-se dos recursos de saúde oferecidos de maneira mais clara e acessível.

Palavras-chave: Situação de Rua; Consumo de medicamentos; Consultório na Rua; SUS; Acesso à Saúde.

## **ABSTRACT**

**CONTEXT:** Homeless people represent a quota of the population directly linked to inequalities. The cultural, socioeconomic and political conditions in which the users are inserted directly interfere in the access to health, in the prescription process and, mainly, in the use of medicines. **OBJETIVES:** describe the access and the use of medications by homeless people, the tactics and the frequency of access to medications, the knowledge of how it should be taken and storage; the identification of the most taken drugs. **METODOLOGY:** It is a research with a mixed approach, quantitative and qualitative method, with descriptive character. The subjects were homeless people in the city of Porto Alegre/RS. The data collection was taken through interviews that were recorded and transcribed. Data analyses were based on content analysis proposed by Bardin. **RESULTS:** Twelve people were included in this study, being the major mens (83%), dark or brown skin, with age between 25 and 59 years old (67%). The local with more demand were the basic health units and Homeless Clinic as the most cited demonstrates the importance of the bond between population and the team. Access to health was limited to the Sistema Único de Saúde (SUS – Single Health Care System), access to medicines was also available in public pharmacies. Most pointed to the use of drugs for acute pathologies and those who reported continuous use of drugs did not show adherence to treatment. Self-medication and alternative forms of access to medicines were mentioned, in addition to alcohol abuse and the use of psychoactive substances. **CONCLUSIONS:** Although they reported not seeing difficulties in accessing health services or resources, throughout their speeches, several barriers were identified, whether in relation to the availability of care, delay and discrimination or even access, use and storage of medicines. However, successful interaction between staff and users should not only benefit access, but also provide opportunities for users to integrate the health resources offered in a clearer and more accessible way.

**Keywords:** Homeless; Primary Health Care; Consumption of medicines; Homeless Clinic; Single Health Care System; Access to Health.

*“Há muitas maneiras de matar uma pessoa. Cravando um punhal, tirando o pão, não tratando sua doença, condenando à miséria, fazendo trabalhar até arrebentar, impelindo ao suicídio, enviando para a guerra, etc. Só a primeira é proibida por nosso Estado.”*

*Bertolt Brecht*

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2. 1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	8
2. 2 CONSULTORIO NA RUA.....	10
2. 3 ESTUDOS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	12
2. 4 ACESSO A MEDICAMENTOS.....	12
2.5 USO DE MEDICAMENTOS.....	13
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral.....	15
3. 2 Objetivos específicos.....	15
4 METODOLOGIA.....	15
4. 1 Local do estudo.....	16
4. 2 Coleta de dados.....	17
4. 2. 1 Critério de seleção dos participantes.....	18
4. 3 Análise de dados.....	18
4. 4 Aspectos éticos.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1 Perfil .....	21
5.2 Acesso .....	22
5.3 Uso de medicamentos .....	24
5.4 Barreiras e dificuldades .....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS .....	36
APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA.....	43
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44

## 1 INTRODUÇÃO

Não somente uma proposta econômica, a hegemônica visão neoliberal orchestra as condutas e o modo de viver da população por meio das políticas implementadas pelo Estado. Sob a óptica de domínio do capital e do mercado, as capacidades de produção e de consumo estratificam as pessoas em grupos, usando disto para justificar a alocação desigual de recursos e políticas para a manutenção do bem viver. Para além do Mercado, o poder do Estado no mundo neoliberalista estrutura o comportamento social e fundamenta suas políticas para proporcionar a manutenção do domínio de um grupo sobre os outros (WACQUANT, 2012). As vulnerabilidades e a não-inserção no contexto neoliberal, como população excluída do processo de geração de riquezas, tornaram a população em situação de rua historicamente invisível à sociedade (OLIVEIRA, 2018).

A compreensão dos aspectos culturais, sociais e políticos envolvidos no acesso a saúde da população em situação de rua e dos desafios para que seus direitos sejam assegurados tem permeado cada vez mais estudos acadêmicos recentemente (HALLAIS & BARROS, 2015; PAIVA et al, 2016; CHAGAS et al, 2020). A importância de estudar o tema dá-se pela possibilidade de subsidiar políticas públicas que, além de atender as necessidades desta população de maneira integral (VARANDA & ADORNO, 2004; CARNEIRO JUNIOR, JESUS & CREVELIM, 2010), possam tirá-los da sombra da invisibilidade.

O acesso a medicamentos é um dos princípios da assistência farmacêutica e indicador do cumprimento do direito fundamental à saúde (BRASIL, 2006; FERREIRA, 2007; BERMUDEZ, 2017). O acesso insuficiente configura em um grave problema de saúde pública e afeta, principalmente, as populações mais vulneráveis (ARRAIS et al., 2005).

Reconhecida pelo pioneirismo na formulação e na implementação de políticas públicas e programas de assistência à população em situação de rua (SEADI, 2012), Porto Alegre, em 2004, lança o PSF Sem Domicílio. Serviço voltado para o atendimento itinerante e 'in loco' da população em situação de

rua, o programa desempenhava atividades em Atenção Básica e na área de assistência social, visando auxiliar também no acesso dessa população aos serviços de saúde (LONDERO, 2014).

A perspectiva da pessoa em situação de rua de não pertencimento ao SUS é reflexo de seu acesso historicamente dificultado aos serviços de saúde, onde barreiras burocráticas e culturais o inviabilizam. Destaca-se, como barreira preponderante para o distanciamento da pessoa em situação de rua da integralidade de seu cuidado, a falta de treinamento adequado para as equipes dos serviços no que diz respeito à realização de um atendimento compatível com a realidade da rua (SANTOS, 2016; CHAGAS et al, 2020; ROMANIELO et al, 2020; SOUZA et al, 2020).

Minha trajetória profissional e acadêmica iniciou e sempre esteve ligada ao SUS. Da atenção básica ao hospital, vivenciei o trabalhar farmacêutico no desempenhar de seu papel profissional lutando pela promoção, prevenção e manutenção da saúde para o coletivo. Entre estágios e pesquisas, foram as pessoas e suas histórias de vida que me sensibilizaram e me fizeram querer lutar para a preservação e qualificação do SUS. Minha motivação sobre o tema vem do início desta trajetória, quando ao estagiar na Farmácia Distrital Centro, em 2010, tive meu primeiro contato com a população em situação de rua enquanto profissional de saúde. Como dito por Antonio Coppe: “A dor do outro não é minha dor, mas ela me dói”. Perceber as demandas diferenciadas, seja de informação ou de atendimento e a falta de capacitação das equipes de fora do Consultório na Rua para atendê-las, me despertou a visão crítica sobre nosso papel no SUS como garantidores do direito à saúde de maneira integral e não discriminatória e da necessidade do nosso olhar a essas pessoas em situação de tamanha vulnerabilidade. Estudar, compreender e fornecer subsídios para uma atenção em saúde acolhedora em que a valorização do usuário e seu empoderamento sobre sua saúde foram me acompanhando em toda minha trajetória acadêmica. Hoje, meu olhar enquanto farmacêutica é para que o medicamento seja utilizado de fato como uma ferramenta terapêutica adequada, primando pelo seu uso racional, e enquanto sanitarista para que haja viabilização do acesso até a capacitação do usuário para o uso

correto.

Reconhecer que a demanda de atendimentos de saúde não consegue ser suficiente e que outras rotas de cuidado (e de autocuidado) existem é essencial para oportunizar saúde de maneira integral a essa população. Conhecer e qualificar as diferentes estratégias de acesso a saúde das pessoas em situação de rua é um dos principais pontos a serem analisados. O objetivo principal desse estudo é descrever o acesso, as barreiras e dificuldades no uso de medicamentos das pessoas em situação de rua do município de Porto Alegre. Além disso, estudos como este devem contribuir com informações para qualificação do atendimento já existente e oportunizar a criação políticas públicas que garantam o acesso aos serviços de maneira efetiva e que os medicamentos e demais recursos cheguem de fato a estes usuários.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Historicamente caracterizados pela marginalização, indigência e invisibilidade social, as pessoas em situação de rua representam uma parcela da população diretamente interligada às desigualdades sociais. À margem da geração de riquezas, esta população se encontra numa situação de extrema vulnerabilidade, onde está exposta a constante violência e não há garantia de seus direitos fundamentais (PAIVA et al, 2016; FERREIRA, ROZENDO & MELO, 2016; VALLE, FARAH & CARNEIRO JUNIOR, 2020; SOUZA et al, 2020).

Atualmente, designados como população em situação de rua, conforme descrito na Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2009), são definidos como:

“o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (Artigo 1, parágrafo único).

Desde a década de 90, Porto Alegre é reconhecida pelo protagonismo em estudos sobre a população em situação de rua e na implementação de ações específicas no processo de acolhimento e de cuidado digno com esta população (PIZZATO, 2012). No último censo realizado pela Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre junto à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, observou-se o crescimento de mais de 57% no número de pessoas em situação de rua em Porto Alegre desde 2011 (UFRGS, 2016).

Segundo estimativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, a população em situação de rua apresentou crescimento de cerca de 140% nos

últimos anos no país. A crise econômica, o desemprego e o aumento da pobreza são apontados como principais fatores relacionados a esse expressivo aumento (NATALINO, 2020). Na contramão da necessidade de conhecer o número real de pessoas nesta situação para nortear políticas públicas, o IBGE continua incluindo em suas pesquisas apenas pessoas em situação de moradia fixa. Para o censo de 2020, por determinação judicial, a população em situação de rua seria incluída na pesquisa, apresentando-se assim como um avanço para o conhecimento da realidade nacional desta população (RICHTER, 2019). Entretanto, devido à pandemia, o censo foi adiado para 2021 por recomendação do Ministério da Saúde (IBGE, 2020).

Os estudos sobre o tema, embora mais frequentes, ainda são escassos, tanto na literatura nacional quanto internacional. Na Austrália, contabilizado pelo Censo de 2016, havia 116.427 pessoas em situação de rua, número apontado como subestimativa significativa. Embora representem pouco menos que 1% da população australiana, as pessoas em situação de rua têm forte representação em estimativas de morbidade e de mortalidade. Diversas barreiras dificultam o acesso desta população a serviços de saúde preventiva e de atenção primária. As consequências no país são o atendimento de saúde em condições avançadas das doenças, o que gera custos mais dispendiosos e que requerem intervenções por mais tempo. A superutilização dos serviços de emergência não somente é mais cara, quanto não soluciona questões como qualidade de vida, melhora geral do quadro de saúde e, principalmente, o bem-estar. A criação de serviços de atendimento especializados no atendimento de pessoas em situação de rua para os australianos não é suficiente para o atendimento integral, apontando a necessidade da capacitação de todos os profissionais de saúde do país para trabalhar com esta população (DAVIES & WOOD, 2018). Em 2015, um estudo canadense correlacionou a utilização dos serviços de emergência com a não-adesão aos tratamentos medicamentosos por pessoas em situação de rua. Os resultados apontaram que mais de 25% da população entrevistada apresentou não adesão aos medicamentos, sendo efeitos colaterais, custo e falta de acesso a um médico as principais razões. A não adesão foi significativamente associada

ao uso frequente de emergência neste estudo (HUNTER et al, 2015). Ao encontro da necessidade de ampliação do acesso à saúde pelas pessoas em situação de rua, estudo irlandês avaliou, em 2019, o impacto de uma clínica de saúde móvel que presta atendimento gratuito a essa população. Foi observada a necessidade de ampliação dessa estratégia para facilitar o contato das pessoas em situação de rua com serviços de saúde (SWABRI et al, 2019).

## **2. 2 CONSULTÓRIO NA RUA**

A partir de diferentes experiências regionais de atendimento à população em situação de rua, como PSF sem Domicílio e Consultório de Rua, surge, em 2012, o Consultório na Rua. A proposta foi ampliar o atendimento para além do convencional tratamento de patologias, além de atender as demandas específicas desta população, oferecendo ações de promoção de saúde e minimização dos riscos inerentes à realidade em que estão inseridos (LONDERO, 2014; HALLAIS & BARROS, 2015; FERREIRA, ROZENDO & MELO, 2016; ROMANIELO et al, 2020).

A mudança para Consultório na Rua não ocorreu apenas na nomenclatura, mas na estratégia e abrangência de atendimento. Antes embasada na Saúde Mental, agora inserida na Atenção Básica (SANTOS, 2016). Conforme disposto na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, as equipes do Consultório na Rua:

“desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.”  
(BRASIL, 2012a)

A inserção do Consultório na Rua no território influencia no vínculo com a população a partir da compreensão da equipe sobre as necessidades reais dos indivíduos (SANTANA, 2014; HALLAIS & BARROS, 2015). A escuta e o

acolhimento proporcionam o reconhecimento dos saberes e da participação dos usuários no seu processo de saúde, além de contribuir para o empoderamento da população sobre direitos e se apresenta como um facilitador para o acesso aos serviços de saúde (FERREIRA, ROZENDO & MELO, 2016; CHAGAS et al, 2020).

Conforme definido pela Portaria Nº 122, (BRASIL, 2012a), as equipes de Consultório na Rua são divididas em três modalidades de acordo com sua composição. Modalidade I é formada, minimamente, por quatro profissionais – sendo dois profissionais de nível superior (enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional) e dois de nível médio; Modalidade II, por seis profissionais – três de nível superior e três de nível médio; e Modalidade III, similar à composição de equipe da Modalidade II com a presença também de pelo menos um médico. A equipe do CnaR CENTRO pertence a modalidade III, sendo composta por dois médicos de família e comunidade, dois enfermeiros especialistas em saúde da família, quatro técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal e um agente comunitário de saúde.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, o Distrito Sanitário Centro é marcado pela diversidade e pela visível desigualdade de sua população. Destoando em relação à área residencial de elevado nível socioeconômico, o Centro é caracterizado pela grande concentração de pessoas em situação de rua (PORTO ALEGRE, 2017), o que também foi evidenciado pela pesquisa Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS. Mais de 80% dos adultos foram cadastrados no território do Distrito Centro.

Em contraponto à grande contingente populacional, o Distrito apresenta a menor concentração de serviços de Atenção Primária em Saúde. O Consultório na Rua CENTRO, em 2019, possuía 3400 prontuários, três vezes mais usuários do que é preconizado para a equipe. Esta realiza, em média, 35 atendimentos por dia. De acordo com dados fornecidos pelo coordenador, 80% dos usuários são do sexo masculino e a maioria tem idade entre 25 e 49 anos.

A demanda desproporcional de atendimentos no Consultório na Rua CENTRO inviabiliza a realização de novas atividades, como o acompanhamento da adesão. A implementação de novas equipes neste formato em locais estratégicos da cidade seriam uma alternativa para ampliar o alcance do Consultório na Rua na promoção de saúde para a população em situação de rua.

### **2. 3 ESTUDOS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS**

O medicamento, por representar importante relevância nas condutas terapêuticas e pela expressiva representação nos custos em saúde, é tema relevante e frequente de estudos científicos. Tanto para nortear protocolos de prescrição e diretrizes, quanto para políticas públicas de acesso, os estudos de consumo de medicamentos geram indicadores de avaliação e compreensão do perfil de utilização de medicamentos na sociedade (LEITE, VIEIRA & VEBER, 2008).

Os métodos quantitativos, presentes nos estudos farmacoepidemiológicos, são os mais difundidos e aplicados com maior frequência nas pesquisas (CASTRO, 2000). Entretanto, ao considerarmos o consumo de medicamentos um fenômeno multifatorial, a utilização de métodos qualitativos proporciona uma compreensão mais ampla sobre as motivações e as variáveis envolvidas no processo de “medicar-se” e, em 2004, passou a ser recomendada pela Organização Mundial da Saúde (LEITE, VIEIRA & VEBER, 2008; Organização Mundial da Saúde, 2004).

### **2. 4 ACESSO A MEDICAMENTOS**

Para a Organização Mundial da Saúde, o medicamento, apesar de não ser o único aspecto necessário para uma assistência integral e satisfatória, é fundamental para a manutenção da saúde da população. O acesso aos

medicamentos essenciais, que atendem as principais demandas, é considerado um indicador do cumprimento do direito fundamental à saúde, e quando insuficiente é tido como um dos principais problemas de saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2004a).

Dentre os principais motivos apontados por SANTA HELENA, ANDERSEN & MENONCIN para que não se obtenha medicamentos, a prescrição de medicamentos que não são fornecidos pelo SUS tem posição de destaque (SANTA HELENA, ANDERSEN & MENONCIN, 2015). Para ARRAIS et al. o poder aquisitivo está intimamente ligado ao acesso a medicamentos e a parcela menos favorecida economicamente depende mais do SUS para a utilização e, portanto, é mais impactada pelo não-acesso (ARRAIS et al, 2005). Não ter acesso a medicamentos pode significar a não-adesão a tratamentos, o agravamento das condições de saúde, o aumento de retornos aos serviços e do número de internações hospitalares, ocasionando gastos em saúde que poderiam ser evitados.

## **2.5 USO DE MEDICAMENTOS**

A medicalização da sociedade deu ao medicamento o papel central no processo saúde/doença, sendo ele muitas vezes a única ferramenta adotada como intervenção terapêutica. O protagonismo do medicamento na saúde, na visão popular, dá a ele a total responsabilidade sobre a cura, minimização ou resolução de qualquer doença ou condição de saúde (NASCIMENTO, 2005).

As condições culturais, socioeconômicas e políticas em que estão inseridos os usuários, interferem diretamente no processo de prescrição e, principalmente, influenciam no contexto de utilização dos medicamentos (PEPE & CASTRO, 2000). As falhas no uso dos medicamentos pelos usuários, desde a não adesão à terapia até a superdosagem, comprometem os resultados desejados, podendo inclusive causar quadros de morbimortalidade relacionada ao medicamento, como intoxicações, hospitalizações e até mesmo óbitos (NASCIMENTO, 2005).

Considerando o processo de utilização de medicamentos multifatorial e motivacional, é necessário descentralizar a responsabilidade do medicamento sobre a saúde, ampliando o conceito de saúde/doença da população. Modifica-se, então, a cultura da medicalização e traz-se para o usuário a co-responsabilidade sobre seu tratamento e sua condição de saúde, antes depositada unicamente no medicamento. Cabe aos profissionais da saúde, prescritores ou não, o olhar atento sobre o uso adequado dos medicamentos, dando subsídios aos usuários para compreenderem seu papel de protagonistas nos seus tratamentos, atuando como agentes ativos neste processo (LEITE, VIEIRA & VEBER; LEITE & CORDEIRO, 2008).

Além de informações sobre os medicamentos e sua doença, é preciso identificar e trabalhar as motivações dos usuários para aderirem aos tratamentos propostos, evitando falhas no uso e a morbimortalidade relacionada ao medicamento. Para tanto, é preciso que os profissionais compreendam a realidade e as características dos usuários para adequar sua abordagem às demandas individuais (LEITE & VASCONCELLOS, 2003).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Descrever o acesso e uso de medicamentos das pessoas em situação de rua do município de Porto Alegre.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as estratégias e a frequência de acesso a medicamentos utilizadas pelas pessoas em situação de rua do município de Porto Alegre;
- Identificar os medicamentos mais consumidos e as indicações mais frequentes para os quais são utilizados;
- Descrever o modo de uso e de armazenamento dos medicamentos.
- Descrever o entendimento dos usuários sobre as indicações e orientações de uso;

### **4 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem mista, qualitativa/quantitativa, de caráter descritivo. Na abordagem qualitativa, o objetivo é compreender os fenômenos a partir da perspectiva dos próprios sujeitos de pesquisa, onde o engessamento da estatística dá lugar à complexidade da fala.

“O método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008, p.57).

A escolha do método qualitativo favorece o entendimento amplo do

objeto de estudo desta pesquisa, onde o consumo bruto não seria suficiente para a compreensão das motivações da utilização dos medicamentos.

Os dados referentes ao perfil da população e medicamentos utilizados serão apresentados através de o método quantitativo na forma de frequência e percentuais, sem a intenção de análise dos mesmos, apenas com caráter descritivo para conhecimento da população em estudo.

#### **4. 1 Local do estudo**

Em 2016, o cadastro realizado em Porto Alegre pela FASC junto à UFRGS, censeou 2115 adultos em situação de rua no município. A seleção dos participantes, neste trabalho, foi realizada por amostra de conveniência. O número de participantes foi delimitado pela aceitação dos usuários em participar da pesquisa.

Considerando as definições de pessoa em situação de rua e a pluralidade desta população, a abordagem deu-se em espaços coletivos de abrigo, acolhimento, ocupação ou convívio social utilizados pelos sujeitos de pesquisa para abranger diferentes realidades de acesso à saúde, sem uma definição a priori de um espaço único de pesquisa. Sendo assim, o campo de pesquisa foi a região central do município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul.

Para estabelecer o primeiro contato e realizar o convite aos sujeitos de pesquisa, se utilizou uma pessoa de referência, um mediador que tinha alguma relação tanto com o pesquisador quanto com algum representante dos espaços de convivência por onde circulavam os sujeitos de pesquisa em potencial. Esse sistema de referência e contra-referência, já vivenciado em pesquisas anteriores pelo orientador, busca uma relação de reciprocidade e confiança, favorecendo a abertura durante a entrevista de campo e obtenção das informações de pesquisa.

Os espaços para a realização da abordagem e das entrevistas foram

selecionados de maneira conjunta ao mediador, levaram em consideração diferentes perfis de ocupação da rua. Foram incluídos participantes que frequentam tanto a Praça da Matriz e a Praça XV, quanto o Viaduto da Conceição que são locais de permanência majoritariamente temporária, pela distribuição de refeições, e para alguns fixa, ocorrendo pernoite. Já o Consultório na Rua CENTRO foi incluído para trazer a experiência dos sujeitos que já estão inseridos nos espaços de saúde. Além dos espaços, os horários para a abordagem *in loco* foram escolhidos levando em consideração o período de maior fluxo de pessoas em situação de rua no local e respeitando as atividades desta população. Foram realizadas entrevistas nos três turnos, manhã, tarde e noite para contemplar as diferentes características dessa população.

#### **4. 2 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2019 e utilizou como instrumento principal a entrevista semiestruturada (Anexo A) e registro em diário de campo. As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia dos sujeitos de pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento informado, em local reservado da presença de outros atores, dando privacidade ao entrevistado. As identidades foram preservadas, sendo utilizados codinomes para mantê-las anônimas.

De acordo com Minayo, a entrevista possibilita uma compreensão detalhada das crenças e das motivações dos sujeitos e dos contextos sociais em que estão inseridos. Apesar de poder conter perguntas fechadas, a entrevista semiestruturada prioriza as perguntas abertas para oportunizar a fala livre e detalhada do entrevistado sobre o tema de pesquisa (MINAYO, 2008).

#### **4. 2. 1 Critério de seleção dos participantes**

Os critérios de inclusão para participação da pesquisa foram: ser maior de 18 anos, estar em situação de rua, já ter utilizado medicamentos nesta situação. Os sujeitos com deficit cognitivo ou apresentando alterações comportamentais devido ao uso de álcool ou outras substâncias psicoativas no momento da entrevista foram excluídos.

#### **4. 3 Análise de dados**

Para exploração do conteúdo as entrevistas foram gravadas e transcritas de forma literal. O conteúdo foi analisado a partir da metodologia proposta por Bardin: análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo de Bardin propõe a descrição sistemática do conteúdo da comunicação desenvolvida em três etapas (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados). Na pré-análise, os instrumentos de pesquisa são formulados de maneira alinhada aos objetivos propostos na pesquisa, sendo a etapa fundamental para o desenvolvimento da análise. A fase de exploração do material inicia-se pela construção de categorias a partir da leitura de exaustão dos dados coletados pelos instrumentos. A categorização dá-se de acordo com os temas encontrados nas respostas das entrevistas. Esta etapa de exploração é revisitada constantemente para revisão dos dados e seleção de informações pertinentes ao longo da construção do trabalho. A terceira etapa, tratamento dos resultados, é o momento em que o pesquisador interpreta os dados e faz inferências correlacionando as respostas obtidas aos objetivos propostos na pesquisa (CAMARA, 2013).

Os dados foram organizados em uma tabela, onde os participantes foram identificados através de letras e números, com a finalidade de preservar a identidade dos mesmos. A ordenação das respostas foi organizada em linhas, seguindo a classificação das perguntas norteadoras da entrevista,

sendo as respostas correspondentes a cada participante descrita nas colunas. Após análise preliminar, buscou-se reconhecer as ideias centrais das falas e o núcleo de sentido para cada tópico abordado. Os fragmentos das falas correspondentes a cada núcleo de sentido, relacionados ao acesso e uso de medicamentos, foram destacados nas falas de cada integrante e após sintetizados em uma outra coluna para fins de interpretação dos resultados, possibilitando identificar as similaridades, divergências ou complementaridade de cada núcleo evidenciado nas falas dos participantes.

Os dados sociodemográficos foram coletados a partir de registro em diário de campo, feito pelo entrevistador principal e pelas informações reveladas durante as entrevistas. Esses dados foram descritos utilizando variáveis categóricas e contínuas, descritas através de frequência e percentuais.

#### **4. 4 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em 9 de outubro de 2019 sob o parecer de número 3.631.938. A fim de garantir os princípios éticos da pesquisa, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e esclarecido aos entrevistados.

Uma via do TCLE foi entregue aos entrevistados e outra mantida junto ao pesquisador, juntamente aos roteiros norteadores e informações dos participantes. Nenhum entrevistado apresentou dificuldade ou impossibilidade ao assinar o consentimento, não havendo então necessidade da assinatura por testemunhas ou representantes. A entrevista foi gravada somente após consentimento, sendo transcrita mediante a codificação dos nomes, garantindo assim o sigilo dos entrevistados.

Como devolutiva à comunidade, os resultados serão divulgados às equipes de saúde que prestam atendimento aos sujeitos de pesquisa, a fim de

oferecer subsídios para qualificação do atendimento à população de estudo. Neste momento em que é necessário promover o distanciamento social e evitar aglomerações, será oferecida devolução coletiva aos sujeitos de pesquisa, realizada nos espaços públicos frequentados pelas pessoas em situação de rua, por meio de materiais educativos, buscando instrumentalizar o uso seguro de medicamentos desta população.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante a realização desse estudo 22 pessoas foram convidadas a participar. Dessas, oito não se sentiram confortáveis ou após explicação da pesquisa se recusaram a participar. Outras duas foram convidadas, no entanto não foi possível completar a entrevista por questões de segurança ou porque estavam em uso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Foram incluídas neste estudo 12 pessoas em situação de rua.

Observar as vivências na rua, imersa nos territórios, foi imprescindível para compreender as motivações e limitações sobre o acesso e o uso de medicamentos. Entretanto, adentrar alguns destes territórios foi um desafio. A rua é um ambiente hostil com códigos de conduta próprios. Estes, que evitam situações conflituosas, precisaram ser aprendidos para a realização do trabalho: não acordar ou se aproximar daqueles que estiverem dormindo; jamais tocar em bolsas ou pertences; nunca adentrar territórios desacompanhada; desviar o olhar ou “fingir que não viu” situações ilícitas (consumo ou comércio de drogas).

A experiência em campo trouxe, de maneira pungente, as cicatrizes do acesso à saúde desta população. Ainda que muitas respostas já fossem esperadas, encarar a dura realidade frente aos olhos foi um grande desafio. Os olhares desconfiados, a falta de acesso a condições anteriores ao medicamento (higiene e alimentação principalmente) e a carência de uma escuta interessada foram tão visíveis e doloridas de vivenciar.

Tal imersão jamais teria sido possível sem a presença do nosso

facilitador. Senhor Fernando esteve 15 anos em situação de rua e foi a inspiração deste trabalho. Nos conhecemos quando ele ainda era usuário do Consultório na Rua e acessava os medicamentos na Farmácia Distrital Santa Marta. Ao longo dos anos, o balcão foi nosso local de encontro e, naqueles minutos de atendimento, Fernando dividiu comigo histórias da sua vida e percepções. Foram as dúvidas dele e as limitações que vi em seu acesso e uso que decidi minha pesquisa. Com sua experiência, ele se dispôs a nos ajudar para que outras pessoas em situação de rua pudessem ter uma relação melhor com os medicamentos e serviços de saúde.

Sua presença na abordagem e convite para participação foi primordial para o êxito deste trabalho. Como mediador, por estabelecer um vínculo de confiança com a população entrevistada, ele reduziu as incertezas e receios dos participantes da pesquisa em relação ao conteúdo da pesquisa, permitindo a inserção da pesquisadora e permanência em seus espaços de convivência. Ainda assim, muitas pessoas abordadas não se mostraram receptivas, demonstrando desconfiança ou vergonha em participar de uma pesquisa. Além disso, Senhor Fernando, pela experiência pessoal com a vida nas ruas, soube identificar situações de perigo e ajudar a conduzir o encerramento de entrevistas não exitosas.

Acostumados com o estigma social e a invisibilidade, muitos demonstraram preferir manter suas vidas distantes de novos contatos sociais. Os diferentes horários de abordagem também foram importantes para o sucesso da coleta de dados, uma vez que durante o dia muitas pessoas em situação de rua se encontravam dormindo, enquanto à noite a dificuldade foi abordar pessoas que não estivessem alteradas pelo abuso de álcool ou drogas.

Outro ponto relevante foi a maior adesão de homens em situação de rua à pesquisa. Ainda que sejam maioria da população, os homens não carregam a violência de gênero atrelada às suas vivências. As mulheres em situação de rua demonstraram mais receio e desconfiança ao serem abordadas, mesmo a pesquisadora sendo mulher.

Para fins didáticos, os resultados e discussão serão apresentados considerando o perfil, o acesso e o uso dos medicamentos, bem como as barreiras e dificuldades relatadas pelos entrevistados.

## 5.1 Perfil

O perfil dos entrevistados foi majoritariamente masculino, sendo 10 (83%) homens, em idade produtiva, variando entre 25 e 59 anos (66,7%), sendo a maioria pardo ou preto (75%). Notou-se durante a pesquisa que todos entrevistados apresentaram a habilidade de saber escrever o próprio nome (100%). Os dados observados corroboram com o perfil relatado em outros estudos que incluíram a população em situação de rua, seja nacional, ou internacionalmente (CHONG et al., 2014; UFRGS, 2016; SWABRI et al, 2019; VALLE, FARAH & CARNEIRO JUNIOR, 2020).

Em relação à situação de moradia, o local de pernoite dividiu-se entre a própria rua, albergues e outros locais transitórios. Quase a totalidade dos entrevistados expressou insatisfação, relatando as dificuldades e as barreiras sociais do viver na rua e a caracterizando como ruim ou péssima. Em contraponto ao observado por Escorel, não houve distinção do perfil dos entrevistados considerando o local de pernoite (ESCOREL, 2009).

Importante ressaltar que, até o censo de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não incluía informações sobre pessoas em situação de rua no país (NATALINO, 2020). Esta é uma pauta antiga de entidades de direitos humanos para garantir direitos e romper a invisibilidade dessa população, estando previsto para 2021 sua inclusão no próximo censo.

“Minha situação de moradia hoje... Bah! hoje minha situação de moradia ta mais ou menos complicada. Porque vai fazer uns três anos que eu to na rua, né?! No mais to na praça da matriz, no albergue eu fiquei pouco tempo, mas eu to procurando vencer, mas é difícil.”

“Minha situação de moradia hoje não é fácil. (...) Ai uns não tem

nada, uns moram na rua. Eu como sou trans, é muito difícil. Tem que superar muita dificuldade.”

“Minha situação é meia, é complicada, é difícil. Sabe que viver na rua tem uma série de problemas. Problemas de conduta, de desemprego, um bocado de coisa errada aí.”

“Eu tô morando na rua, mas tô sempre bem bonitinha, bem limpinha. Ganho roupa, ganho comida assim de doação.”

“Olha, pra mim tá bom. Tô no albergue da estrada do forte. Gostei de lá porque é tudo limpinho e arrumadinho. (...) Durante o dia tô na rua.”

## 5.2 Acesso

Ao contrário do que foi observado em outros estudos (ESCOREL, 2009; NOGUEIRA, 2008), em que o local de maior procura para atendimentos de saúde por pessoas em situação de rua são as emergências hospitalares, quase a totalidade dos entrevistados apontou as Unidades de Saúde como principais locais para buscar atendimento. O Centro de Saúde Santa Marta, no qual está localizado o Consultório na Rua, foi o local mais citado, seguido pelo Centro de Saúde Modelo, Pronto Atendimento do ‘Postão da Cruzeiro’ e CAPS. Outros locais como emergências do Hospital de Clínicas e do Hospital Conceição, além do Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Estado também foram citados. Todos os locais utilizados para atendimentos de saúde pertencem ao SUS.

“Sempre aqui no Santa Marta porque eu sou morada de rua.”

“(...) pelo SUS, né?! Não tem outra. A gente não tem condição de pagar nada particular.”

O Consultório na Rua foi citado inúmeras vezes e sua presença recorrente demonstra a familiaridade e identificação do público-alvo com o serviço. De modo geral, os moradores de rua entrevistados manifestaram apresentar vínculo com a atenção básica. No entanto, relatam a ineficácia do

conjunto dos serviços de atendimento, tanto aqueles específicos aos moradores de rua, como os demais, destacando o baixo nível de resolução das situações em que se encontram. Esse é um entendimento que emerge das falas dessa população. Não obstante, quando levamos em consideração a presença de patologias como HIV/AIDS e tuberculose e o abuso crônico de substâncias psicoativas, podemos entendê-los como fatores para o acesso aos diferentes níveis da rede de atenção à saúde. Dessa forma a complementação de serviços especializados se mostra necessária, a fim de garantir a integralidade de assistência à saúde dessa população de rua, embora o vínculo permaneça na atenção básica.

“Eu sempre vou no Santa Marta e ali sou bem atendido sempre. O pessoalzinho ali, os médico atende legal, mas eles não tem todo suporte que a gente precisa. Eles não podem fazer milagre, né?!”

“...se tu tá com algum tipo de problema assim, eles te mandam pra outro lugar. Eles mandam a gente lá pro modelo.... ai me mandaram lá pra João pessoa, lá na dermatologia.”

A demora no processo de atendimento e discriminação por estar em situação de rua são queixas recorrentes por essa população (CARNEIRO JÚNIOR, JESUS & CREVELIM, 2010; SOUZA et al, 2020; VALLE, FARAH & CARNEIRO JÚNIOR, 2020) e também apareceram nas falas dos entrevistados.

“Ali é um negocio do governo e tu é discriminado porque tu mora na rua, ai tu chega sete horas da manhã pra ser atendido duas horas da tarde.”

Estudo norte-americano observou que a comunicação e o vínculo entre equipe e usuários em situação de rua são fatores imprescindíveis para a obtenção de resultados positivos em saúde (CHONG et al., 2014). O atendimento pautado no estabelecimento de vínculos e o caráter humanizado do cuidado, em que as vivências e a autonomia dos sujeitos são reconhecidas, são os pilares do CnaR que resultam na avaliação positiva desta estratégia não só neste trabalho, como em outras cidades em que foi avaliado (JORGE & CORRADI-WEBSTER, 2012; HALLAIS & BARROS, 2015; FERREIRA,

ROZENDO & MELO, 2016; CHAGAS et al, 2020; SOUZA et al, 2020).

Assim como o acesso à saúde foi limitado ao SUS, os medicamentos também são acessados quase exclusivamente em farmácias públicas, confirmando a relação entre poder aquisitivo e dependência do SUS para acesso a medicamentos trazida por ARRAIS et al em seu estudo (ARRAIS et al, 2005). Ainda dentro do âmbito do SUS, apenas um entrevistado relatou retirar seus medicamentos pelo programa Farmácia Popular. O programa, que também é financiado com verba do Sistema Único de Saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde em 2004 e ampliado em 2006, através de parcerias com farmácias privadas com o “Aqui tem Farmácia Popular”. Atualmente são dispensados gratuitamente medicamentos para hipertensão, diabetes e asma (ALMEIDA et al., 2019).

Todos os entrevistados relataram que os medicamentos utilizados foram prescritos por um profissional médico. Ainda assim, no decorrer das entrevistas, meios de acesso alternativos foram citados, tais como trocas, empréstimos entre conhecidos, reutilização de sobras de tratamentos anteriores, além do comércio informal de medicamentos nos locais de convívio e obtenção de medicamentos sem receita ou prescrição.

“Geralmente a bombinha não sobra. Mas os comprimidos eu guardo porque é difícil conseguir. Ou se chega algum outro que também tem asma a gente empresta. Já teve vezes que eu precisei e tava sem, e me emprestaram.”

“Guardo para alguém que precise e esteja mal.”

“Se o Santa Marta não 'que' dá, compro aqui (Praça da Matriz).”

### **5.3 Uso de medicamentos**

As respostas dos entrevistados demonstraram um baixo nível de entendimento referente ao tipo de medicamento e sua indicação de uso. Muitos não verbalizaram o nome dos medicamentos que estavam utilizando ou já haviam utilizado, apenas mostraram as embalagens. Outros, por

demonstrarem constrangimento, optaram por não informar quais eram os medicamentos em razão da indicação, apesar de mencionarem de forma indireta o uso dos mesmos.

O número médio de medicamentos utilizados foi de  $2,5 \pm 1,1$  por entrevistado, com o uso máximo de 5 medicamentos. A classificação dos medicamentos, de acordo com o sistema ATC, encontra-se na Tabela 1. De acordo com a classificação ATC, os medicamentos mais usados foram os fármacos que atuam no sistema nervoso (53,3%), sendo os mais citados os analgésicos (20%), os ansiolíticos (13,3%) e os antipsicóticos (10%). Vinte por cento dos entrevistados relataram fazer uso de agentes classificados no grupo de anti-infecciosos gerais de uso sistêmico. Os medicamentos mais consumidos foram paracetamol, dipirona, ibuprofeno, diazepam e antimicrobianos como amoxicilina + clavulanato, azitromicina e benzilpenicilina.

**Tabela 1** - Classificação dos medicamentos utilizados pelas pessoas em situação de rua conforme Classificação ATC. Porto Alegre, RS, 2020.

Classificação ATC	Nº de medicamentos	%	
A: Aparelho digestivo e metabolismo	3	10	
A02B - Medicamentos para tratamento da úlcera péptica	1	3,33	
A07A – Anti-infecciosos intestinais	1	3,33	
A11E - Complexo vitamínico B, incluindo associações	1	3,33	
H: Preparados hormonais sistêmicos, excluindo hormônios sexuais	H02A - Corticosteróides para uso sistêmico	1	3,33
J: Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	6	20	
J01A – Tetraciclínas	1	3,33	
J01C - Antibacterianos betalactâmicos, penicilinas	2	6,7	
J01F - Macrolídeos e lincosamidas	1	3,33	
J04 – Antimicobacterianos	1	3,33	
J05 - Antivirais para uso sistêmico	1	3,33	

M: Sistema músculo-esquelético		3	10
	M01 - Anti-inflamatórios e anti-reumáticos	2	6,7
	M03B -Relaxantes musculares de ação central	1	3,33
N: Sistema nervoso		16	53,29
	N02B Outros analgésicos e antipiréticos	6	20
	N04A Agentes anticolinérgicos	1	3,33
	N05A Antipsicóticos	3	10
	N05B Ansiolíticos	4	13,3
	N05C Hipnóticos e sedativos	1	3,33
	N06A Antidepressivos	1	3,33
R: Aparelho respiratório	R03A Antiasmáticos Adrenérgicos para inalação	1	3,33
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100</b>

A maioria dos entrevistados apontou o uso de medicamentos com indicação para patologias agudas e sintomas, tais como infecções e dor.

“To usando agora paracetamol e esse antibiótico aqui, não sei bem o nome. Perai. Às vezes eu tomo ibuprofeno.”

“Paracetamol pra dor e dipirona pra dor e pra febre também. Uso só por uns dias.”

O relato de uso contínuo e tratamentos prolongados estiveram foram indicados para saúde mental, tuberculose, asma e HIV. Dos entrevistados que utilizavam medicamentos para doenças crônicas, nem todos detalharam o uso de modo contínuo, demonstrando não adesão ou não entendimento do tratamento proposto. A associação entre a indicação do medicamento e a patologia existente não demonstrou ser de clara compreensão para todos os entrevistados.

“Eu tomo três remédios: **o carbolitium que é pro HIV, né?! e amitriptilina que é pros nervos pra mim não ficar meia doida das ideia. E tem mais o outro remédio que eu tomo. (...) to tomando os remedinhos pra tirar a falta da cachaça.**”

“Remédio pra asma (...) É todo ano. Quando eu me ataco da asma

eu uso.”

Apesar das dificuldades referentes à compreensão sobre os tratamentos utilizados, muitos entrevistados demonstraram conhecimento a cerca dos eventos adversos relacionados aos medicamentos em uso.

“É o ibuprofeno que é pra dor, mas tu não pode tomar demais, tem que tomar conforme quando ta com dor.”

“Paracetamol eu uso, mas o ibuprofeno não, que ele te dá uma queimação. Conforme tu tomar demais dá essa queimação.”

“...diazepam eu tomo de noite, de dia não tomo por causa que não vou dormir na rua”

Considerado um problema de saúde pública, a automedicação é um fenômeno de ordem mundial (SILVA, et al., 2013) e, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, é a prática na qual o indivíduo, quando percebe sintomas e doenças em si próprio, seleciona e utiliza medicamentos sem a supervisão ou indicação de profissionais habilitados (OMS, 1998). Esta prática esteve presente em algumas falas neste estudo, descrita pela reutilização de sobras de medicamentos de tratamentos prescritos anteriormente, ou ainda pela utilização de medicamentos usados em situações de igual sintomatologia, indo ao encontro da definição ampliada do termo que prevê, além do definido pela OMS, a reutilização de tratamentos, além das alterações nas doses e não adesão a tratamentos prescritos (OLIVEIRA, et al., 2018).

“Fica guardado pra quando tiver dor ou alguma coisa eu tomo.”

“Esse torsilax pro tornozelo eu uso porque é muito bom. Usa ele e depois de vinte dia volta de novo. Demora mais uns 15 dia que ta desinchado, começa de novo...”

Descrita como um fenômeno multifatorial, a automedicação pode estar relacionada com a dificuldade em conseguir consultas médicas (JUNIOR et al., 2016), justificando esta prática como mecanismo de autocuidado. Para Vale & Vecchia, as experiências prévias são responsáveis pelas escolhas de tratamento como primeiro recurso de acesso à saúde para as pessoas em

situação de rua, onde o autocuidado é a resposta para o acesso dificultado aos ambientes de saúde (VALE & VECCHIA, 2019). Embora não tenha sido mencionado de forma objetiva, a barreira de acesso e discriminação por sua condição parece incentivar essa prática de automedicação e compartilhamento de “sobras” de medicamentos entre os entrevistados.

“Eu passei um tempo na cadeia sabe, dai lá na cadeia sempre que a gente sente alguma coisa a gente pedia o remédio. Ai ninguém me fala né?! (...) Ninguém me indica pra tomar, eu que tomo quando tenho uma dor aqui, uma dor ali.”

“Na minha casa, minha vida: minha mochila. (...) então quando não quer me atender eu já tenho tudo na minha mochila.”

“Guardo para alguém que precise e esteja mal.

A não adesão à farmacoterapia é um dos principais fatores para o comprometimento dos resultados clínicos, ou até mesmo para a piora do quadro dos pacientes, estando relacionada com o aumento dos custos em saúde para o sistema, com possíveis internações ou até mesmo intoxicação (NASCIMENTO, 2005; HUNTER, 2015). Estudos internacionais apontam taxas ainda mais baixas de adesão em pacientes em situação de rua. (O’CARROLL & WAINWRIGHT, 2019; BAHRAMI et al., 2020).

“(...) tem pessoas que acham que tão curado e não tão curado. Ai largam as coisas de mão. Ai não tão curado e volta pior, por isso o Vila Nova é conhecido por ser matadouro dos pobre. Porque quando os cara chegam lá ai tem cara que ta muito fraco.”

“(...) Eu esqueci de tomar remédio pra controle. Não é que eu esqueci, eu perdi os comprimidos e eu não queria ir atrás.”

A falta de compreensão acerca do tratamento proposto é uma das causas apontadas para a não-adesão (OMS, 2003). Diversos estudos vêm alertando sobre a dificuldade dos pacientes em compreender as prescrições e orientações verbais dos prescritores, comprometendo os resultados esperados (PORTELA et al., 2010; CRUZETA et al., 2013). Nas entrevistas, a compreensão equivocada de alguns em relação à utilização dos medicamentos foi muito presente e a não adesão foi apontada como motivo

para ineficácia de tratamento de primeira escolha, além da necessidade de novo medicamento.

“A bombinha eu puxo a respiração, solto a bombinha e ai eu respiro. Mais ou menos uns 10 minutos eu dou dois jatos, mais dois minutos eu dou outro. Às vezes uma vez, mas é pra usar a bombinha toda hora.”

“Eu esqueci de tomar remédio pra controle. Não é que eu esqueci, eu perdi os comprimidos e eu não queria ir atrás. Depois quando eu fui, ai disseram “agora tu vai ter que tomar injeção”... que ela valia por aqueles remédios que eu tinha perdido. E resolveu.”

O consumo abusivo de álcool é característica recorrente observada em estudos envolvendo pessoas em situação de rua (KEOGH et al, 2015; SWABRI et al, 2019) e, em 2015, um estudo canadense associou seu consumo à não adesão medicamentosa (HUNTER, 2015). Entretanto, Vale & Vecchia abordam o abuso de álcool e de outras substâncias na situação de rua também como recurso terapêutico alternativo (VALE & VECCHIA, 2019). A priorização do uso do álcool em detrimento ao tratamento farmacológico esteve presente em algumas entrevistas e corroborou com o encontrado em estudo irlandês de 2019, em que pessoas em situação de rua recorriam ao álcool para tratar sintomas e evitar visitas ao médico (O’CARROLL & WAINWRIGHT, 2019). O abuso de álcool e o uso recreativo de medicamentos e substâncias psicoativas foram frequentemente mencionados pelos entrevistados.

“Eu uso pedra, eu uso droga, cocaína. Tá aqui meu remédio (garrafa de cachaça). Eu uso remédio controlado, diazepam pra dormir, rohypnol e lá vai pedrada. (...) Eu tomo tudo tudo. Uma caixa. Com cachaça.”

“Ah! Eu uso certinho, mas eu também tomo um pouquinho de cachaça também. Meu vicio é só cachaça. Mas eu to tomando os remedinhos pra tirar a falta da cachaça. (...) Às vezes eu tomo uma cachacinha a mais, eu esqueço e ele me ajuda.”

“Olha, eu uso assim ó, se eu tiver, é que eu sou alcoólatra, se eu tiver usando álcool, ai não tomo. Eu tomando álcool assim, os

médicos recomendam que se usar álcool, tu não toma remédio nenhum. Ai não tomo.”

O armazenamento correto é um dos elementos que compõem o uso adequado dos medicamentos, garantindo a integridade e eficácia destes. O local adequado deve proporcionar abrigo do calor, da luz e da umidade, além do medicamento ser mantido, preferencialmente, na embalagem original para que se identifique o nome, validade e lote. Tais cuidados devem ser observados também pelos usuários, evitando o uso inadequado e as intoxicações, tanto por alterações nas características do medicamento, quanto pelo uso fora da indicação (MASTROIANNI, 2011; PINTO, 2016; MARTINS, 2017). Entretanto, em 2017, Martins et al., identificou em seu estudo que a maioria das pessoas armazena inadequadamente (MARTINS, 2017) e em se tratando das pessoas em situação de rua, armazenar corretamente é um desafio ainda maior.

Os locais de guarda dos medicamentos mencionados nesse estudo foram na mochila, bolsa e junto ao carrinho de reciclagem. Alguns mencionaram armazenar no albergue, junto a outro profissional de referência para seu cuidado.

“Na minha bolsa, fica ali no carrinho. Eu trabalho de reciclagem, ai fica no carrinho.”

“Na mochila. Fica guardado pra quando tiver dor ou alguma coisa eu tomo”

“...quando eu tava na casinha, no albergue municipal que agora fechou, eu deixava com a enfermeira. Chegava de noite e tomava e de manhã quando saia

“Agora eu vou deixar lá na estrada do forte, pra mim não andar com eles, pra não perder também.”

No Canadá e nos Estados Unidos, estudos apontaram o armazenamento como barreira adicional para a adesão diminuída aos tratamentos medicamentosos por pessoas em situação de rua, seja pela impossibilidade da garantia das características e eficácia dos medicamentos, seja pela perda ou roubo destes (HUNTER, 2015, BAHRAMI et al., 2020). Nas

entrevistas, a mochila/bolsa foi o local mais referido para o armazenamento dos medicamentos, demonstrando a impossibilidade em mantê-los livres de calor ou umidade, além de favorecer a automedicação devido à disponibilidade de sobras de tratamentos anteriores. Carregar os pertences junto ao corpo é uma das estratégias da população em situação de rua para evitar perdas e roubos, mas nem sempre é possível evitar tais situações. Outros apresentaram a guarda no albergue como alternativa de armazenamento para evitar estas perdas e controlar a regularidade do uso dos medicamentos.

Em relação ao descarte dos medicamentos, este ainda é um desafio do ponto de vista ambiental e de saúde pública. O lixo comum e a rede de esgoto continuam sendo as formas mais comuns de descarte, sendo que a gestão inadequada destes resíduos representa um grande risco ao meio ambiente e às pessoas (CONSTANTINO et al., 2020).

Os entrevistados, dentro de suas vivências, trouxeram a preocupação com o descarte correto e a sobra de seus medicamentos. Ainda que percebam o medicamento como um lixo diferenciado, corroboraram com as formas mais usuais de descarte da população em geral, apontando para o deficiente debate e conscientização acerca do tema.

“Jogo tudo fora, jogo sempre na lixeira.”

“Aí eu boto fora.”

“Até hoje eu sempre tomei eles todos certo, nunca sobrou.”

## **5.4 Barreiras e dificuldades**

Muito embora estudos nacionais e internacionais relatem barreiras históricas, significativas para o acesso à saúde por pessoas em situação de rua (ESCOREL, 2009; SWABRI et al, 2019), neste estudo os participantes referiram não observar quaisquer dificuldades para acessar serviços e recursos de saúde. A falta de documentos e a necessidade comprovante de

residência para acessar a atenção primária são as principais barreiras apontadas em relação a dificuldade de acesso em outros estudos (CARNEIRO JUNIOR, JESUS & CREVELIM, 2010; VALLE & FARAH, 2020), não sendo apontadas ou percebidas durante as entrevistas pelos participantes da pesquisa. No entanto, ao longo de seus discursos, diversas barreiras foram indiretamente identificadas, seja em relação aos custos, ou à disponibilidade de atendimento.

As dificuldades, vivenciadas pelos moradores em situação de rua, que interferem de maneira direta ou indireta no acesso e uso de medicamentos, foram sintetizadas na tabela 2. A análise vertical das falas evidenciou categorias que puderam ser elencadas como relativas a necessidades básicas, psicossociais e de saúde.

**Tabela 2** - Síntese das dificuldades relacionadas ao acesso e uso de medicamentos

Tipo de dificuldade	
Necessidades Básicas	- Abrigo, ausência de um local de moradia fixo
	- Dificuldade em encontrar local para higiene pessoal
	- Dificuldade de Alimentação e acesso a água potável
Psicossociais	- Barreira de acesso por ser morador de rua – estigmatizado, preconceito e discriminação
	- Precariedade de documentos - ausência de receita para medicamento de uso contínuo (perda ou não entendimento de necessidade de guarda do receituário)
	- Ausência de local adequado para guarda, perda de medicamentos
	- Dificuldade em seguir prescrição médica, confusão entre uso contínuo e tratamento crônico
	- Falta de recursos financeiros para aquisição de medicamento não disponível na REMUME Dificuldade em controlar horário de administração por não ter rotina fixa
Saúde	- Ausência de um serviço de referência para atendimento – necessidade de buscar atendimento em diferentes locais até ser atendido
	- Discriminação no atendimento, demora no atendimento, local de referencia para internação com baixa resolutividade
	- Indisponibilidade do medicamento no SUS, falta ou não padronizado, falta de receita

- Dificuldade em acessar serviço especializado
  - Presença de doenças crônicas ou estigmatizadas
  - Uso concomitante com álcool ou outras drogas
- 

Apesar de afirmarem não observar barreiras para o acesso aos medicamentos, os entrevistados quando perguntados sobre aqueles não disponíveis no SUS, relataram dificuldades ou impossibilidade de aquisição em razão dos recursos financeiros escassos ou inexistentes.

“Pra comprar é difícil porque não tem uma renda né?! Tem que conversar com o posto, porque pagar não dá”.

“(...) só algum remédio mais caro não tem na farmácia né?! Ai a gente corre atrás”.

Ainda assim, alguns medicamentos citados como sendo de uso recorrente, não são disponibilizados em nenhuma das esferas públicas, sendo apenas encontrados em farmácias privadas. No Brasil, medicamentos não fornecidos pelo SUS são um dos principais empecilhos para realização de tratamentos para a população em geral (HELENA, ANDERSEN & MENONCIN, 2015), não sendo diferente para a população em situação de rua. Para HUNTER, rendas mais baixas aumentam significativamente a probabilidade de não adesão aos tratamentos medicamentosos devido à barreira financeira (HUNTER et al, 2015).

O relato de uso de dois medicamentos citados, o Rohypnol, um psicótico ansiolítico e indutor do sono, e o Torsilax, uma associação de antiinflamatório e relaxante muscular, ambos não disponíveis no âmbito do SUS, pode ser entendido, em parte, como uma dificuldade do sistema em atender situações recorrentes (como dor e dificuldade em dormir). Esta hipótese sugere a presença de barreiras de acesso ao serviço ou tratamentos disponíveis no SUS. Nesse sentido, seria importante também entender em que circunstâncias ocorre o uso dessas substâncias. Considerando a existência de alternativas terapêuticas padronizadas no SUS, nos parece difícil que estes medicamentos tenham sido prescritos em algum atendimento clínico anterior no serviço público. Apresenta-se, então, outra hipótese, na qual o uso de tais

substâncias como parte de uma automedicação realizada, seja uma forma de suprimir as barreiras de acesso a saúde e de medicamentos, ainda que não percebidas de fato por essa população.

Para CHONG, pessoas em situação de rua têm menor probabilidade em procurar serviços de saúde preventivos e encontram mais barreiras para acessar serviços de saúde em geral (CHONG, et al., 2014;) acarretando no agravamento de suas enfermidades e trazendo complicações para possíveis tratamentos. Os sujeitos entrevistados, apesar de citarem visitas recorrentes aos serviços de saúde, relataram dificuldades em relação ao acesso de serviços especializados, ou tratamento diferenciado e excludente em alguns locais, além das barreiras burocráticas dos serviços. CARNEIRO JÚNIOR, JESUS & CREVELIM pontuam em seu estudo que embora essa população esteja conseguindo cada vez mais acessar serviços especialmente a ela direcionados, ainda há de se garantir o acesso integral e a efetividade do segmento do cuidado nos outros níveis de atenção (CARNEIRO JUNIOR, JESUS & CREVELIM, 2010). Os relatos dos sujeitos desta pesquisa corroboram com a necessidade do modelo de atendimento humanizado e acolhedor dos Consultórios na Rua, que não só facilitam o acesso dessa população ao primeiro contato com os serviços de saúde, mas representam uma ponte entre atenção básica e os serviços especializados.

“A barreira é conseguir um especialista.”

“O ruim é que o santa marta demora muito”

“O negócio dos remédios não é facil, né. Difícil pra conseguir uma consulta. Esperar num banco até chamar. Tudo lotado. Tem que esperar duas horas e meia até chamar.”

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A saúde da população de rua, bem como seu acesso a tecnologias de saúde – incluindo os medicamentos – ainda são um desafio em todo o mundo. Entretanto, a preocupação com esta população tem sido cada vez mais tema de estudos e pesquisas, ainda que incipientes. Ainda que este trabalho

apresente as limitações inerentes a uma amostra de conveniência e seu número de sujeitos de pesquisa, trazer, então, o olhar do indivíduo frente a sua condição e sua leitura sobre a própria realidade é uma maneira de legitimar sua trajetória e seus esforços para garantir seus direitos fundamentais.

Apesar das barreiras sociais, como falta de moradia e renda, a busca pela manutenção da saúde foi característica comum entre os entrevistados. No entanto, mesmo diante de inúmeras dificuldades inerentes à situação de rua, a não percepção de impeditivos para a efetivação do acesso integral à saúde foi o dado mais marcante da pesquisa. O medicamento, principalmente, é bem de consumo, é poder – estes tão distantes da realidade das ruas. A familiaridade com o não pertencimento pôde, de certa forma, naturalizar a barreira de acesso a ponto de não mais percebê-la.

A atenção básica como forma prioritária de acesso em detrimento aos pronto-atendimentos e hospitais neste estudo, pode estar relacionada à familiaridade da equipe do Consultório na Rua com a realidade da população em situação de rua. Confirma-se, com isso, a importância da comunicação e do vínculo entre equipe e usuários, minimizando as barreiras e oportunizando a inserção nos serviços de saúde.

Contudo, apenas o acesso não é suficiente. A utilização incorreta ou incompleta dos tratamentos propostos incorre em prejuízos à saúde. A interação exitosa entre equipe e usuários não só deve beneficiar o acesso, mas também oportunizar que usuários possam integrar-se dos recursos de saúde oferecidos de maneira mais clara e acessível. Assim como na maioria dos estudos encontrados, o vínculo e o atendimento que compreende a situação da vida na rua foi imprescindível neste estudo também para a visão de pertencimento dos entrevistados em relação aos serviços de saúde e a coresponsabilidade sobre seu processo de saúde-doença. O acompanhamento para adesão dos tratamentos já é utilizado em programas específicos, tanto no SUS, quanto no setor privado. É a partir da revisão constante acerca do entendimento global do usuário sobre o tratamento (indicação, forma de uso, frequência, armazenamento e cuidados) e, principalmente, sobre a motivação deste em segui-lo.

Este trabalho foi escrito em meio a perdas no ponto de vista da saúde pública em Porto Alegre, com a extinção do IMESF – Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família. O Consultório na Rua CENTRO, principal local de acesso à saúde entre os entrevistados, era composto integralmente por profissionais do instituto. Na contramão das conquistas e do pioneirismo nas políticas públicas destinadas à população em situação de rua, Porto Alegre hoje terceiriza a equipe do CnaR. Com a extinção do IMESF, novos profissionais foram contratados para atuarem no Consultório na Rua, permanecendo somente alguns dos integrantes da equipe original, desestruturando parte do vínculo entre essa população e equipe de saúde. Diante de incertezas e inúmeros ataques à soberania do SUS, a população em situação de rua se viu, neste período de transição, por vezes desassistida.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de; SÁ, Edvaldo Batista de; VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos**. Revista de saúde pública, v. 53, p. 20, 2019.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; BRITO, Luciara Leite; BARRETO, Maurício Lima; COELHO, Helena Lutécia L. **Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1737-1746, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, p. 229, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. **Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009: institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Diário Oficial da União 2009; 24 dez.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua**. Diário Oficial da União 2012a; 26 jan.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasil, 2012b.

CAMARA, Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 19,n. 3,p. 709-716, 2010.

CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Editora Fiocruz, 2000.

CHAGAS, Denicy de Nazaré Pereira; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; ROSA, Anderson da Silva; OLIVEIRA, Paula Miranda de; TAVARES, Tatiana Oliveira Pereira; MELO, Laércio Deleon de. **Refletindo a assistência no Consultório na Rua**. Enfermagem Brasil, v. 19, n. 2, p. 163-166, 2020.

CHONG, Mok Thoong; YAMAKI, Jason; HARWOOD, Megan; D'ASSALENAUX, Richard; ROSENBERG, Ettie; ARUOMA, Okezie; BISHAYEE, Anupam. **Assessing health conditions and medication use among the homeless community in Long Beach, California**. Journal of research in pharmacy practice, v. 3, n. 2, p. 56, 2014.

CONSTANTINO, Viviane Macedo; FREGONESI, Brisa Maria; TONANI, Karina Aparecida de Abreu; ZAGUI, Guilherme Sgobbi; TONINATO, Ana Paula Contiero; NONOSE, Eliana Roldão dos Santos; FABRIZ, Luciana Aparecida; SEGURA-MUÑOZ, Susana Inés. **Estoque e descarte de medicamentos no domicílio: uma revisão sistemática**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 585-594, 2020.

DAVIES, Andrew; WOOD, Lisa J. **Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care**. Medical Journal of Australia, v. 209, n. 5, p. 230-234, 2018.

ESCOREL, Sarah. **A saúde das pessoas em situação de rua**. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF, 2009. p. 111-133.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Givânia Bezerra de. **Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00070515, 2016.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade**. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 1497-1504, 2015.

HUNTER, Charlotte E.; PALEPU, Anita; FARRELL, Susan; GOGOSIS, Evie; O'BRIEN, Kristen; HWANG, Stephen W. **Barriers to prescription medication**

**adherence among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities.** Journal of primary care & community health, v. 6, n. 3, p. 154-161, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2020 adiado para 2021.** 2020. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/27161-censo-2020-adiado-para-2021.html>> Acesso em: 10 de dez. 2020

JORGE, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. **Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção.** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

JUNIOR, Alberto Malta; DUARTE, D'Avilla Patrícia Souza. **Perfil da automedicação em uma farmácia de dispensação em Barbalha-CE.** Revista e-ciência, v. 3, n. 2, 2016.

KEOGH, Claire; O'BRIEN, Kirsty K; HOBAN, Anthony; O'CARROLL, Austin; FAHEY, Tom. **Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin.** BMC health services research, v. 15, n. 1, p. 58, 2015.

LEITE, Silvana Nair; CORDEIRO, Benedito Carlos. **A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, n. 3, p. 399-403, 2008.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEITE, Silvana Nair; VIEIRA, Mônica; VEBER, Ana Paula. **Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, supl. p. 793-802, 2008.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 49, p. 251-260, 2014.

MARTINS, Rand Randall; FARIAS, Andreza Duarte; OLIVEIRA, Yonara Monique da Costa; DINIZ, Rodrigo dos Santos; OLIVEIRA, Antonio Gouveia. **Prevalence and risk**

**factors of inadequate medicine home storage: a community-based study.** Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 95, 2017.

MASTROIANNI, Patricia de Carvalho et al. **Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 29, p. 358-364, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. **Medicamentos, comunicação e cultura.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 179-193, 2005.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020).** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. 2020.

O'CARROLL, Austin; WAINWRIGHT, David. **Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization.** International journal for equity in health, v. 18, n. 1, p. 1-22, 2019.

OLIVEIRA, Samanta Bárbara Vieira de; BARROSO, Soraya Coelho Costa; BICALHO, Maria Aparecida Camargos; REIS, Adriano Max Moreira. **Perfil de medicamentos utilizados por automedicação por idosos atendidos em centro de referência.** Einstein (São Paulo) [online], vol.16, n.4, 2018

OLIVEIRA, Roberta Gondim. **Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua.** Saúde e Sociedade, v. 27, p. 37-50, 2018.

Organização Mundial da Saúde. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication.** Hangeue: World Health Organization, 1998.

Organização Mundial da Saúde. **Acesso equitativo aos medicamentos essenciais: un marco para a ação coletiva.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004a.

Organização Mundial da Saúde. **Como investigar o consumo de**

**medicamentos pelos consumidores.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004b.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de; LIRA, Cindy Damaris Gomes; JUSTINO, Jéssica Micaele Rebouças; MIRANDA, Moêmia Gomes de Oliveira; SARAIVA, Ana Karinne de Moura. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2595-2606, 2016.

PEPE, Vera Lúcia Edais; CASTRO, Cláudia G. S. Osório de. **A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PINTO, Vanusa Barbosa; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados.** In: *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*, v. 1, n. 12, p. 978-985, 2016.

PIZZATO, Rejane. **A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua.** In: SCHUCH, Patrice et al. *A Rua em Movimento: Debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre.* Belo horizonte: Didática editorial do Brasil, 2012.

PORTO ALEGRE. Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Relatório: CADASTRO DA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE – 2011.** 2012. Disponível em <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu\\_doc/cadastro\\_da\\_populacao\\_adulta\\_em\\_situacao\\_de\\_rua\\_-\\_porto\\_alegre\\_2012.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/cadastro_da_populacao_adulta_em_situacao_de_rua_-_porto_alegre_2012.pdf)> Acesso em: 10 de jan. 2019

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_-\\_pms\\_2018-2021\\_-\\_revisado\\_em\\_16\\_01\\_18.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf)>. Acesso em: 10 de jan. 2019

RICHTER, André. **Justiça determina inclusão de moradores de rua no censo de 2020.** Agência Brasil, 2019. Disponível em: &lt; <http://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2019-01/justica-determina-inclusao-de-moradores-de-rua-no-censo-de-2020>&gt;. Acesso em: 30 jan. 2019.

ROMANIELO, Ana Flávia Resende; LACERDA, Tayla Figueiredo; CASCÃO, Gabriella Rodrigues; RAMOS, Débora de Lima; PRADO, Estéfane Almeida; DOUZA, Joyce Karolyny Lopes de; CARVALHO, Viviana Cristina de Souza; FLORES, Danielly Martins; OLIVEIRA, Eliza Maria Queiroz; CARVALHO, Renata Pedroso. **Consultório de rua: um olhar humanizado aos invisíveis sociais**. In: Políticas públicas, educação e diversidade [recurso eletrônico]: uma compreensão científica do real / Organizador Flávio Aparecido de Almeida. - Guarujá, SP: Científica Digital, 2020.

SANTA HELENA, Ernani Tiaraju de; ANDERSEN, Silvia Escarlata; MENONCIN, Sergio Mauricio. **Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, n. 3, p. 280-288, 2015.

SANTANA, Carmen. **Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 1798-1799, 2014.

SANTOS, Carla Félix dos. **ENCONTROS NA RUA: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 85. 2016.

SEADI, Marco Antônio. Apresentação. In: SCHUCH, Patrice et al. **A Rua em Movimento: Debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. Belo horizonte: Didática editorial do Brasil, 2012.

SILVA, José Antônio Cordero da; GOMES, Alzira Leite; OLIVEIRA, João Paulo Santiago de; SASAKI, Yan de Assis; MAIA, Bruno Tiago Barbosa; ABREU, Bianca Medeiros de. **Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário**. Rev Bras Clin Med, v. 11, n. 1, p. 27-30, 2013.

SOUZA, Adrielle Cristina Silva; PINHO, Eurides Santos; MACHADO, Mayk Diego Gomes da Glória; NOGUEIRA, Luzana Eva Ferreira Lopes. **Redução de vulnerabilidades como estratégia de cuidados do Consultório na Rua**. Rev. NUFEN, Belém , v. 12,n. 3, p. 103-115, 2020.

SWABRI, Jahbyn; UZOR, Chiadika; LAIRD, Eamon; O'CARROLL, Austin. **Health status of the homeless in Dublin: does the mobile health clinic improve access to**

**primary healthcare for its users?** Irish Journal of Medical Science (1971-), v. 188, n. 2, p. 545-554, 2019.

UFRGS. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. **Pesquisa Perfil e o Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre.** 2016.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo Dalla. **“UPA é nós aqui mesmo”:** as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. Saúde e Sociedade, v. 28, p. 222-234, 2019.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua.** Saúde em Debate, v. 44, p. 182-192, 2020.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco. **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, p. e300226, 2020.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde.** Saúde e sociedade, v. 13, p. 56-69, 2004.

WACQUANT, Loïc. **Três etapas para uma antropologia histórica do neoliberalismo realmente existente.** Caderno CRH, v. 25, n. 66, p. 505-518, 2012.

## APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA

Identificação código/codínome: \_\_\_\_\_

1. Como você define sua situação de moradia atualmente?
2. Onde você busca atendimentos de saúde?
3. Onde você consegue remédios quando precisa? Quem te diz pra usar esses remédios?
4. Quais são esses remédios? Para que você os toma? Algum deles você usa todos os dias?
5. Como você usa esses remédios? Como controla os horários de tomada? O que faz quando esquece de tomar?
6. Onde você guarda os remédios que usa? E o que faz quando sobra remédio ou deixa de usar?
7. Quais são as dificuldades ou barreiras para usar remédios que você percebe?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr. (a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS SOB A PERSPECTIVA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA”, desenvolvido por Virginia Paladino Cardozo Vasconcellos Fernandes, aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob orientação da Profa. Dra. Rosa Maria Levandovski. Pretendemos estudar acesso e uso dos medicamentos pelas pessoas em situação de rua no município de Porto Alegre.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas individuais. A sua participação será responder algumas perguntas sobre os medicamentos/remédios utilizados por você atualmente, onde você busca e os cuidados ou dificuldades para o uso dos mesmos. A sua identidade será mantida em sigilo, você pode escolher um codinome para ser utilizado durante a entrevista. As suas respostas serão gravadas e, posteriormente, transcritas pelos pesquisadores.

Ao final do estudo os resultados da pesquisa resultarão na dissertação de mestrado da pesquisadora e serão apresentados ao sistema de saúde para qualificar as ações desenvolvidas a população de moradores de rua. Os resultados ainda poderão ser apresentados em eventos de saúde, nos espaços públicos frequentados por moradores em situação de rua e estarão à sua disposição, caso você tenha interesse.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento. Você poderá solicitar esclarecimentos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá modificar a forma como você é atendido. Os dados coletados serão utilizados somente para esse estudo e apenas os pesquisadores terão conhecimento das informações fornecidas por você.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida a você. Caso você não saiba ler ou assinar, poderá indicar uma pessoa como sua representante/testemunha.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado quanto aos termos acima, de maneira clara e detalhada, esclareci minhas dúvidas e estou de acordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Assinei as duas vias deste termo, ou autorizei a assinatura, em consentimento e recebi uma cópia.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura do sujeito de pesquisa/ Testemunha

---

Virginia Paladino Cardozo Vasconcellos Fernandes

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: (51) 3308 3738. E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)  
Comitê de Ética em Pesquisa SMS - Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico). Fone: (51) 3289 5517. E-mail: [cep\\_sms@hotmail.com.br](mailto:cep_sms@hotmail.com.br) e [cep-sms@sms.prefpoa.com.br](mailto:cep-sms@sms.prefpoa.com.br)