



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS ARAPIRACA
COMPLEXO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM



ANA MARIA SILVA DE MELO

**PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE
DE SAÚDE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO AGRESTE ALAGOANO À
LUZ DA TEORIA TRANSCULTURAL**

ARAPIRACA - AL

2024

ANA MARIA SILVA DE MELO

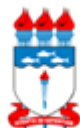
PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DE
SAÚDE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO AGRESTE ALAGOANO À LUZ DA
TEORIA TRANSCULTURAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Arapiraca, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dra. Meirielly Kellya Holanda da Silva

ARAPIRACA - AL

2024



Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
Biblioteca *Campus Arapiraca* - BCA

M528p Melo, Ana Maria Silva de
Pessoas com hipertensão e diabetes em situação de rua: análise de saúde em um centro de referência no agreste alagoano à luz da Teoria Transcultural / Ana Maria Silva de Melo. – Arapiraca, 2024.
72 f.: il.

Orientadora: Profª Dra. Meirielly Kellya Holanda da Silva.
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem).- Universidade Federal de Alagoas, *Campus Arapiraca*, Arapiraca, 2024.
Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus Arapiraca*).
Referências: f. 52-59.
Apêndices: f. 60-69.
Anexos: f. 70-72.

1. Pessoas em situação de rua 2. Hipertensão 3. Diabetes 4. Serviços de saúde
I. Silva, Meirielly Kellya Holanda da II. Título.

CDU 616-083

ANA MARIA SILVA DE MELO

PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DE
SAÚDE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO AGRESTE ALAGOANO À LUZ DA
TEORIA TRANSCULTURAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
ao Curso de graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus
Arapiraca, como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

DATA DE APROVAÇÃO: 31 janeiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
MEIRIELLY KELLYA HOLANDA DA SILVA
Data: 31/01/2024 10:19:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Meirielly Kellya Holanda da Silva – (Presidente/Examinadora 1)
Orientadora – Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFAL



Documento assinado digitalmente
CLAUDIA CRISTINA ROLIM DA SILVA
Data: 31/01/2024 10:51:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Enfa. Ma. Cláudia Cristina Rolim da Silva – (Examinadora 2)
Secretaria Municipal de Saúde – Arapiraca /AL



Documento assinado digitalmente
ANDREIVNA KHARENINE SERBIM
Data: 05/02/2024 10:06:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Andreivna Kharenine Serbim – (Examinadora 3)
Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFAL

Dedico

À minha família, minha maior fonte de
inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a oportunidade de ingressar nesta universidade, ainda assim, pela força, coragem, saúde, sabedoria e discernimento me concedido até aqui, pois mesmo diante de tudo que precisei enfrentar, ele sempre foi minha força e proteção.

À minha querida família, que apesar de tão pequena, é o meu bem mais precioso e tanto contribuíram para que eu chegasse até aqui, sempre estiveram comigo em todos os momentos, me dando forças, incentivando e ajudando a enfrentar todas as dificuldades. A minha querida mainha Cicera Teixeira, meu papai Benedito, meu irmão André, minha tia Aparecida Teixeira, minha madrinha Benedita, meu tio José Custódio e minha afilhada Isis, esse diploma é nosso meus amores.

Ao meu esposo Júnior, por todo incentivo, amor, carinho, companheirismo e parceria, por ter acreditado em mim e me ajudado a alcançar meus objetivos sempre acreditando que eu seria capaz. Aos meus sogros Maurício e Joselma, pelo incentivo e compreensão nas vezes que precisei me ausentar.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Meirielly Holanda, por ter aceito o convite e embarcado comigo nesse desafio, pela paciência, compreensão, apoio, dedicação e incentivo. À minha dupla de pesquisas, projetos, estágio e agora da UFAL para vida, Lívia Rafaella, pelo companheirismo, pela parceria, por ter sido meu ombro amigo em tantos momentos, por ter segurado minha mão quando pensei em desistir e por tudo o que compartilhamos, minha gratidão.

Ao meu grupo de amigas, as que restaram (Thaís, Clécia, Lívia, Aíris e Kelly), por ter tornado os dias mais leves e felizes, com a parceria, companheirismo e todos os momentos compartilhados.

À todos os meus familiares, amigos, professores da graduação que tanto contribuíram para o meu aprendizado, através dos conhecimentos compartilhados.

Aos profissionais do Centro POP, pela acolhida e recepção, assim contribuindo para efetivação do estudo.

À população em situação de rua por ter aceito participar da pesquisa, assim contribuindo para minha formação pessoal e acadêmica.

E a todos que torceram por essa conquista. Muito obrigada.

RESUMO

Introdução: O presente trabalho buscou analisar a situação de saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua que frequentam um centro de referência no agreste alagoano à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC). A teoria é embasada em três fatores, sendo eles (1) a preservação cultural do cuidado, (2) a acomodação cultural do cuidado e (3) a reestruturação do cuidado cultural. **Objetivo:** Neste sentido, buscou-se delinear o perfil socioeconômico da população entrevistada, avaliar parâmetros clínicos e analisar como ocorre o acesso aos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de campo de abordagem quantitativa, observação participante e qualitativa, observacional de corte transversal, realizado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) do município de Arapiraca - AL. As 08 pessoas que concordaram em participar da pesquisa por meio do aceite do TCLE, foram entrevistadas, inicialmente, através da coleta de dados socioeconômicos, por meio do formulário do INEP. Após a avaliação socioeconômica, os participantes foram conduzidos à avaliação dos parâmetros clínicos, os quais foram realizados por meio de procedimentos incluindo a verificação de sinais vitais, como aferição da pressão arterial, glicemia capilar de jejum e peso. Em seguida, responderam as perguntas realizadas durante a anamnese, exame físico e a entrevista estruturada para a saúde da PSR. **Resultados:** Assim, observou-se que a maioria dos participantes foi constituída por homens, entre 30 a 49 anos, autodeclarados pardos e pretos. A maioria dos participantes respondeu estar nas ruas há mais de 61 dias. O motivo da ida às ruas, inclui, em sua maioria, aqueles que estão por desentendimento familiar ou por uso de substâncias psicoativas. Sobre o acesso aos serviços de saúde, a maioria relatou busca por serviços de urgência e emergência como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital de Emergência (HE), além da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou encaminhado pelo Centro POP aos setores. Ainda, em relação a hipertensão, apenas um entrevistado apresentou um valor elevado de PA, os demais estavam dentro da normalidade preconizada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, em relação aos valores da glicemia em jejum, nota-se um valor alterado na maioria dos entrevistados, sendo que destes, apenas 02 referem ser diabéticos. Fica evidente a deficiência nos hábitos de vida, em relação à alimentação, pelos desafios enfrentados nas ruas, o que contribui diretamente na saúde dessa população. Ainda assim, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde foi outra vertente encontrada no estudo. **Conclusão:** Assim, há a necessidade de implantação do consultório de rua e intervenções de educação em saúde. Outrossim, mostrou-se relevante a utilização de estratégias para a preservação, acomodação e reestruturação cultural do cuidado através da TDUCC, levando em conta as diferentes necessidades das PSR e suas expectativas de cuidado, rompendo com o estereótipo segregador a qual elas estão expostas para, assim, assisti-las de forma cultural e integral.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; hipertensão; diabetes; análise da situação de saúde; Teoria Transcultural.

ABSTRACT

Introduction: The present work sought to analyze the health situation of people with hypertension and/or diabetes homeless people who attend a reference center in rural Alagoas in the light of the Theory of Diversity and Universality of Cultural Care (TDUCC). The theory is based on three factors, namely (1) the cultural preservation of care, (2) the cultural accommodation of care and (3) the restructuring of cultural care. **Objective:** In this sense, we sought to outline the socioeconomic profile of the interviewed population, evaluate clinical parameters and analyze how access to health services occurs. **Methodology:** This is a field study with a quantitative, participant observation and qualitative approach, cross-sectional observation, carried out at the Specialized Reference Center for the Homeless Population (Centro POP) in the municipality of Arapiraca - AL. The 08 people who agreed to participate in the research by accepting the informed consent form were initially interviewed by collecting socioeconomic data using the INEP form. After the socioeconomic assessment, participants were taken to evaluate clinical parameters, which were carried out through procedures including checking vital signs, such as measuring blood pressure, fasting capillary blood glucose and weight. They then answered the questions asked during the anamnesis, physical examination and the structured interview for the health of the HP. **Results:** Thus, it was observed that the majority of participants were men, between 30 and 49 years old, self-declared mixed race and black. The majority of participants responded that they had been on the streets for more than 61 days. The reason for taking to the streets mostly includes those due to family disagreements or the use of psychoactive substances. Regarding access to health services, the majority reported searching for urgent and emergency services such as the Emergency Care Unit (UPA) and the Emergency Hospital (HE), in addition to the Basic Health Unit (UBS) or referred by the POP Center to sectors. Furthermore, in relation to hypertension, only one interviewee had a high BP value, the others were within the normal range recommended by the Ministry of Health. However, in relation to fasting blood glucose values, an altered value was noted in the majority of interviewees, of which only 2 reported being diabetic. The deficiency in lifestyle habits, in relation to food, is evident due to the challenges faced on the streets, which directly contributes to the health of this population. Still, the difficulty in accessing health services was another aspect found in the study. **Conclusion:** Thus, there is a need to implement the street clinic and health education interventions. Furthermore, the use of strategies for the preservation, accommodation and cultural restructuring of care through TDUCC proved to be relevant, taking into account the different needs of HP and their expectations of care, breaking with the segregating stereotype to which they are exposed, thus, assisting them in a cultural and integral way.

Keyword: ill-housed persons; hypertension; diabetes mellitus; diagnosis of health situation; Transcultural Theory.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ações realizadas para PSR no Centro POP do Município de Arapiraca-AL, a partir da Metodologia da Problematização do Arco de Charles Maguerez em novembro de 2022.....	30
Quadro 2 - Descrição da Coleta de dados clínicos realizada no Centro POP do município de Arapiraca-AL.....	32
Quadro 3 - Perguntas realizadas na coleta de dados realizados na PSR.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas com hipertensão e/ou diabetes em Situação de Rua- Arapiraca, Brasil, 2023..... 36

Tabela 2 - Caracterização social das pessoas com hipertensão e/ou diabetes em Situação de Rua- Arapiraca, Brasil, 2023.....37

Tabela 3 - Caracterização de parâmetros clínicos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua, Arapiraca- Brasil, 2023.....40

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMD	Associação Americana de Diabetes
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Encefálico
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CR	Consultório na Rua
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HE	Hospital de Emergência
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LS	Letramento em Saúde
LOSAN	Lei orgânica de Segurança Alimentar

MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PA	Pressão Arterial
PET-SAÚDE GESTÃO E ASSISTÊNCIA	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PSR	Pessoas em Situação de Rua
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Teoria Transcultural do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
TOTG	Teste de tolerância oral à glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Marco Conceitual da População em Situação de Rua	16
2.2 Epidemiologia da População em Situação de Rua	17
2.3 Políticas Públicas e Direitos Sociais: um foco na PSR	18
2.4 Circunstâncias de Saúde da PSR	19
2.5 Hipertensão Arterial Sistêmica	20
2.6 Diabetes Mellitus	21
2.7 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC): Referencial Teórico	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 Geral	26
3.2 Específicos	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Local do estudo	27
4.3 Participantes do estudo	27
4.4 Critérios de inclusão	28
4.5 Critérios de exclusão	28
4.6 Aproximação com os sujeitos do estudo	28
4.7 Coleta dos dados	30
4.8 Aspectos éticos	31
4.8.1 Aspectos socioeconômicos	32
4.8.2 Parâmetros clínicos	32
4.8.2.1 Pressão Arterial	33
4.8.2.2 Glicemia capilar	33
4.8.2.3 Peso	33
4.9 Anamnese	34
4.10 Análise dos Dados	35
4.10.1 Quantitativos	35
4.10.2 Qualitativos	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36

5.1 Perfil Socioeconômico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em Situação de Rua em Arapiraca - AL	36
5.2 Análise clínica e dos sinais vitais de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua que frequentam o Centro POP na cidade de Arapiraca-AL	39
5.3 Hábitos de vida dos portadores de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua que frequentam o Centro POP na cidade de Arapiraca-AL.	42
5.4 Busca e acesso aos serviços de saúde por portadores de pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus em situação de rua que frequentam o Centro POP na cidade de Arapiraca-AL	43
6 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	60
APÊNDICE B - Questionário Socioeconômico INEP adaptado	65
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista	69
ANEXO A - Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde	70
ANEXO B - Atestado de Anuência e Compromisso Institucional e de Existência de Infraestrutura para a Pesquisa	71
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	72

1 INTRODUÇÃO

Falar da situação de rua enquanto condição social ainda é um paradigma desconhecido e carente de informação nas demais camadas sociais (Santos, 2019). De acordo com a Constituição de 1988, todos são iguais perante a lei, ou seja, seus direitos básicos e sociais devem ser garantidos de forma igualitária. Todavia, apesar do direito à moradia ser uma questão de cidadania assegurada pela Carta Magna, de competência federal, dos estados e dos municípios, de acordo com Silva (2018), as pessoas em vulnerabilidade possuem poucos recursos para enfrentar as adversidades do cotidiano que lhes são apresentadas, sofrendo discriminação e tendo seus direitos violados. Dentro desse contexto de iniquidades sociais está inserida a população em situação de rua.

Assim sendo, grupos populacionais foram vítimas do processo de industrialização e urbanização, sendo obrigados a saírem do campo e irem para os centros urbanos em busca de empregos e, quando não encontravam, ficavam pelas ruas e assim, se tornavam o que atualmente se define como Pessoas em Situação de Rua (PSR) (Resende, 2019). Dentre as causas que confluem para uma pessoa estar em situação de rua, o desemprego ainda é uma causa recorrente, porém, o perfil desta população é bastante diversificado, podendo-se encontrar dentre outros, trabalhadores sazonais e informais, pessoas portadoras de sofrimento mental, moradores expulsos de seus lares, egressos do sistema penitenciário e jovens provenientes de instituições de reabilitação (Santos, 2011).

Nesse sentido, a expressão ‘situação de rua’ retrata tanto a carência de moradia quanto também descreve um grupo social. A relação restrita entre a negação de direitos e uma identidade social define a ausência de moradia da exiguidade de outros direitos socioeconômicos. Neste contexto, é comum que as pessoas em situação de rua vivenciem a estigmatização, exclusão social e criminalização (Human Rights Council, 2015).

Entretanto, o Decreto nº 7.053, de 23 dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) adota a seguinte definição a estes indivíduos:

“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” (Brasil, 2009).

Logo, em relação aos cuidados em saúde da população que vive nas ruas, sabe-se que através da oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, o conceito de saúde, antes restringido apenas ao cuidado médico, foi ampliado, sendo este “resultante das condições de

alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986).

Nesse viés, a Carta de Ottawa adota os princípios que configuram as condições sociais ideais para a Promoção da Saúde das populações: políticas públicas saudáveis, proteger os ambientes e os recursos naturais, lutar contra as desigualdades, orientar as pessoas quanto à saúde e as formas de acesso aos serviços (Brasil, 2002).

Desse modo, como meio de assegurar a toda população brasileira o acesso a esses direitos essenciais à vida, a Constituição de 1988 garante que “a saúde é direito de todos e dever do Estado...” (Brasil, 1988), entretanto, essa não é a realidade vivenciada por pessoas que vivem em vulnerabilidade nas ruas, devido a extensa exclusão social e invisibilidade a que estão expostos.

Em decorrência dessa negligência, diversos problemas de saúde são agravados na PSR, como distúrbios psíquicos e psiquiátricos, incluindo a dependência por psicoativos, problemas respiratórios (como pneumonia e tuberculose), problemas dermatológicos, HIV/AIDS, lesões por traumas devido a atropelamento, violência física, brigas e outros.

Todos esses agravos podem surgir como consequência da vida nas ruas, causas para a ida às ruas ou decorrentes de doenças pré-existentes, incluindo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), problemas estes que são comuns na população brasileira em geral, mas agravados devido às condições de iniquidades as quais estas pessoas estão expostas (Brasil, 2009).

Nesse contexto, atrelada a importância da Teoria da Diversidade e a Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de conhecer o contexto cultural o qual a pessoa está inserido, é importante também conhecer os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e sua influência na vida da PSR, para compreender as razões que as levam a permanecer nestas condições e as estratégias de busca por condições e acesso à saúde. Entretanto, os DSS representam as condições de vida e de trabalho, vinculadas com os aspectos de saúde dos indivíduos e comunidades, estando intensamente ligados aos fatores comportamentais e estilos de vida da população (Pereira *et al.*, 2019). Visto que, dentre os problemas de saúde mais recorrentes nesta população encontram-se as doenças crônicas (Barba, 2021).

Assim sendo, após a busca nos bancos de dados eletrônicos Pubmed, Scielo, Periódicos da Capes, em uma análise breve desses resultados foi possível observar que há lacunas de estudos sobre essa temática, mas ainda é incipiente o conhecimento, principalmente, no local em que vivemos. Nesta feita, os estudos encontrados são sobre: saúde mental, tuberculose, uso

de drogas, estigmas e preconceitos (Marques, 2022; Pedrosa, 2022; Brito, 2022; Pavinatti, 2023).

Portanto, diante destas problemáticas, esta pesquisa evidencia como objeto de estudo a situação de saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua em Arapiraca.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para que sejam abordados os aspectos aos quais esse estudo se propõe, se faz necessário, primeiramente, realizar uma pesquisa acerca da População em Situação de Rua, em relação a doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, bem como a utilização da teoria de enfermagem como referencial teórico.

2.1 Marco Conceitual da População em Situação de Rua

BANDEIRA, Manuel. *O Bicho*.

“Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.
Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.
O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem”.
(Brasil, 2014, p. 05).

Em seu poema, “O Bicho”, Manuel Bandeira enfatiza a realidade desditosa a qual as pessoas em situação de rua são submetidas diariamente. Nesse sentido, faz-se necessário dar visibilidade a essa população, com o intuito de desmistificar o preconceito enraizado pela sociedade contemporânea a respeito das pessoas em situação de rua.

Todavia, durante anos essas pessoas receberam muitas denominações, em geral, de caráter pejorativo e degradante como: mendigos, pedintes e vagabundos. Entretanto, esses e outros adjetivos nada têm a ver com essas pessoas, nem com os direitos que possuem como cidadãs, nem com a crueldade do sistema que as empurrou para essa situação, nem com a ausência de políticas públicas que o Estado tem como obrigação oferecer a todos os cidadãos (Bove; Figueiredo, 2015). Logo, vale ressaltar que, apesar do entendimento comum, apenas uma minoria (15%) das PSR é pedinte. Assim não se trata de mendigos, mas de trabalhadores que têm alguma profissão exercida, em regra, na economia informal (Brasil, 2015).

2.2 Epidemiologia da População em Situação de Rua

Apesar da clara delimitação conceitual, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não inclui na contabilização do CENSO populacional a população em situação de rua, pelo fato de não possuírem endereço formal, assim, não se sabe, ao certo, o número de indivíduos que se encontram atualmente nesta situação no país. Por outro lado, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que o Brasil possuía, em 2020, um contingente de 220 mil pessoas em situação de rua, sendo que este número representa mais do que o dobro da estimativa do ano de 2015, quando fora estimado um contingente de 100 mil pessoas (Barba, 2021).

Desse modo, ainda segundo dados do IPEA (2023), a população em situação de rua no Brasil cresceu 38% entre 2019 e 2022, quando atingiu 281.472 pessoas. Entretanto, de acordo com a Gameiro (2021) em publicação no portal Fiocruz, revela o impacto da pandemia de COVID-19 que ocorreu entre 2020 e 2022 no Brasil, levando ao isolamento social e, conseqüentemente, ao desemprego, um dos fatores relacionados diretamente ao viver nas ruas.

Portanto, de acordo com os resultados da Pesquisa Nacional, as pessoas em situação de rua se caracterizam predominantemente por homens (82%), dos quais 67% são negros, percentual que é superior ao da população brasileira e grande parte dessas pessoas tem como fonte de renda as atividades no mercado informal (52%), tais como: catadores de material reciclável (27,5%), flanelinhas (14,1%), trabalhadores da construção civil (6,3%) e limpeza (4,2%), carregadores e estivadores (3,1%). A maioria nunca teve carteira assinada ou não trabalhava formalmente há muito tempo (BRASIL, 2015).

Assim, para 2020 e 2021, os números estimados da população em situação de rua eram, respectivamente, 214.451 e 232.147 pessoas. Entre 2021 e 2022, os dados acompanharam o crescimento acelerado nos registros do Cadastro Único. Já o aumento verificado entre 2019 e 2020 é comparativamente modesto, como assinalou Natalino (2022):

É possível que parte da explicação para esse resultado sejam os problemas relacionados aos dados de 2020, resultando em um viés de subestimação, e que o mesmo fenômeno tenha afetado, em algum nível, também os números oficiais para 2021 (Natalino, 2022, p. 15-16).

Nessa perspectiva, no estado de Alagoas, apesar de não haver um censo que comprove a quantidade de PSR, nem existam dados atualizados por órgão oficiais, as instituições não governamentais que lidam com esta população estimam que houve um aumento do número de pessoas em situação de rua devido a pandemia pela COVID-19, apontando que na capital, Maceió, em 2020, viviam cerca de 4.500 nesta situação de vulnerabilidade (França, 2020).

Analogamente, um cenário semelhante que configura e compactua da mesma realidade é o município de Arapiraca –AL. Não obstante, dados do Centro POP de Arapiraca, publicados através do inquérito sociodemográfico levantado pelo grupo de trabalho 5 do PET-Saúde 2022 Gestão e Assistência Arapiraca - AL (Centro Itinerante de Cuidados Integrals no agreste Alagoano: Saúde em Movimento), revelam que, na instituição, foram atendidas 1.244 pessoas em situação de rua entre os anos de 2018 a 2022, sendo que no ano de 2022 a incidência foi maior, chegando a 350 novas pessoas atendidas.

2.3 Políticas Públicas e Direitos Sociais: um foco na PSR

Sendo assim, diante dos dados epidemiológicos alarmantes e crescentes, como forma de garantir os direitos da PSR, foi criada a política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 a fim de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas desenvolvidas pelos órgãos do Governo Federal (Brasil, 2009).

Além disso, esta política busca garantir os processos de participação e controle social e possui entre seus princípios: igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (Brasil, 2009).

Outrossim, mesmo diante do decreto nº 7.053, de 23 dezembro de 2009, o acesso à saúde dessa população é ainda um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a prevenção até os cuidados primordiais. A falta de acesso contradiz com os princípios e diretrizes do SUS que é a universalidade e equidade do atendimento (Paiva *et al.*, 2016). Nesse sentido, surgiu a estratégia de Consultório na Rua, através da Política Nacional de Atenção Básica (2011), ofertando de maneira mais oportuna atenção à saúde desse grupo populacional o qual se encontra em condições de vulnerabilidade. Assim, o Consultório na Rua compõe a atenção básica e consiste, segundo Simões *et al.* (2017) em:

Resgatar a cidadania e garantir os direitos da população em situação de rua; ressocializar a população em situação de rua. entender a dinâmica de vida da população em situação de rua; garantir o acesso da população em situação de rua ao SUS; empoderar os usuários; realizar um trabalho específico e não especializado; promover o cuidado à população em situação de rua a partir da equidade; ser porta de entrada para a saúde; trabalhar a partir da política de redução de danos; tratar na rua aqueles que não conseguem chegar às unidades

de saúde; promover ações de saúde locais para aqueles que não chegam aos serviços; estabelecer vínculos respeitosos com os usuários a partir da escuta e do acolhimento; promoção e prevenção da saúde; oferecer atendimento clínico e em saúde mental; fazer articulações com o intersetor; dar visibilidade à população em situação de rua diminuindo seu estigma (Simões *et al.*, 2017, p. 968-969).

Ainda assim, outra ação do Ministério da Saúde consistiu na criação do Plano Operativo de Ações para a saúde da população em situação de rua, que define as “diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2013, p. 1). Essas ações compreendem, ainda:

Promoção do acesso à atenção integral à saúde das populações em situação de rua. Educação permanente aos gestores e trabalhadores de saúde. Incentivo a estudos e pesquisas voltadas para as necessidades da população de rua. Informação, educação e comunicação. Organização das ações de saúde no desenho das redes de linha de cuidado do SUS. Incentivo à participação social e a gestão participativa. Intervenção na cultura que provoque a mudança quanto aos determinantes sociais (Brasil, 2013, p. 2).

2.4 Circunstâncias de Saúde da PSR

Nesse sentido, cabe aqui ressaltar, o conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual define que “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Logo, essa definição envolve reconhecer o ser humano como um ser integral e a saúde como qualidade de vida (BVS, 2023).

Posto isso, a situação de saúde no Brasil, provocada pela transição demográfica e epidemiológica, exige que o sistema de saúde brasileiro responda pela “tripla carga de doenças” Frenk (2006), dentre elas, destaca-se o aumento das doenças crônicas pelo envelhecimento das pessoas e aumento dos fatores de risco como fumo, sedentarismo, inatividade física, sobrepeso e má alimentação.

Dessa forma, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), citada por Cesse (2007), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam, especificamente, uma importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Onde indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nas próximas décadas, particularmente, nos países em desenvolvimento o qual parcelas da população ainda vivem em estado de pobreza, persistindo grande desigualdade entre classes sociais.

Ainda assim, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são grupos de doenças que se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais, conforme citado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2023).

Os principais grupos de DCNT são as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Entretanto, essas doenças têm em comum um conjunto de fatores de risco modificáveis, passíveis de ações de prevenção, sendo principalmente: tabagismo, inatividade física, consumo excessivo de álcool e outras drogas, obesidade, dislipidemias e a alimentação inadequada, com ingestão insuficiente de frutas e verduras (Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco, 2023).

Nessa perspectiva, as DCNT elencadas para esse trabalho foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Tendo em vista o crescimento expressivo e a situação de vulnerabilidade à qual a PSR está exposta. Logo, cabe aos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, atuar frente a essa população, de modo a exercer o papel de cuidado nesse contexto pouco explorado e evidenciado, com o objetivo de garantir melhor condição de saúde aos hipertensos e diabéticos em situação de rua (Sánchez, 2022).

2.5 Hipertensão Arterial Sistêmica

Em relação à HAS, Barroso *et al.* (2021) trazem como conceito: é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais.

Desse modo, o diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a PA é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da PA é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico. Logo, a HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (Brasil, 2006).

Dessa forma, para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Sendo necessário, em seguida, a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado (Brasil, 2006).

Nesse ínterim, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. Sendo a adoção de hábitos de vida saudáveis a parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (Brasil, 2006).

Os autores Silva *et al.* (2021) observaram que existem alguns fatores comportamentais, ambientais e sociais que contribuem para que a PSR desenvolva a hipertensão, sendo encontrado entre eles o uso diário de álcool, tabagismo e o sedentarismo, que contribui progressivamente para o aumento da pressão arterial (PA), estabelecendo um fator de risco para doença cardiovascular.

Além disso, Aguiar e Iriart (2012) identificaram em seu estudo, que a PSR que tem a hipertensão como doença já pré-estabelecida, não utiliza dos medicamentos diariamente ou então, precisam adaptar o uso da medicação de acordo com a sua realidade, o que demonstra o risco para o desenvolvimento de um evento cardiovascular, caso a hipertensão não seja controlada, como o desenvolvimento de doenças como acidente vascular encefálico (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência renal crônica (IRC), entre outros.

Entretanto, para a eficácia do tratamento, bem como à prevenção de complicações crônicas, a abordagem multiprofissional é de fundamental importância. Todavia, assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Analogamente, existe o Diabetes Mellitus (DM), outro tipo de doença crônica elencado a seguir.

2.6 Diabetes Mellitus

O DM é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. A insulina é produzida pelo pâncreas e é responsável pela manutenção do metabolismo da glicose e a falta desse hormônio provoca déficit na metabolização da glicose e, conseqüentemente, diabetes. Caracteriza-se por altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente (Brasil, 2013).

Dessa forma, o diagnóstico de DM deve ser estabelecido pela identificação de hiperglicemia. Para isto, podem ser usados a glicemia plasmática de jejum, o teste de tolerância oral à glicose (TOTG) e a hemoglobina glicada (HbA1c). Em algumas situações, é recomendado rastreamento em pacientes assintomáticos (Cobas *et al.*, 2022).

Neste caso, de acordo com a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, edição 2023, no indivíduo assintomático, é recomendado utilizar como critério de diagnóstico de DM a glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 126 mg/dl, a glicemia duas horas após uma sobrecarga de 75 g de glicose igual ou superior a 200 mg/dl ou a HbA1c maior ou igual a 6,5%. É necessário que dois exames estejam alterados. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023).

A Associação Americana de Diabetes (AMD) (2008) diz que a frequência recomendada dos testes de A1C devem ser realizados, pelo menos, duas vezes ao ano para todos os pacientes diabéticos e quatro vezes por ano (a cada três meses) para pacientes que se submeterem a alterações do esquema terapêutico ou que não estejam atingindo os objetivos recomendados com o tratamento vigente. Entretanto, essa realidade não se aplica aos diabéticos que vivem em situação de rua, tendo em vista as dificuldades encontradas para realização do tratamento e acompanhamento citado por Carneiro Junior *et al.* (1998, p. 54).

Desse modo, ainda de acordo com a Associação Americana de Diabetes (2008), em relação ao tratamento, para a diabetes tipo 1 consiste nos seguintes componentes: 1) uso de injeções de insulina em doses múltiplas (3–4 injeções por dia de insulina basal e prandial) ou terapia com CSII; 2) correspondência da insulina prandial com a ingestão de carboidratos, glicemia antes das refeições e atividade prevista; e 3) para muitos pacientes (especialmente se a hipoglicemia for um problema), uso de análogos de insulina.

Enquanto que, para a diabetes tipo 2 são: 1) intervenção no momento do diagnóstico com metformina em combinação com mudanças no estilo de vida (MEV e exercício) e 2) aumento contínuo e oportuno da terapia com agentes adicionais (incluindo início precoce da terapia com insulina) como meio de alcançar e manter os níveis recomendados de controle glicêmico (ou seja, A1C <7% para a maioria dos pacientes). O objetivo geral é atingir e manter os níveis glicêmicos o mais próximo possível da faixa não diabética e mudar as intervenções em um ritmo tão rápido quanto a titulação dos medicamentos permitir.

Ademais, intervenções como perda de peso reduz a resistência à insulina, tendo a atividade física e a modificação do comportamento como componentes importantes dos programas de perda e manutenção do peso (AMD, 2008).

O sedentarismo é um dos fatores de risco que ajuda no desenvolvimento da diabetes, além disso, existem outros fatores que contribuem para a PSR desenvolver a diabetes, como práticas de uso de álcool e tabagismo, que são frequentes em PSR. O uso dessas drogas lícitas também está associado à ruptura da vida social e inserção do usuário nas ruas. Estas práticas

contribuem para o desenvolvimento da doença, e o não uso das medicações para o controle da patologia contribui para o risco de complicações decorrentes da diabetes (Patrício *et al.*, 2020).

Existe falta de conhecimento sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de DCNT pela a PSR, segundo Silva *et al.* (2021), identificou que somente 5% dos indivíduos entrevistados conheciam os fatores de riscos para diabetes, e a PA média da PSR entrevistada se encontrava-se 143 por 95 mmHg, o que de acordo com VIII Diretriz de Hipertensão Arterial Sistêmica é classificado como hipertensão estágio 1. Sabe-se que a HAS associada com a DM, aumenta o risco de mortalidade em cerca de sete vezes, decorrentes de um evento cardiovascular.

Nesse viés, quando se trata do cuidado de DCNT, com destaque para a HAS e DM, o modelo tradicional, “hospitalocêntrico”, de organização dos serviços não consegue trazer a resolutividade e eficiência necessárias à gestão. Desse modo, a proposta de Mendes (2009) citada em Brasil (2010), é que o sistema de saúde seja organizado de forma a uma rede poliárquica, onde a atenção primária de saúde (APS) ocupe a posição central, devendo trabalhar de forma articulada e organizando a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado pactuada entre todos os níveis envolvidos, conforme a Figura 01.

Figura 1 - Organização poliárquica em rede de atenção à saúde tendo a APS em posição central.



Fonte: Mendes (2009).

Entretanto, no que diz respeito às pessoas em situação de rua, essa proposta de Mendes (2009) não condiz com a realidade vivenciada, destoante também ao que é estabelecido pela PNPB, especialmente a nível da atenção primária. Sendo assim, dentre os motivos para dificuldade de acesso refere-se o preconceito, a exigência de documentação, a restrição na demanda espontânea, os atrasos e longo tempo de espera, o limite na atuação intersetorial, a ausência de serviço de saúde no local, a dificuldade de transporte, a falta de conhecimento de onde obtê-los, além dos custos do atendimento (Barba, 2021).

Todavia, ainda conforme Barba (2021), como consequências desse distanciamento dos serviços de saúde, observam-se a restrição de atividades de promoção e de prevenção de saúde, uma entrada tardia no serviço de saúde que acarreta atrasos em diagnósticos, adiamento de cuidados, problemas em continuidades de tratamentos, além de aumento no autotratamento e no autogerenciamento de tratamento, o que aumenta as taxas de internações.

Por conseguinte, de acordo com Hortale *et al.* (1999, p. 87), “a categoria acesso aos serviços de saúde deve, portanto, ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sociocultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população, ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços”.

Ademais, segundo Torres (2010), citado por Alves (2018), fatores sociais e culturais são grandemente associados com vários processos de vida do ser humano. Estão presentes em contextos políticos, gestores e inclusive na perspectiva de saúde e doença.

No entanto, Moura (2005) em uma reflexão teórica, elucida que para cuidarmos da saúde do ser humano, não devemos somente nos restringir aos conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É importante conhecermos o contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida do indivíduo e de suas famílias, numa perspectiva de construção de um novo paradigma para abordagem da saúde e da doença.

2.7 Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC): Referencial Teórico

Todavia, com esse propósito de conhecer o contexto cultural, Madeleine Leininger uniu os seus conhecimentos adquiridos no campo da enfermagem com os preceitos da antropologia, defendendo a Teoria da Diversidade e a Universalidade do Cuidado Cultural. Leininger, enfermeira e antropóloga, na década de 50 ao trabalhar em uma casa com crianças de diversas nacionalidades, observou que as mesmas precisavam do cuidado de forma diferenciada. Criou

então a Teoria Transcultural do Cuidado (TCC), e conceitua o cuidado universal ao ser humano, isto é, o ser humano se desenvolve e morre, necessita de cuidado adequando o seu ambiente a sua cultura e estrutura social, tendo sua própria dimensão de cuidado, doença e saúde (Elielson, 2023).

Assim, de acordo com os princípios da teoria de enfermagem transcultural, de Madeleine Leininger, compreende-se que a autora considera o cuidado como um eixo da prática e do saber. Leininger elaborou sua teoria com ênfase nas seguintes hipóteses: as pessoas de cada cultura têm a capacidade de identificar e determinar as formas por meio das quais testam e concebem o cuidado de enfermagem; os valores, crenças e práticas do cuidado cultural sobre influência da visão do mundo, linguagens, religião, economia, educacional, contexto social, etno-histórico, político e universo de cada cultura individual (Lopes; Figueiredo, 2011).

A teoria transcultural é embasada em três fatores, sendo eles (1) a preservação cultural do cuidado, que consiste em assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo a manter hábitos favoráveis à saúde (2) a acomodação cultural do cuidado, que revela formas de adaptação ou negociação das práticas de saúde e (3) a reestruturação do cuidado cultural, que vai auxiliar o cliente a alterar seus padrões de vida buscando formas mais saudáveis de viver (Seima *et al.*, 2011).

Nesse sentido, embora não existam artigos científicos que utilizam esta teoria na PSR, em seu estudo, Alecrim (2016) traz que a PSR tem características específicas, um estilo de vida próprio, em um espaço próprio, sobrevivendo em um tempo individual e coletivo que se difere do convencional, e por esta característica necessita suprir as suas necessidades básicas de vida de modo imediato. Entretanto, a partir da análise desse estudo, é notório a relevância desta teoria quando utilizada por profissionais que lidam com a PSR.

Sendo assim, trabalhar com pessoas que vivem nessa situação exige estabelecimento de vínculos que possibilitem humanizar o encontro. Para tanto, é necessário compreender sem julgar, respeitar e estabelecer limites (Brasil, 2012). Nesse viés, diante destas problemáticas serão apresentados a seguir o objetivo geral e os específicos do presente trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 Primário

Analisar as condições de saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua que frequentam um centro de referência no agreste alagoano.

3.2 Secundários

- Delinear o perfil socioeconômico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua que frequentam o Centro POP em Arapiraca – AL;
- Avaliar parâmetros clínicos destas pessoas;
- Analisar como ocorre o acesso aos serviços de saúde aos portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus em situação de rua em Arapiraca – AL.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, observação participante e qualitativa que, de acordo com Sampieri *et al.* (2013) e Minayo (2014) citado em Silva *et al.* (2018), demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades. Quanto ao tipo, foi transversal e observacional.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) do município de Arapiraca-AL. Este centro está em atuação desde 2013, com uma média de 30 indivíduos assistidos diariamente. Atua na promoção da cidadania, garantia dos direitos dessas pessoas e é mantido pela Prefeitura de Arapiraca, através da Secretaria de Assistência Social. O órgão disponibiliza espaço para banho e lavagem de roupas, oferta café da manhã, almoço e lanches, o centro também conta com a assistência de Psicóloga e Assistente Social, que favorecem o encaminhamento destas pessoas aos serviços de saúde, inclusão em programas sociais e encaminhamento para participarem de políticas públicas.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 08 (oito) pessoas em situação de rua vinculados ao Centro POP. Optou-se por esse número de participantes porque, conforme Duarte (2002), quando já é possível identificar padrões simbólicos, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências atingem o que se convencionou chamar de “ponto de saturação”, dá-se por finalizado o trabalho. Tendo em vista que, os números de indivíduos participantes atenderam aos critérios estabelecidos e identificados no período determinado para a coleta de dados.

4.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para participar do presente estudo foram: ser homens ou mulheres em situação de rua que frequentam o Centro POP em Arapiraca - AL; ter idade ≥ 18 anos; ter consentido participar voluntariamente do estudo; serem capazes de responder as perguntas a eles dirigidas; tenham o diagnóstico médico autodeclarado de hipertensão arterial e/ou diabetes.

4.5 Critérios de exclusão

Seriam excluídos homens e mulheres em situação de rua que tenham Transtornos Mentais ou outros distúrbios que incapacitem a sua participação na pesquisa. Porém, não houve nenhum caso de exclusão.

4.6 Aproximação com os sujeitos do estudo

Inicialmente, durante o mês de novembro de 2022 foram realizadas ações intersetoriais, distribuídas em três momentos seguindo a proposta metodológica do Arco de Charles Maguerez, uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização, da qual consta de cinco etapas que acontecem a partir da: 1) observação da realidade social; 2) identificação dos pontos-chaves; 3) teorização; 4) elaboração das hipóteses de solução e, por fim, 5) a aplicação à realidade (Prado *et al.*, 2012).

Nesta feita, essas ações foram realizadas por discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Arapiraca, supervisionados por docentes deste curso, em parceria com o grupo de trabalho 5 do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde Gestão e Assistência) de 2022 do Ministério da Saúde, vinculado à Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca - AL.

A seguir, serão apresentados como aconteceram os encontros seguindo as etapas do Arco de Charles Maguerez:

A primeira etapa do arco, consiste na participação ativa dos sujeitos (neste caso, a população em situação de rua) para um olhar atento da realidade, efetuando assim uma primeira leitura na qual o tema a ser trabalhado está inserido ou acontecendo na vida real. É o momento em que os sujeitos envolvidos podem olhar atentamente para a realidade, escolhendo aspectos

que precisam ser desenvolvidos, trabalhados, revisados ou melhorados (Prado *et al.*, 2012). Neste caso, este momento aconteceu no dia 11/11/2022, onde foi possível conhecer a estrutura do local e a rotina de atendimento.

Na segunda etapa, há uma eleição do que foi observado na realidade. Analisa-se o que é realmente importante, identificam-se os pontos-chaves do problema ou assunto em questão e as variáveis determinantes da situação. É o momento de síntese após a etapa da escolha do que será estudado sobre o problema, os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos (Prado *et al.*, 2012). Desse modo, também no dia 11/11/2022, foi realizada escuta qualificada e eleição do que foi observado na realidade social, o qual foi a falta de conhecimento sobre doenças como HAS e DM.

A *teorização*, terceira etapa do Arco de Charles Maguerez, é o momento em que os sujeitos passam a perceber o problema e indagar o porquê dos acontecimentos observados nas fases anteriores (Prado *et al.*, 2012). Sendo assim, para de fato entender as demandas elencadas pelos usuários e observadas pelos discentes, foi necessário estudar os temas propostos através de pesquisas com evidências científicas. Logo, essas tiveram uma importante contribuição, visto que foi possível permitir um aprofundamento e progressão dos conhecimentos. Desse modo, foi entre os dias 11/11 a 20/11/2022, nos quais foram realizadas pesquisas de evidências científicas acerca do tema proposto como ponto-chave.

A quarta etapa do Arco de Charles Maguerez consiste na elaboração de alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre teoria e realidade. Na quinta etapa *aplicação à realidade*, os sujeitos envolvidos são levados à construção de novos conhecimentos para transformar a realidade observada, por meio das hipóteses anteriormente planejadas (Prado *et al.*, 2012). Sendo assim, estas duas últimas etapas aconteceram no dia 23/11/2022, onde foi realizada ação educativa por meio de estratégias de Educação em Saúde com os temas DM e HAS, explanando conceitos, sinais e sintomas, formas de prevenção e instrução de qual serviço de saúde procurar para realizar o acompanhamento terapêutico. Além de ofertas de serviços como aferição de PA e glicemia em Jejum.

Logo, as ações realizadas a partir da Metodologia da Problematização do Arco de Charles Maguerez, bem como o que foi observado e realizado no local podem ser melhor ilustradas no quadro 01.

Quadro 1 - Ações realizadas para PSR no Centro POP do Município de Arapiraca-AL, a partir da Metodologia da Problematização do Arco de Charles Maguerez em novembro de 2022

Observação da realidade social	Identificação dos pontos-chave	Teorização	Elaboração das hipóteses de solução	Aplicação à realidade
Ocorreu no dia 11/11/2022, onde foi possível conhecer a estrutura do centro POP e rotina de recebimento da PSR atendida no local.	Também no dia 11/11/2022 foi realizada escuta qualificada e eleição do que foi observado na realidade social – falta de conhecimento sobre doenças crônicas como HAS e DM.	Entre os dias 11/11 a 20/11/2022 foram realizadas pesquisas de evidências científicas acerca do tema proposto como ponto-chave.	23/11/2022 foi realizada a ação educativa por meio de estratégias de Educação em Saúde com os temas DM e HAS – conceitos, sinais e sintomas, formas de prevenção e instrução de qual serviço de saúde procurar para realizar o acompanhamento terapêutico.	Também no dia 23/11/2022 foram ofertados serviços como aferição de PA e glicemia em jejum.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2023).

4.7 Coleta dos dados

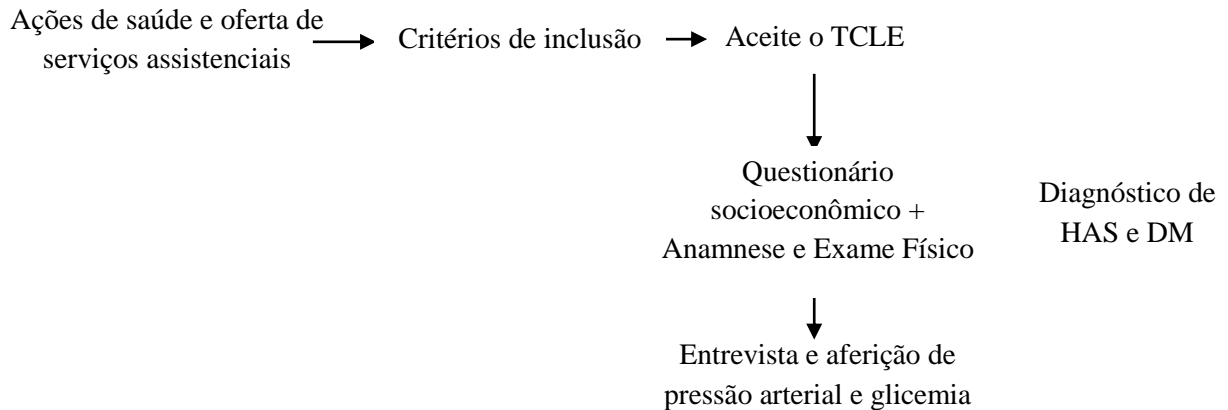
As PSR que concordaram em participar da pesquisa por meio do aceite do TCLE, foram entrevistadas, inicialmente, através da coleta de dados socioeconômicos, por meio do formulário do INEP (INEP, 2010 - Anexo A) adaptado, que avalia as variáveis de idade, sexo/gênero, etnia/cor de pele auto referida, estado civil, religião, nível escolar, ocupações anteriores e atuais, renda mensal, naturalidade, situação de moradia e necessidades humanas básicas. Além disso, este formulário traz como variável o tipo de acesso que os usuários têm aos serviços de saúde, ou seja, procura analisar qual tipo de serviço eles buscam quando precisam de assistência à saúde.

Após a avaliação socioeconômica, os participantes foram conduzidos à avaliação dos parâmetros clínicos, os quais foram realizados por meio de procedimentos incluindo a verificação de sinais vitais, como aferição da pressão arterial, glicemia capilar de jejum e peso de todos os indivíduos que tiveram interesse em participar. Em seguida, foram selecionados os que se enquadraram nos critérios de inclusão, ou seja, que tivessem diagnóstico de hipertensão

ou diabetes, responderam as perguntas realizadas durante a anamnese, exame físico e a entrevista estruturada para a saúde da PSR.

As etapas **metodológicas** percorridas neste estudo podem ser melhor ilustradas a partir do Fluxograma 01.

Fluxograma 1 - Etapas metodológicas do estudo realizado entre novembro de 2022 a abril de 2023, Arapiraca - AL.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2023).

4.8 Aspectos éticos

Assim sendo, os usuários que aceitaram participar da pesquisa, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - APÊNDICE A), depois de fornecidas informações individualmente sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo. Logo, a assinatura do TCLE foi realizada em duas cópias, onde uma ficou com a pesquisadora e a outra com o usuário. Para os analfabetos, a anuência ocorreu por meio da impressão datiloscópica nas duas vias.

A pesquisa recebeu atestado de anuência e apoio da secretaria municipal de saúde do município de Arapiraca (Anexo C), na pessoa da secretária municipal de saúde. Além disso, recebeu o apoio do Centro POP como instituição executora, através do atestado de anuência e compromisso institucional e de existência de infraestrutura para a pesquisa (Anexo D), na pessoa da diretora institucional. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do parecer nº 5.801.193 (Anexo E), em dezembro de 2022, obedecendo a preconização da resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012 e 510/2016 para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

O anonimato dos entrevistados foi mantido para assegurar a privacidade dos mesmos e evitar quaisquer constrangimentos, sendo utilizadas siglas para identificação das falas. Por

exemplo, os nomes foram substituídos por “Entrevistado (E)” seguido da numeração arábica que representou a sequência em que foram realizadas as entrevistas.

4.8.1 Aspectos socioeconômicos

Para identificar quais são os aspectos socioeconômicos dos indivíduos em PSR recrutados para esta pesquisa, foi utilizado um formulário do INEP (INEP, 2010 - Anexo 1) adaptado pela própria autora (2023), que avalia as variáveis de idade, sexo/gênero, etnia/cor de pele auto referida, estado civil, religião, nível escolar, ocupações anteriores e atuais, renda mensal, naturalidade, situação de moradia e necessidades humanas básicas. Além disso, este formulário traz como variável o tipo de acesso que os usuários têm aos serviços de saúde, ou seja, procura analisar qual tipo de serviço eles buscam quando precisam de assistência à saúde. Após avaliação socioeconômica, os participantes responderam a entrevista.

4.8.2 Parâmetros clínicos

A organização para a coleta dos dados clínicos aconteceu na área externa do Centro POP, com a colaboração da docente do Curso de Enfermagem da UFAL e orientadora deste trabalho. A seguir serão apresentados os procedimentos, materiais utilizados, bem como a sua forma de fornecimento, conforme o Quadro 02.

Quadro 2 - Descrição da Coleta de dados clínicos realizada no Centro POP do município de Arapiraca-AL

Procedimento	Materiais Utilizados	Fornecimento
Aferição de Pressão Arterial	Estetoscópio Esfigmomanômetro manual Caderno Caneta	Pesquisadora
Glicemia capilar de jejum	Glicosímetro Fitas Lancetas Algodão Álcool Luvas de procedimento Descarpack	Pesquisadora e UFAL
Peso	Balança Digital	Pesquisadora
Outros	Mesa Cadeiras	Centro POP

Fonte: Elaborado pela própria autora (2023).

4.8.2.1 Pressão Arterial

As medidas da pressão arterial sistólica e diastólica foram realizadas utilizando um manguito no tamanho ideal foi posicionado a 02 centímetros da fossa cubital. Os indivíduos ficaram na posição sentada, com as pernas descruzadas e braço apoiado à altura do coração. O protocolo de medida da pressão arterial (PA) seguiu as recomendações da 8ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (Barros *et al.*, 2021).

4.8.2.2 Glicemia Capilar

A medida da glicemia capilar foi realizada em jejum, antes do café da manhã. Foram utilizados glicosímetros juntamente com fitas reagentes, previamente validados. Foi realizada a punção do sangue capilar na parte distal externa do dedo anelar por uma lanceta descartável. O material infectante, utilizado para coleta, foi depositado em uma caixa específica de material hospitalar e posteriormente descartadas. O protocolo seguido para verificação da glicemia capilar foi de acordo com a Diretriz Brasileira de Diabetes, edição 2023 (Cobas *et al.*, 2021).

4.8.2.3 Peso

Para identificar o peso dos participantes desta pesquisa, foi utilizado o método de verificação de peso através de uma balança digital.

Desse modo, os participantes que tiveram valores alterados tanto da pressão arterial, quanto da glicemia em jejum de acordo com os parâmetros da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Diabetes (Barros *et al.*, 2021; Cobas *et al.*, 2021), foram orientados em relação à mudança nos hábitos de vida, além de que fossem a procura de serviços de saúde, como as Unidades Básicas para acompanhamento.

Entretanto, além destes, foram realizadas também anamnese e exame físico, a fim de conhecer ainda mais a situação de saúde de cada participante. Sendo assim, foram feitas perguntas abertas, conforme o Quadro 03.

Quadro 3 - Perguntas realizadas na coleta de dados realizados na PSR.

Anamnese
<ul style="list-style-type: none"> ● Doença preexistente ● Já recebeu prescrição de medicação? ● Medicação em uso? ● Como adquire as medicações? ● Fez alguma consulta recentemente? ● Se sim, com qual profissional e em qual serviço de saúde? ● Já fez alguma cirurgia? Sim sim, qual? ● Como está seu Sono e Repouso? ● Considera seu padrão de alimentação regular? ● Faz uso de tabaco? Se parou, há quanto tempo? ● Faz uso de álcool? Se parou, há quanto tempo? ● Faz uso de drogas? Se parou, há quanto tempo? Se utilizou, quais?
Exame Físico
<ul style="list-style-type: none"> ● Nível de Consciência ● Comportamento ● Comunicação ● Pele

Fonte: Elaborado pela própria autora (2023).

4.9 Anamnese

Foi realizada em local privativo, de forma individualizada, respeitando a privacidade de cada participante, com duração de aproximadamente 30 minutos. Antecedente às perguntas, foi esclarecido aos participantes que seriam questionamentos relacionados à situação de saúde, bem como o acesso aos serviços.

Desse modo, visando compreender as perspectivas da PSR acerca das experiências em assistência à saúde, assim como compreender experiências dos usuários em ser assistidos com qualidade e o entendimento da situação de saúde em relação a doenças crônicas, foi utilizado um questionário semiestruturado (Apêndice C), elaborado pelas pesquisadoras, composto de questões norteadoras abertas de acordo com os objetivos do estudo.

As perguntas abertas foram compostas por doze questões norteadoras, divididas nas seguintes habilidades de assistência à saúde e doenças crônicas (HAS e DM): Busca ajuda (Quando tem algum problema de saúde, você busca algum serviço de saúde?); Onde buscar ajuda (Qual serviço você procura?); Dificuldade ao buscar ajuda (Você já sentiu dificuldade ao atendimento nesses locais?); Hábitos de vida/Cuida da PA e DM (Você faz algo para cuidar da pressão alta e/ou diabetes?); Formas de controle PA e DM além da medicação (Você conhece

outra forma de controlar a pressão alta e/ou diabetes, além da medicação?) (Você faz uso dessa forma de controle?); Usa medicação (Faz uso de medicação? Se sim, qual?) (Consegue pelo SUS?); Dificuldade em acesso (Encontra dificuldade para ter acesso a essa medicação?); Acompanhamento médico (Faz acompanhamento com médico para controlar o uso dessa medicação?).

As entrevistas foram gravadas (somente áudio) para manter a exatidão dos relatos, com a prévia autorização dos participantes.

4.10 Análise dos Dados

4.10.1 Quantitativos

A análise dos dados quantitativos realizou-se por meio da quantidade das respostas do questionário socioeconômico, (Anexo C), análise clínicas e sinais vitais, da análise descritiva, da frequência absoluta e relativa. E foram apresentados através de tabelas e gráficos no *Software Microsoft Excel 2013*, conforme os resultados relevantes para o estudo.

4.10.2 Qualitativos

A análise de dados qualitativos anamnese, exame físico e entrevista foi realizada através dos áudios das entrevistas, os quais foram transcritos e analisados por meio da análise temática de Minayo (2002), constituída de três etapas: pré-análise do conteúdo, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Desse modo, a pré-análise compreende a escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais, podendo ser reformuladas. Relacionado a exploração do material é uma operação de codificação que classifica e agrupa os dados para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Em suma, o tratamento dos resultados obtidos permite colocar em relevo as informações obtidas por meio de estatísticas simples ou complexas.

Nesse íterim, atrelado à análise temática de Minayo (2002) como referencial metodológico, para este estudo, foi utilizado também, a Teoria de Enfermagem: Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) como referencial teórico, a fim de enriquecer ainda mais a discussão deste trabalho. Tendo em vista a sua importância no que tange o cuidado cultural da população em situação de rua relacionado à saúde, principalmente de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão descritos os resultados e a discussão do presente estudo. Inicialmente, será apresentado o perfil socioeconômico dos participantes e os parâmetros clínicos destes portadores de hipertensão e diabetes. Posteriormente, será apresentada a análise sobre o acesso aos serviços de saúde por portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus em situação de rua.

5.1 Perfil Socioeconômico de Hipertensos e Diabéticos em Situação de Rua em Arapiraca - AL

Participaram do estudo 28 pessoas, porém a partir dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 08 se enquadraram, os quais estavam em situação de rua e que relataram ser portadores de hipertensão e/ou diabetes. Deste total, em relação à faixa etária, gênero, estado de origem, cor autodeclarada, estado civil, filhos, lazer e religião os dados estão descritos no tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos Hipertensos e Diabéticos em Situação de Rua- Arapiraca, Brasil, 2023.

Variável (n=8)		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Faixa Etária:	30 anos	1	12,5%
	40-55 anos	7	87,5%
Gênero:	Masculino	6	75%
	Feminino	2	25%
Estado de Origem:	Alagoas (AL)	2	25%
	São Paulo (SP)	2	25%
	Paraíba (PB)	1	12,5%
	Bahia (BA)	1	12,5%
	Rio Grande do Norte (RN)	1	12,5%
	Sergipe (SE)	1	12,5%
Cor Autodeclarada:	Parda	6	75%
	Branca	2	25%
Estado Civil:	Separado/Divorciado	4	50%
	Nunca Casou	3	37,5%
	Casado	1	12,5%
Filhos:	Até 1 filho	5	62,5%
	3 filhos ou mais	3	37,5%
Lazer:	Esportes ou Exercícios Físicos	3	37,5%
	Físicos	5	62,5%
	Não tem acesso ao lazer		

Religião:	Cristão Protestante	4	50%
	Sem Religião	3	37,5%
	Cristão Católico	1	12,5%

Fonte: Elaborado pela própria autora (2023).

A pesquisa evidenciou, com relação à faixa etária das pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua, uma maior concentração entre as idades de 40-55 anos, ademais, relacionado a raça/cor a maioria se autodeclararam pardos, estes dados são semelhantes aos encontrado na pesquisa realizada pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) (Brasil, 2023) que analisou o perfil das pessoas em situação de rua cadastradas no Cadastro Único. Entretanto, estes são dados da população em situação de rua no geral. Logo, não existem estudos na literatura que tragam dados específicos sobre os portadores de hipertensão e/ou diabetes em situação de rua.

Em relação ao trabalho, tipo de trabalho, ocupação atual, renda atual/mensal, escolaridade, idade que parou de estudar, há quanto tempo está nas ruas e o motivo, local onde dorme, onde se alimenta e onde realiza as necessidades fisiológicas estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização social dos portadores de hipertensão e diabetes em situação de rua-Arapiraca, Brasil, 2023

Variável(n=8)	Frequência	Porcentagem
Trabalho:		
Nunca trabalhou	1	12,5%
Já trabalhou	7	87,5%
Tipo de Trabalho:		
Trabalho formal/ com carteira assinada	4	50%
Trabalho informal	3	37,5%
Ocupação atual:		
Trabalho informal	1	12,5%
Não trabalha	7	87,5%
Renda Mensal Atual:		
De 201 a 400	2	25%
De 401 a 600	3	37,5%
> que 1001	2	25%
Até 200	1	12,5%
Estudou até que Série:		
1ª a 4ª série	5	62,5%
Ensino Médio (antigo 2º grau)	2	25%
Até o Ensino Fundamental (entre 5ª e 8ª série)	1	12,5%

Parou de estudar com quantos anos:		
Entre 10 e 14 anos	3	37,5%
Entre 15 e 18 anos	2	25%
Entre 19 e 25 anos	1	12,5%
Entre 25 e 30 anos	1	12,5%
Com mais de 30 anos	1	12,5%
Há quanto tempo está nas Ruas:		
Há mais de 61 dias nas ruas	8	100%
Motivo de estar nas ruas:		
Desentendimento familiar	4	50%
Desemprego	1	12,5%
Uso de drogas	1	12,5%
Liberdade/Escolha própria	1	12,5%
Divórcio	1	12,5%
Onde dorme:		
Albergue	7	87,5%
Calçadas	1	12,5%
Onde se alimenta:		
Se alimenta no Centro POP	3	37,5%
Se alimenta no Centro POP ou Albergue	1	12,5%
Se alimenta através de Doações	2	25%
Compra	2	25%
Onde realiza necessidades fisiológicas:		
Albergue	3	37,5%
Instituições	3	37,5%
Banheiro Público	1	12,5%
Posto de gasolina e Centro POP	1	12,5%

Fonte: Elaborado pela própria autora (2023).

Relacionado ao trabalho, os dados evidenciam que antes da ida às ruas, a maioria (87,5%) referiu ter trabalhado com carteira assinada. Em contrapartida, enquanto estão em situação de rua, essa mesma variável refere não trabalhar. Logo, contrapondo a isso, em seu estudo Langa (2012) citado em Sicari e Zanella (2018), identificou que a inserção no trabalho informal e/ou ilegal é algo que acompanha a trajetória de vida dessas pessoas, mesmo antes de viverem nas ruas. Entretanto, apesar dessa divergência, tendo em vista a situação atual de trabalho, onde a maioria, 87,5%, enquanto estão em situação de rua referem não trabalhar, faz-se necessário a implantação de políticas públicas que possam fomentar a inserção em atividades produtivas, a fim de promover geração de renda e uma vida digna.

Sobre a situação de moradia da população entrevistada, 100% (n=8) dos participantes responderam estar nas ruas há mais de 61 dias. Sendo que, o motivo por estar nas ruas são por diferentes razões. Entretanto, inclui, principalmente, o desentendimento familiar. Observa-se, dessa forma, as questões multifatoriais da ida às ruas, citado por Sicari e Zanella (2018).

5.2 Análise clínica e dos sinais vitais de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua que frequentam o Centro POP na cidade de Arapiraca-AL

A seguir serão apresentados os parâmetros clínicos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua, os quais foram verificados nos dias da coleta de dados, sendo valores de PA, Glicemia e Peso, conforme a tabela 3. Além disso, nesta mesma tabela também serão apresentados os dados colhidos durante a anamnese, sendo eles: os tipos de comorbidades (hipertensão ou diabetes), se o participante faz uso de medicação e qual é, onde consegue, como está a situação de sono e repouso (sem alteração ou com insônia), assim como, se o mesmo considera seu padrão de alimentação regular e se faz uso de Tabaco, Álcool e/ou outras drogas.

Quando questionados se realizaram consulta recentemente, a metade (50%, n=4) relata não ter precisado, os 12,5% (n=1) referem ter adoecido, mas não realizou consulta, enquanto que os demais (25%, n=2) referem ter realizado consulta de rotina e 12,5% (n=1) dos participantes dizem que realizaram, pois adoeceram. Relacionado à cirurgia, 62,5% (n=5) refere não ter realizado, os demais 37,5% (n=3) refere ter realizado cirurgia para correção de deficiência ocasionada por poliomielite em membro inferior e cirurgia para retirada de câncer na pele, cesariana e apendicectomia. Ao exame físico, todos os entrevistados demonstraram nível de consciência sem alteração e comunicação adequada, já em relação ao comportamento, 12,5% (n=1) demonstrou estar ativo, 12,5% (n=1) nervoso e os demais 75% (n=6) demonstraram estar tranquilos.

Tabela 3 - Caracterização de parâmetros clínicos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em situação de rua, Arapiraca- Brasil, 2023

Entrevistado	Sexo/Idade	Pressão Arterial (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Peso (Kg)	Comorbidade	Faz uso de medicação? Qual?	Onde adquire a medicação?	Sono e Repouso	Considera a Alimentação Regular?	Faz uso de Drogas Lícitas ou Ilícitas?
E1	Masculino, 57 anos	100X60	110	50,5	Hipertenso	Não	Não faz uso	Sem alteração	Não	Tabaco, Álcool e Crack
E2	Masculino, 50 anos	140X100	195	66,5	Hipertenso	Sim. Não sabe	Farmácia da UBS	Insônia	Sim	Tabaco e Álcool
E3	Masculino, 55 anos	122X90	235	104,5	Hipertenso e Diabético	Sim. Losartana 50 mg, Glifage 500mg	Farmácia da UBS	Sem alteração	Sim	Parou há 3 anos
E4	Feminino, 30 anos	130X80	151	118,6	Hipertensa	Sim. Losartana 50 mg, Glifage 500 mg	Farmácia Popular	Sem alteração	Sim	Não
E5	Feminino, 42 anos	110X70	235	49	Diabética	Não	Não faz uso	Sem alteração	Não	Crack
E6	Masculino, 48 anos	120X80	185	107	Hipertenso e Diabético	Sim. Losartana e Metilformina	Farmácia Popular	Insônia	Sim	Não
E7	Masculino, 50 anos	120X70	190	138,4	Hipertenso	Sim. Coquetel para o HIV	CTA	Sem alteração	Sim	Álcool e Tabaco
E8	Masculino, 43 anos	100X70	187	77,2	Diabético	Não	Não faz uso	Insônia	Sim	Álcool, Tabaco e Droga não especificada

Fonte: Elaborado pela própria autora (2023).

Desse modo, os dados evidenciam que apesar de a maioria ter referido ser portador de hipertensão, sendo 4 apenas hipertenso e 2 hipertenso e diabético, observa-se uma regularidade nos valores aferidos. Logo, apesar de fazer uso contínuo da medicação losartana para controle da hipertensão, apenas este entrevistado (E2) apresentou um valor elevado de PA (140/100 mmHg), o que vai de encontro com o Ministério da Saúde (2010) que refere valor alterado de pressões máxima e mínima quando são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg.

Ainda assim, quando questionado sobre o sono, o mesmo relata estar com insônia, um fator importante quando associado à HAS, tendo em vista que, segundo a OMS (2004), a desregulação do sono, ou a sua negligência podem causar problemas de saúde graves. Entretanto, ainda observando o (E2), um outro fator de risco que contribui para o aumento da PA é o uso de tabaco e álcool (Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco, 2023).

Por outro lado, em relação aos valores da glicemia em jejum, nota-se um valor alterado na maioria dos entrevistados (n=7), os quais atingem valores ≥ 126 mg/dl (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2000). Outrossim, destes, 2 pacientes referem ser diabéticos e 2 referem ser hipertenso e diabético, os demais, 3 não referiram ser portadores da doença.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, precisamente os enfermeiros, podem atuar com essa população não apenas na realização de atividades de educação em saúde, mas também para colocar em prática a teoria transcultural, tendo em vista a necessidade de compreensão a cultura da PSR, as quais são expostas a um contexto social heterogêneo. Logo, cabe embasar os três fatores desta teoria.

Dessa forma, é crucial a implementação da preservação do cuidado, capacitando os indivíduos a manter hábitos favoráveis à saúde em relação à prática de exercício físico, por exemplo, além de incentivá-los a manter hábitos alimentares saudáveis. Como também, com os fatores da acomodação do cuidado, auxiliando-os a mudar padrões de vida, como o tabagismo, consumo de drogas ilícitas, bebidas alcoólicas, hábitos alimentares desfavoráveis, os quais que interferem na sua saúde, além também da reestruturação do cuidado cultural, com a negociação de hábitos nocivos à saúde, como o uso de álcool e tabaco, por exemplo, a fim de minimizar os efeitos dessas substâncias à saúde desses hipertensos e/ou diabético (Lopes; Figueiredo, 2011).

5.3 Hábitos de vida dos portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus em situação de rua que frequentam o Centro POP na cidade de Arapiraca-AL.

Quando questionados sobre seus hábitos de vida para controle da pressão arterial e/ou diabetes, 50% dos entrevistados relatam não fazer nenhum tipo de cuidado não farmacológico e os demais 50% relatam fazer, sendo pontuais para responder a essa pergunta, porém um usuário diz que não faz diante da situação em que vive, relatando não conseguir mudar tudo, de acordo com a seguinte fala:

E2: É, é o que o médico pede por exemplo pra eu, eu ainda não consigo mudar tudo, porque a gente na situação de rua não pode fazer o regime adequado né. Então eu como de acordo com a minha consciência, o cuscuz se eu comia 2 conchas tô comendo 1, e tô diminuindo (55 anos, masculino).

Atualmente, a qualidade de vida vem sendo altamente discutida em relação à saúde da população (Souto, 2020). Segundo Azevedo (2014), ela pode ser definida como o entendimento individual sobre sua vida, tanto no contexto de cultura, como no sistema de valores e suas expectativas. Ele também afirma que: “O conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente” (Azevedo, 2014, p.1775)

Contudo, segundo a Organização Mundial de Saúde (1998) é impossível discutir sobre este assunto sem ressaltar que ele está diretamente ligado aos hábitos diários da população, como os valores éticos/morais, regras sociais e culturais e até mesmo aos hábitos alimentares, além de sua extrema importância para o cuidado com a própria saúde.

Ademais, em relação aos hábitos alimentares Santos e Rosa (2020), diz que a alimentação saudável é uma das principais aliadas à prevenção de doenças e à manutenção da saúde, englobando os aspectos nutricionais, culturais e sociais. Sendo comprovado atualmente por meio de estudos, que o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (FLV) eleva o risco para as DCNTs. Já o consumo adequado destes alimentos previne consideravelmente o desenvolvimento dessas doenças.

Ainda assim, um indivíduo com condições dignas se alimenta em média três vezes ao dia, enquanto a população em situação de rua, muitas vezes, consegue uma refeição por dia, se conseguir (Martins, 2023). Nesta feita, há políticas e documentos de alimentação e nutrição conduzidos para efetivar a segurança alimentar e nutricional da população, como a Lei orgânica de Segurança Alimentar (Losan) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

(Brasil, 2006, 2013). No entanto, as desigualdades sociais limitam o acesso aos direitos de diferentes grupos sociais, como a população em situação de rua. O direito humano à alimentação adequada da população em situação de rua é violado por sua condição de pobreza e foi dificultado ainda mais pela pandemia (Oliveira; Alcântara, 2021).

A limitação no acesso ao alimento impacta de forma negativa a soberania alimentar dessa população, o que demonstra o cenário de insegurança alimentar que populações em vulnerabilidade social, como a população em situação de rua, vivenciam por não obterem a alimentação em quantidade suficiente e permanente (Martins, 2023).

Ainda segundo Martins (2023), a população em situação de rua acessa a alimentação por meio de grupos voluntários, restaurantes populares por parte do poder público, restaurantes comerciais e algumas vezes até “catando” no lixo. Além dos restaurantes populares, há outros recursos que o poder público oferece às pessoas em situação de rua, como abrigos e albergues e Centros de Referência Especializados (Centros POP). Nesses serviços, há oferta de refeições para essa população, além de assistência social e serviços de higiene.

Nesse ínterim, esse estudo corrobora com a realidade da população em situação de rua da cidade de Arapiraca-AL, tendo em vista que quando questionados sobre onde conseguem alimentos, os relatos evidenciaram conseguir no Centro POP, no albergue e através de doações.

Em relação ao conhecimento de outra forma de controlar a pressão alta e/ou diabetes, além da medicação, a maioria 75% (n=6), relata que não conhece e, n=2 entrevistados complementam a resposta afirmando que só a medicação é quem controla.

5.4 Busca e acesso aos serviços de saúde por portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus em situação de rua que frequentam o Centro POP na cidade de Arapiraca-AL.

Quando questionados onde busca ajuda no momento em que está com algum problema de saúde, os relatos evidenciaram que todos buscam ajuda em diferentes serviços, metade (50%, n=4) buscam ajuda em instituições específicas, como Unidade Básica de Saúde (UBS) (12,5%, n=1), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (12,5%, n=1), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (12,5%, n=1), entretanto, a entrevistada 4, refere buscar ajuda no Consultório na Rua (CR) do seu estado de origem - Rio Grande do Norte (RN), (12,5%, n=1) enquanto que outros relatam buscar ajuda em mais de uma instituição, como UBS, Hospital de Emergência (HE) e UPA (12,5%, n=1), UBS e UPA (12,5%, n=1), HE e UPA (12,5%, n=1), e apenas 12,5% (n=1) refere não buscar ajuda. Além disso, os locais como Centro POP e

Albergue buscam ajudar o acesso da PSR aos serviços de saúde, para que haja resolução dos seus problemas.

Desse modo, por meio da narrativa dos entrevistados, é notável a procura por um serviço de urgência e emergência, relato que aparece quatro vezes durante a pergunta da entrevista, o que corrobora com o estudo de Brasil (2014), o qual afirma que as PSR procuram primeiramente o hospital/emergência quando estão doentes.

Ao serem questionados sobre quando os pacientes buscavam os serviços de saúde, os relatos evidenciaram que a maioria 75% (n=6) dos entrevistados que referiram ser portadores de pressão alta e/ou diabetes afirmam buscar ajuda apenas quando estão com algum problema de saúde. No entanto, da minoria dos entrevistados 25% (n=2) que referiram não buscar ajuda quando estão com algum problema de saúde, um relatou não ter quem o ajude, por não ter família, enquanto outro entrevistado afirma não buscar ajuda, pois com o tempo fica bom, conforme as seguintes falas:

E1: Não, peço ajuda a ninguém não, tem ninguém que me ajude não. Não tenho família nem nada (50 anos, masculino).

E5: Não, com o tempo eu fico bom [...] (48 anos, masculino).

Diante dessas afirmativas, pode-se inferir que essa população conta com um baixo Letramento em saúde, haja vista que apresentam dificuldade em compreender o processo de saúde-doença. Isso corrobora com o estudo de Kutner *et al.*, 2006, o qual menciona que indivíduos vulneráveis, como a PSR, apresentam LS diminuído. Sendo assim, pessoas com baixo LS têm maior probabilidade de ter problemas de saúde, taxas mais altas de doenças crônicas e uma taxa de mortalidade quase duas vezes maior em comparação com pessoas com LS adequado (Cavanaugh *et al.*, 2008).

Analogamente, ao observar os dados coletados do entrevistado 1, é possível concordar com o estudo supracitado, visto que no dia da entrevista, o participante estava com uma PA elevada de 140X100 mmHg, além da glicemia, 195 mg/dL, valores altos conforme as diretrizes. Isso também é evidenciado a partir da fala deste mesmo participante, por não ter compreendido a pergunta da entrevista, confundindo a busca aos serviços de saúde com a ajuda da família, havendo assim, possivelmente um baixo letramento em saúde atrelado à falta de compreensão.

Entretanto, conforme o participante ter baixa escolaridade, o qual afirmou durante o questionário socioeconômico, que estudou da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental (antigo primário) e parou de estudar entre 25 e 30 anos de idade, também corrobora com o LS. Neste viés, Marques (2018) cita que indivíduos com ensino fundamental e médio apresentaram,

respectivamente, 22,1 e 4,2 vezes a chance de ter o letramento em saúde inadequado quando comparados àqueles com ensino superior.

Além disso, dos entrevistados que referiram buscar ajuda, nas respostas do questionário socioeconômico a prevalência foi a UPA. Entretanto, ao responder às perguntas da entrevista, as respostas divergiram, sendo prevalente a busca pela UBS (n=3), seguida do Centro POP (n=2). Nesse sentido, Passamai (2012) cita que letramento funcional em saúde (LFS) é o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde.

Outrossim, apesar da pergunta não se referir ao cuidado familiar, observa-se que o desentendimento familiar, principal fator pelo qual o participante está em situação de rua é uma das razões da fala do participante 1: “[...] não tenho família nem nada”, tendo em vista que a convivência familiar, de acordo com Kaloustian (1998), é primordial para que o indivíduo se desenvolva, pois oferece afeto, proteção e cuidado, construindo o primeiro vínculo afetivo, experimentando emoções, desenvolvendo a autonomia, tomando decisões e vivenciando conflitos.

Ou seja, “É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes” (Kaloustian, 1998, p. 12). Logo, quando o círculo familiar, no entanto, apresenta-se fragilizado colocando o indivíduo em situação de instabilidade, impotente, frente às adversidades, este é, por vezes, levado a buscar nas ruas uma nova oportunidade para a sua sobrevivência, passando a fazer dela sua moradia (Vigarani, 2018).

Desse modo, relacionado a busca por ajuda na Unidade de Pronto Atendimento, vai de encontro ao que diz a literatura. Em seu estudo, Santos (2019) diz que as pessoas em situação de rua informaram que o local que procuram assistência quando estão doentes é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Esse público relatou que buscam auxílio médico apenas quando as condições crônicas mal cuidadas culminam em quadros agudos ou em situações de uso abusivo do álcool e drogas. A justificativa na procura por estabelecimento de urgência e emergência, segundo essa população, está associada ao acolhimento deficitário pelos profissionais de saúde da atenção básica.

Por outro lado, em relação aos entrevistados que referiram buscar ajuda, um dos entrevistados relatou buscar ajuda no posto de saúde a partir de encaminhamento do Centro POP, enquanto outra entrevistada relata buscar ajuda no CREAS ou no Consultório de Rua, evidenciando-se a partir das seguintes falas:

E2: busco ajuda aqui no centro pop pra ser encaminhado pro posto de saúde (55 anos, masculino).

E4: Busco sim. No CREAS ou no consultório de rua (30 anos, feminino).

Nesse ínterim, pode-se inferir que o Centro POP atua como importante referência para a PSR quanto a busca pelo acesso de serviços básicos. Uma vez que a implantação deste está prevista na “Política Nacional para a População em Situação de Rua e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais” (Brasil, 2009a).

Todavia, este Centro consiste em uma unidade de referência da “Proteção Social Especial (PSE)” (Brasil, 2009b, p. 41) e oferta: serviços especializados para pessoas em situação de rua, com a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida (Brasil, 2009b, p. 40).

Por outro lado, a entrevistada 4, originária do estado do Rio Grande do Norte (RN), vivencia outra realidade por ter acesso ao consultório de rua, sendo assim, já vai a procura do serviço de saúde, sem precisar ser referenciada pelo centro POP. Nesse contexto, a equipe do Consultório na Rua desenvolve ações integrais de saúde priorizando as necessidades da população em situação de rua, atendendo de forma itinerante, ou seja, no local onde vive o morador de rua, e quando necessário, desenvolve atividades em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (Simões *et al.*, 2017).

As equipes multiprofissionais são formadas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal e médico. Essa equipe tem o objetivo de “estabelecer um vínculo com o paciente, para que ele confie no profissional e possa fazer um acompanhamento mais completo” (Brasil, 2015, p. 1).

Entretanto, em relação ao município de Arapiraca - AL, a ausência do consultório de rua implica na interrupção do tratamento das pessoas em situação de rua, arrebatando os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante, assim, citar Valle (2020) no que diz respeito ao acesso da população em situação de rua aos serviços e ações de saúde como um pressuposto essencial para a dignidade desse grupo, que, pela vulnerabilidade social, é exposto a vários fatores que interferem na saúde. Dormir ao relento, a exposição às variações climáticas, a falta de alimentação e nutrição adequadas, e a vivência do preconceito e da discriminação são fatores que podem determinar as condições de saúde

Campos (2016) observou que quanto maior a vulnerabilidade nos setores social, educacional e do trabalho, maior a prevalência de doenças crônicas. Nesse sentido, pode-se

inferir que a população em situação de rua, devido aos diversos aspectos de vulnerabilidade que sofre, está sujeita a uma alta prevalência de doenças crônicas. Entretanto, a procura pelos serviços de saúde ocorre, em sua maioria, devido à agudização de tais doenças e/ou comorbidades que prejudicam a vivência na rua, e não para o seu acompanhamento.

Assim, a não busca pelos serviços de saúde para acompanhamento e a vulnerabilidade social a qual estão inseridos torna essa população refém de práticas de autocuidado. No entanto, é nesse sentido que, no Brasil, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) promove ações socioassistenciais com o objetivo de garantir recursos sociais mínimos às populações mais vulneráveis, levando-se em conta as desigualdades territoriais. Seu objetivo é promover equidade no alcance das necessidades de indivíduos, sobretudo em grupos específicos como a população em situação de rua (PSR), indígenas, adolescentes em conflito com as leis e quilombolas (Gomes, 2016).

Nessa perspectiva, muitas vezes essas populações não possuem voz ativa diante da escassez de recursos oferecidos pelo Estado e, por estarem inseridos em espaços de fragilidade social, com lacunas inclusive no acesso à informação, esses indivíduos não possuem a oportunidade de reconhecer e fazerem valer seus direitos perante a lei. Assim, torna-se imperativa a necessidade de entender como compreender as ações de autocuidado em saúde das pessoas em situação de rua, de modo a vislumbrar as noções dessas frentes à preservação da vida e à garantia de bem-estar pessoal e acesso aos serviços de saúde necessários (Rodrigues, 2022).

Por conseguinte, o acesso aos serviços de saúde pelos portadores de hipertensão e diabetes mellitus, vão além de acesso físico-estrutural, assim sendo, são lacunas como dificuldades em diferenciar doenças crônicas e agudas o que dificulta saber qual serviço procurar, seja pela falta de compreensão relacionada ao baixo letramento em saúde ou pela baixa escolaridade, o que afeta diretamente nos cuidados com a saúde. Além disso, a ausência do apoio familiar é outro fator que contribui negativamente na baixa adesão ao acesso de saúde, além disso a falta de um serviço de referência como o consultório de rua, por exemplo.

5.5 Garantia de acesso aos serviços de saúde para os portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus em situação de rua que frequentam o Centro POP na cidade de Arapiraca-AL.

A garantia de acesso aos serviços públicos, incluindo os serviços de saúde, compõe uma das diretrizes da PNPSR. Diante disso, é necessário refletir que apesar de a saúde ter sido

instituída como direito universal pela Constituição Federal em 1988, o acesso ao SUS pelas populações mais vulneráveis, com adequação dos serviços e ações existentes, ainda deve ser visto com um olhar mais atento, na perspectiva da promoção da equidade (Valle, 2020).

Em vista disso, os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, podem atuar com base na teoria transcultural, de acordo com Lopes e Figueiredo (2011), identificando as necessidades das pessoas que vivem em situação de rua, além de possibilitar um tipo de cuidado culturalmente concordante com a população. Logo, visa minimizar as dificuldades enfrentadas nas ruas, podendo ser possível através de educação em saúde, a qual é a utilização de qualquer método para transmitir conhecimentos básicos para a população sobre aspectos relacionados à saúde, com o propósito de trocar experiências e aprendizagem, a fim de facilitar ações de promoção e prevenção em saúde (Gueterres, 2017). Ainda assim, fortalecendo as redes de apoio, garantindo acesso à informações e autocuidado.

Além disso, em relação ao entrevistado 5, quando fala que não procura ajuda, pois com o tempo fica bom, um ponto a ser destacado é o conceito de saúde e doença pela população em situação de rua, visto que para esta apresenta significados diferentes, alguns “associam à saúde à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas” (Aguiar; Iriart, 2012, p. 120), outros veem a saúde como sinônimo de ausência de doença, felicidade, autonomia na execução de atividades, enquanto a doença está associada a dificuldade ou impossibilidade de não poder trabalhar, ficar inabilitado de realizar qualquer tarefa simples, tornar-se dependente de outras pessoas, enfraquecer do corpo ao ponto de tornar-se vegetativo (Santos, 2019).

Quando questionados se sentiam alguma dificuldade ao buscar ajuda nos serviços de saúde, grande parte dos entrevistados 66,66% (n=4) relatou sentir dificuldade. Destaca-se como dificuldades enfrentadas a desigualdade, (1) a falta de transportes, a demora no atendimento ou para marcação de consultas (1), como evidenciado nas falas:

E3: Sim. Desigualdade grande aí no nosso país. O país ainda é mal educado ainda (57 anos, masculino).

E8: Sim, dificuldade em transporte, demora no atendimento ou marcar consulta (50 anos, masculino).

Nesse ínterim, Carneiro Junior *et al.* (1998, p. 54) citam os problemas que ainda permanecem quanto às políticas de saúde: “acesso, estigma, preconceito, desarticulação entre setores, despreparo profissional, atenção à saúde”. A existência de políticas para este segmento não limita as dificuldades enfrentadas pelos moradores de rua na sua inclusão no sistema de saúde. Santos (2019), ainda diz que o preconceito, a discriminação, a exclusão, a invisibilidade

e a falta de compromisso do poder público prejudicam a inserção de novas medidas que possibilitam a efetivação dos direitos básicos.

Desse modo, Dantas (2007) diz que é essencial haver reorganização quanto aos serviços de saúde levando em consideração a disponibilidade senão imediata, mas resolutiva quanto aos atendimentos a esse grupo social, como inserção no atendimento a consulta; escuta qualificada, informe sobre a oferta de serviços pelo estabelecimento, exposição clara quanto a disponibilidade para novo contato, acolhimento humanizado. Nesse sentido, essas medidas facilitaram a adesão ao tratamento.

Quando questionados sobre a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais nos serviços de saúde, a maioria (n=5) responderam ser um atendimento bom, ótimo ou razoável, evidenciado-se a partir das seguintes falas:

E5: Boa né. Pra mim tá sendo ótima

E6: Pra mim é ótimo não tenho que reclamar não, eles me atendem muito bem

E8: Eu acredito que seja boa, razoável.

Entretanto, desses entrevistados, (n=1) afirma que é boa, porém precisa melhorar e outro (n=1) diz que no Estado do Rio de Janeiro já tem Consultório de Rua e por isso atendem bem, sendo evidenciado a partir das seguintes falas:

E4: Pra mim é bom, mais tem que ser uma coisa mais melhor.

E7: Atendimento bom né, lá no rio já tem esse negócio de rua, eles atendem bem.

Por outro lado, a minoria 37,5 % (n=3) referem não ser um bom atendimento, (n=1) entrevistado diz que ficam gritando com ele e por isso não vai buscar atendimento, enquanto outro (n=1) diz todas as vezes que precisou foi um atendimento bom, mas esse ano está com dificuldade, já outro entrevistado (n=1) refere ser precário, como evidenciado nas falas:

E1: Eles ficam gritando comigo, fica gritando venha aqui mais não, as enfermeiras ficam dizendo coisa com nós, aí nós pega e não vai, as vezes adocece na rua mesmo, já atacou ne mim febre dor de cabeça, já atacou ontem em mim, a febre entrava e saia, a febre entrava e saia [...]

E2: É bom, mas olha , igual o que eu falei. Em 2022 todas as vezes que eu precisei do médico eu fui atendido e todos os exames que passaram pra mim, todos eles foi feito aqui pelo centro pop, não feito pelo centro pop, mas encaminhado daqui do centro pop, já esse ano eu tô tendo dificuldade, eu tô desde janeiro tentando passar pelo médico e eles ainda não me encaminharam, num sei porque.

E3: É precária.

Sobretudo, diante da fala do entrevistado 1, é notório a presença de problemas com a qualidade da assistência recebida nos serviços de saúde. Neste sentido, essas questões podem

ser relacionadas ao aumento significativo dessas pessoas e ao despreparo dos profissionais em atender às demandas e especificidades desses indivíduos, além da discriminação ao qual são expostos (Oliveira *et al.*, 2021).

É necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem estar conscientes e abertos às demandas da PSR, desempenhando um papel de acolhimento e proporcionando a educação em saúde para esta população. Ao utilizar a educação em saúde, o enfermeiro ajuda os hipertensos e diabéticos em situação de rua, a desenvolver autoconhecimento, autocuidado e autoconfiança sobre a sua patologia, conseguindo proporcionar a promoção à saúde (Silva *et al.*, 2017).

Existem várias dificuldades que prejudicam a PSR para o acesso de serviços de saúde, pois segundo Lira *et al.* (2019), a PSR geralmente procura os serviços de urgência e emergência por acharem mais acessíveis e resolutivos para os seus problemas, porém a maioria da PSR deveriam conseguir ter a resolução dos seus problemas de saúde na UBS, onde conseguiram dar continuidade ao cuidado em saúde.

Além disso, os portadores de hipertensão e/ou diabetes em situação de rua devem ser acompanhados para o controle da sua doença, e os enfermeiros das equipes das UBS, devem procurar meios que facilitem o seu acesso ao atendimento em saúde, procurando proporcionar um acolhimento com escuta ativa, para trazer resolução para os seus problemas de saúde (Lira *et al.*, 2021).

Assim sendo, a TDUCC é de grande relevância, tendo em vista a utilização da preservação cultural do cuidado, que consiste em facilitar ou capacitar o indivíduo a manter hábitos favoráveis à saúde, neste caso, facilitando ao acesso nos serviços de saúde, bem como na acomodação cultural do cuidado, que revela formas de adaptação ou negociação das práticas de saúde.

6 CONCLUSÃO

Nesse contexto, foi identificado neste estudo alguns aspectos da PSR residente da cidade de Arapiraca-AL, como respostas monossilábicas durante os questionamentos realizados para efetivação da coleta de dados, o que dificultou na extração de respostas, tanto pela falta de compreensão, quanto pela pobreza em conteúdo, dificultando assim, a fluência da entrevista e avaliação clínica, tendo em vista a pressa em ganhar as ruas a fim de garantir alguma forma de ganhar dinheiro, bem como alimentação das refeições como almoço e jantar.

Conclui-se que, é necessário que haja capacitação dos profissionais de saúde para atender a PSR, a fim de melhorar a adesão na busca pelos cuidados com a saúde, especificamente no controle da pressão alta e/ou diabetes. Ainda assim, identificou que através de educação em saúde em pontos estratégicos, pode-se conseguir que tenham hábitos de vida saudáveis, e que cuidem da sua patologia para que não haja agravamento. Além disso, a implantação do consultório de rua na cidade de Arapiraca-AL, também teria extrema relevância, tendo em vista que é o local de referência para essa população.

Logo, em vista disso, mostrou-se relevante a utilização de estratégias para a preservação, acomodação e reestruturação cultural do cuidado através da TDUCC, levando em conta as diferentes necessidades das PSR e suas expectativas de cuidado, rompendo com o estereótipo segregador a qual elas estão expostas para, assim, assisti-las de forma equitativa, cultural e integral.

Por conseguinte, há necessidade de estudos que abordem a população em situação de rua, bem como a situação de saúde de portadores de hipertensão e/ou diabetes, com análise na teoria transcultural, uma vez que inexistem trabalhos que abordem as três vertentes. No entanto, percebe-se que a maioria dos artigos que estudam esta população mostram indiretamente que a condição cultural afeta diretamente a forma de cuidado que deve ser prestado.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115-124, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/g7b5Pxr9Js8jDyXBRJTK4XL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10/2023
- ALECRIM, T. F. A. *et al.* Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 808-152016. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/QcCHfSJwWRgMLZZrft44y5m/?lang=pt#>. Acesso em: 10 out.2023.
- ALVES, S. A. A; OLIVEIRA, M. L. B. Aspectos socioculturais da saúde e da doença e suas repercussões pragmáticas. **J. Hum. Growth Dev**, v.28, n.2, p. 1-6, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 10 out.2023.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2008. **American Diabetes Association**, v. 31, n. 1, p. S12-S54, 2008. Disponível em: <https://11nq.com/1ZJir>. Acesso em: 10 out. 2023.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Ministério da Saúde estima mais de 220 mil pessoas vivendo em situação de rua**. Associação Paulista de Medicina, 2022. Disponível em: <https://www.apm.org.br/noticias-em-destaque/ministerio-da-saude-estima-mais-de-220-mil-pessoas-vivendo-em-situacao-de-rua/#:~:text=Home%20Not%C3%ADcias-,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20estima%20mais%20de%20220%20mil%20pessoas%20vivendo,concomitante%20aos%20%C3%ADndices%20de%20viol%C3%Aancia>. Acesso em: 07 de out 2023.
- BARBA, M. L. *et al.* Os desafios para o manejo de doenças crônicas na população em situação de rua. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 9257-9273, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28749/22702>. Acesso em: 10 out.2023.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 10 out.2023.
- BRASIL. **Hipertensão Arterial – Diagnóstico e Classificação**. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf. Acesso em: 07 out 2023.
- BRASIL. **As cartas de promoção da saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível

em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 03 de out 2023

BRASIL. 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 Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2009a. Disponível em:https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Resolução 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Diário Oficial da União. Brasília, 2009b. Disponível em:https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 10 out.2023.

BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Ministério da Saúde. Secretária de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 10 out.2023.

BRASIL. Resolução Nº 2, de 27 de Fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 10 out.2023.

BRASIL. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 38p. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 10 out.2023.

BRASIL. Cadernos de atenção básica. Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf. Acesso em: 05 de out 2023.

BRASIL. Diabetes. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/diabetes/>. Acesso em: 07 out 2023.

BRASIL. População em Situação de Rua Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023b. Disponível em:https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 05 out 2023.

BRASIL. **17/5 – Dia Mundial da Hipertensão: saiba sua pressão.** Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/17-5-dia-mundial-da-hipertensao-saiba-sua-pressao/>. Acesso em: 07 de out 2023.

BRITO, C. SILVA, L.N. **População em situação de rua: estigmas, preconceitos, estratégias de cuidado em saúde.** Ciênc. saúde coletiva. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LJPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jan 2024.

BOVE, C. FIGUEIREDO, G. **População em situação de rua.** Secretaria dos Direitos Humanos. Brasília: FLACSO, 2015. Disponível em: <https://flacso.org.br/files/2017/06/POPULA%C3%87AO-EM-SITUA%C3%87%C3%83O-DE-RUA.pdf>. Acesso em: 05 out 2023.

CAMPOS, A. G. *et al.* Cuidados de enfermagem à população em situação de rua. **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**, v. 1, p. 12-26, 2022. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/04/e11-vulneraveis_vol-I-cap2.pdf. Acesso em: 05 out 2023.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, v. 7, n.2, p. 47-62, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/1998.v7n2/47-62/pt>. Acesso em: 05 out 2023.

CAVANAUGH, K. *et al.* Association of numeracy and diabetes control. **Ann Intern Med**, v. 148, n. 10, p. 737-746, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18490687/>. Acesso em: 05 out 2023.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** 2007. Tese (Programa de Pós Graduação do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães). Fiocruz, Recife, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/3905/000006.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 06 out 2023.

COBAS, R. *et al.* **Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2.** Sociedade Brasileira de Diabetes, 2021. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/#citacao> Acesso em: 07 out 2023.

DANTAS, M. **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios.** 2007. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5015/monica_lucia_gomes_dantas_ens_p_mest_2007.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 07 out 2023.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, março/ 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/PmPzwqMxQsvQwH5bkrhrDKm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 de out 2023.

ESCOREL, S. **Violência urbana e saúde**. Oficina de trabalho. IV Conferência das cidades, 2023. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio_Oficina_violencia.htm. Acesso em: 07 de out 2023.

FRANÇA, L. **População em situação de rua cresce durante pandemia em AL**. Tribuna Hoje, 2020. Disponível em: <https://tribunahoje.com/noticias/cidades/2020/10/03/76305-populacao-em-situacao-de-rua-cresce-durante-pandemia-em-al>. Acesso em: 11 fev. 2023.

GOMES, D. F.; ELIAS, F. T. S. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. **Comun Ciên Saúde**, v. 27, n. 2, p. 151-158, 2016. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/politicas_publicas_%20assistencia_%20social.pdf. Acesso em: 07 out 2023.

HORTALE, V. A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 79-88, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wLgk5mPzbpNQSWyfXP6nFgS/?format=pdf>. Acesso em: 07 out 2023.

HUMAN RIGHTS COUNCIL. **Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context**. Human Rights Council, 2015. Disponível em http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/A_HRC_31_54_Unofficial_translation_Portuguese.pdf. Acesso em: 07 de out 2023.

KALOUSTIAN, S. M. **Família Brasileira a base de tudo**. Editora Cortez: Brasília, 1998.

LIRA, C. D. G. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado?. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-9, 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v23/1415-2762-reme-23-e1157.pdf>. Acesso em: 26 dez 2023.

LOPES, W. M. P. S; FIGUEIREDO, M. L. F. O cuidado transcultural como base para investigar idosas mastectomizadas sobre o conhecimento e o uso de sutiãs e próteses externas. **Revista Enfermagem em Foco**, v.2, p.81-84, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/88/74>. Acesso em: 07 out 2023.

MARK, K. *et al.* **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy NCES (2006-483)**. Department of Education. Washington: National Center for Education Statistics, 2006. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED493284>. Acesso em: 08. out 2023.

MARQUES, L.S. *et al.* Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, jan, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19542021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3XbKkYfnyDsQgJBTMvNXwYQ/?lang=pt#>. Acesso em: 31 jan 2024.

MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/FDsyPny6mSdsCGcJG9jLLqm/#>. Acesso em: 07 out 2023.

MARTINS, N. B.; REIDEL, T. População em situação de rua e seu acesso à alimentação: uma desigualdade intensificada pela pandemia de COVID-19. **Saberes Plurais: Educ Saúde**, v. 7, n. 1, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/128169/88111>. Acesso em: 07 out 2023.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. C. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 9, n. 3, p. 434-440, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hLpCz9ZN5WHpVdkTNDyzFrG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out 2023.

NATALINO, M. **Estimativa da população em situação de rua no brasil (2012-2022)**. 1ª edição. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf. Acesso em: 08 out.2023.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Heath Promot Int**, v. 15, n. 3, p. 259-67, 2000. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>. Acesso em: 08 out.2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf. Acesso em: 07 de out 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Conferência Mundial sobre determinantes sociais da saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 03 de out 2023.

PATRÍCIO, A. C. F. A. *et al.* Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua. **Rev Enferm UERJ**, v. 28, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/44520/35513>. Acesso em: 26 dez. 2023.

PADRO, M. L. *et al.* Arco de Charles Margueréz: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172-177, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/89NXfW4dC7vWdXwdKffmf4N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out.2023.

PASSAMAI, M. P. B. *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Comunicação, Saúde e Educação**, v. 16, n. 41, p. 301-314, 2012. Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/icse/a/yWprLXc57D8G4jM5DpVH68c/?lang=pt#>. Acesso em: 03 out.2023.

PAVINATTI, G. *et al.* Disparidades geoprogramáticas no desempenho dos indicadores de tuberculose na população em situação de rua no Brasil: uma abordagem ecológica. *Rev Bras Epidemiol*. Out de 2023. doi: 10.1590/1980-549720230048.2. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37909629/>. Acesso em: 31 jan 2024.

PEREIRA, A.S, *et al.* Análise da Produção Científica Sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos ESP**, v. 7, n. 2, p. 40-52, 2019. Disponível

em:<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/83>. Acesso em: 03 out.2023.

PEDROSA, T. B. SERRANO, P. C. Centro Pop e intersectorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, jan, 2022.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19822021>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/wCnNLRdNCNjWwynTq7tn6Ky/?lang=pt#>. Acesso em: 31 de jan 2024.

RODRIGUES, S. B. *et al.* Percepção das Populações em Situação de Rua Sobre o Autocuidado em Tempos Pandêmicos. In: SOUZA, E. S. (Orgs.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2**. Brasília: Editora ABen; 2022, p. 10-13. Disponível em:

https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e12-vulneraveis_vol-II-cap2.pdf. Acesso em: 03 out.2023.

SÁNCHEZ, E. J. M. **Adolescentes em situação de rua: compreendendo o contexto e os determinantes sociais da saúde**. 2022. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022. Disponível

em:https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/67435/1/2022_tese_ejms%20a1nchez.pdf. Acesso em: 03 out.2023.

SANTOS, D.C.T. **Acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua do município de sete lagoas/MG**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública no Setor de Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível

em:<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/32061/1/TCC%20FINAL%20-%20DANIELE%20DO%20CARMO%20TEIXEIRA%20SANTOS.pdf>. Acesso em: 03 out.2023.

SANTOS, R. S.; ROSA, E. M. M. **Alimentação e doenças crônicas não transmissíveis**. Governo do Estado de São Paulo, 2020. Disponível

em:<https://codeagro.agricultura.sp.gov.br/cesans/artigo/228/alimentacao-e-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 03 out.2023.

SCHILLINGER, D. Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. **Health Lit Res Pract**, v. 5, n. 3, p. e234-e243, 2021. Disponível em: [10.3928/24748307-20210712-01](https://doi.org/10.3928/24748307-20210712-01). Acesso em: 03 out.2023.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 11, p. 1.949- 1.961, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561658/>. Acesso em: 03 out.2023.

SEIMA, D. M.; MICHEL, T.; MÉIER, M. J.; WALL, M. L.; LENARDT, M. H. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400027>. Acesso em: 04 jul. 2023.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PERNAMBUCO. **Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco, 2023. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/verbete/doencas-cronicas-nao-transmissiveis#:~:text=As%20Doen%C3%A7as%20Cr%C3%B4nicas%20N%C3%A3o%20Transmiss%C3%ADveis,causas%20de%20morbimortalidade%20no%20mundo>. Acesso em: 07 de out 2023.

SICARI, A. A., ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, 662-679, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 03 out.2023.

SILVA, R. P. *et al.* Assistência de enfermagem a pessoa em situação de rua. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 20, p. 31-39, 2017. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/133/136>. Acesso em: 26 dez 2023.

SILVA, R. M. *et al.* **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Sobral: Edições UVA, 2018. 305p. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso em: 03 out.2023.

SILVA, E. R.; CARVALHO, S. C. M. Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. **VIII Congresso Interdisciplinar da Fasete - CONINFA**. Faculdade Sete de Setembro (FASETE), p. 77-91, Paulo Afonso, 2019. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/eventos/coninfa/anais/arquivos/2021/transculturalidade_na_enfermagem_baseada_na_teor%C3%ADa_de_madeleine_leininger.pdf. Acesso em: 03 out.2023.

SILVA, C. H. O. *et al.* Hipertensão como fator de risco cardiovascular na população em situação de rua de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 70, p. 8951-8956, 2021a. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2053/2527>. Acesso em: 26 de dez de 2023.

SILVA, C. O. *et al.* Diabetes Mellitus como fator de risco para desfechos cardiovasculares na população em situação de rua da região central de São Paulo. 8º Congresso Internacional em Saúde. **Anais do 8º Congresso Internacional em Saúde**, 2021b. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19298>. Acesso em: 26 dez 2023.

SILVA, T. S. **Compreensão sobre as experiências de letramento em saúde de uma população rural exposta a agrotóxicos**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharel em Enfermagem). Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, 2022. Disponível em: <https://ud10.arapiraca.ufal.br/repositorio/publicacoes/4638>. Acesso em: 08 out.2023.

SIMÕES, T. R. B. A. *et al.* Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 963-975, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/963-975/pt>. Acesso em:

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível e: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> . Acesso em: 08 out.2023.

SOUTO, C. N. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 4, p.8169-8196, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13167/11074>. Acesso em: 08 out.2023.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 02, p. 1-21, 2020. Disponível :<https://www.scielo.br/j/physis/a/W5xmkgkcjN7PNBLJTMFMMfP/#>. Acesso em: 08 out.2023.

VIGARANI, E. O. **População em situação de rua: uma análise da sua atual condição**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharel em Psicologia). Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/10433/1/artigo-edneiavigarani.pdf>. Acesso em: 08 out.2023.

TAVARES, A. *et al.* **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 07 out 2023.

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

Análise de dependentes químicos, hipertensos e diabéticos em situação de rua: a assistência à saúde no Centro POP do município de Arapiraca.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **“População em Situação de Rua: análise de saúde em um centro de referência no agreste alagoano”**, da pesquisadora responsável Prof^ª Dr^ª Meirielly Kellya Holanda da Silva, da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, *Campus* Arapiraca e das discentes Ana Maria Silva de Melo e Livia Rafaella de Almeida Silva, acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, *Campus* Arapiraca. A seguir, serão dadas as informações deste projeto em relação a sua participação nesta pesquisa:

- O objetivo do estudo é analisar a situação de saúde de hipertensos, diabéticos e usuários de drogas lícitas e ilícitas em situação de rua que frequentam um centro de referência no agreste alagoano. Traz, ainda, como objetivos específicos: 1) delinear o perfil socioeconômico de hipertensos, diabéticos e usuários de substâncias psicoativas em situação de rua que frequentam o Centro POP em Arapiraca - AL; 2) identificar os portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus na população em situação de rua que frequentam este centro de referência; 3) avaliar parâmetros clínicos em hipertensos e diabéticos, tais como pressão arterial, glicemia de jejum, IMC e circunferência da cintura; 4) investigar o nível de gravidade do uso de substâncias psicoativas por pessoas em situação de rua que frequentam este centro; 5) Associar polimorfismos genéticos ao uso de substâncias psicoativas nestas PSR; 6) investigar as dificuldades enfrentadas pelos portadores de Hipertensão, Diabetes Mellitus e usuários de substâncias psicoativas em situação de rua no acesso aos serviços de saúde; 7) discutir como ocorre a assistência e o acolhimento a essa população no Centro POP. A presente pesquisa espera contribuir para os estudos de enfermagem sobre pessoas em situação de rua, numa perspectiva social, psíquica e científica, através da publicação de dados, no âmbito nacional e internacional, de maneira a gerar dados sobre o impacto do uso de substâncias psicoativas e de doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão sob a vida de pessoas em situação de rua. Espera-se também contribuir no direcionamento da assistência de Enfermagem e acolhimento humanizado para o atendimento a essa população, conduzindo à redução da prevalência de dependentes químicos, diabéticos e hipertensos na população de rua da cidade de Arapiraca-AL, e conseqüentemente, gerar maior acolhimento a essa população como forma de prevenção.

- O período de realização do estudo é entre março e junho de 2023, sendo a coleta de dados realizada nos meses de março e abril de 2023, a análise dos dados em maio de 2023, a produção dos resultados e a publicação dos resultados finais em junho de 2023.

- Levando em consideração que você concorde em participar deste estudo, você será convidado a participar da Consulta de Enfermagem, momento em que será avaliado clinicamente e irá responder a um questionário com perguntas sobre sua situação socioeconômica. Caso utilize ou já tenha utilizado substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), será convidado a responder um questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Neste caso, também será solicitado a coleta de células da mucosa oral por meio de uma escova, com o objetivo de coletar DNA para análise de alterações genéticas associadas ao uso de substâncias psicoativas. Caso tenha diagnóstico médico de hipertensão e/ou diabetes, será convidado a participar de uma entrevista semi-estruturada, elaborada pela pesquisadora para esta finalidade. Todos os participantes serão avaliados quanto à pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura e circunferência da cintura e quadril. Também serão ofertados os teste rápidos para hepatite B e C, Sífilis e HIV, além de vacinas de rotina. Os questionários serão preenchidos por meio do auxílio da pesquisadora mediante as suas respostas.

- Em caso de concordância, a entrevista será gravada, de modo a serem utilizadas suas falas para a escrita do trabalho, porém será assegurada a confidencialidade.

- Os materiais biológicos farão parte de um biorrepositório de média duração, seguindo a Resolução CNS nº 466 de 2012 e Resolução CNS nº 441 de 2011. Serão então armazenados para repetição e confirmação dos testes previamente realizados. Os materiais cedidos/fornecidos serão arquivados (guardados), no Laboratório de Biologia Molecular e Expressão Gênica (LABMEG) da Universidade Federal de Alagoas Campus Arapiraca, localizado no município de Arapiraca – AL, até o final da pesquisa e armazenados pelo período de 03 (três) anos e 06 (seis) meses para, nos casos necessários de comprovação/repetição das análises solicitadas por periódicos (revistas que serão publicados os resultados analisados), repetir as análises (justificativa conforme a Resolução CNS 441/11, itens 2.I e 12) e ao final do prazo serão descartados (caso a participante não requeira o material antes).

- Levando em consideração a garantia do anonimato, em caso de aceitação, serão registradas fotos do momento da pesquisa que, perante autorização, poderão ser utilizadas no trabalho.

- Esta pesquisa tem o risco de trazer incômodos à sua saúde mental, como constrangimento ao responder alguma pergunta durante a coleta de dados. Entretanto, a pesquisadora garante que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde, bem como assegura a confidencialidade, a privacidade e a proteção da sua imagem, garantindo a não utilização de informações que possam lhe causar algum tipo de prejuízo.

- Os benefícios esperados com a sua participação nesta pesquisa são: contribuir com os estudos em relação ao tema, principalmente, em relação a projetos futuros para integrar sua população em atendimentos mais humanizados e qualificados, proporcionando maior conhecimento aos profissionais que irão auxiliar na criação de políticas públicas para a população de rua. Além disso, receberá benefícios diretos como consultas e plano de cuidados. Em caso de alterações de saúde relacionadas ao tema proposto no estudo, você será encaminhado para atendimento na Unidade Básica de Saúde que abrange o território do Centro POP

- Você pode recusar-se a participar de alguma etapa da pesquisa e a qualquer momento poderá retirar sua autorização na participação deste estudo e o consentimento em relação ao uso do material biológico armazenado, sem que isto lhe cause penalidade ou prejuízo de qualquer natureza.

- Você será ressarcido por qualquer despesa que possa ter em razão da sua participação neste projeto, assim como será indenizado por qualquer dano que venha a sofrer devido a pesquisa.

- Sua participação ocorrerá de forma individualizada com a pesquisadora, em que transcorrerá a aplicação dos questionários e encaminhamento ao serviço de saúde em caso de alterações na sua situação de saúde.

- As informações obtidas com sua participação não permitirão sua identificação, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos após sua autorização. Além da equipe da pesquisa, seus dados poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL.

- Sua identificação nesta pesquisa será por meio de suas iniciais.

- Sua participação neste estudo será voluntária e não haverá qualquer forma de pagamento. Assim como sua participação não implicará em nenhuma despesa ou gasto para você.

- Você não sofrerá nenhuma invasão indevida pelo poder público estatal, bem como não sofrerá nenhuma reprovação social a partir dos resultados da pesquisa.

- Será assegurado pela pesquisadora um espaço destinado ao participante para que possa expressar seus receios ou dúvidas, durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de constrangimento ou imposição.
- Você receberá todos os resultados das avaliações clínicas e laboratoriais realizadas por meio das Consultas de Enfermagem.
- Você terá acesso ao registro do seu consentimento sempre que solicitado.
- Não há outro método conhecido para obter as informações necessárias para esta pesquisa que não seja por meio dos métodos aqui descritos.
- Você receberá uma via deste TCLE assinado por todos.

Marque as etapas do estudo que você concorda em participar:

1. Responder ao questionário socioeconômico:

Concordo Não concordo

2. Responder ao questionário ASSIST:

Concordo Não concordo Não se aplica

3. Responder à entrevista:

Concordo Não concordo Não se aplica

4. Avaliação clínica e laboratorial:

Concordo Não concordo Não se aplica

5. Gravação da entrevista:

Concordo Não concordo

6. Registro de fotos durante a pesquisa:

Concordo Não concordo

7. Coleta de células da mucosa oral:

Concordo Não concordo Não se aplica

Eu, _____, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação nesta pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).

Endereço da responsável pela pesquisa e contato de urgência:

Pesquisadora principal: Meirielly Kellya Holanda da Silva
Endereço: Rua Francisco Alexandre, 261. Bairro: Baixa Grande
Arapiraca – AL. CEP: 57307220
Telefone: (82) 99631-9438

Atenção: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contatar o CEP da UFAL pelo telefone: (82) 3214-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científico que realizam a revisão ética inicial e continuada dos estudos de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/2012 e complementares).

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041. Horário de atendimento: das 08:00 às 12:00 horas. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com.

Local: _____

Data: _____

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal
(Rubricar as demais folhas)

Nome e assinatura da pesquisadora responsável pelo estudo
(Rubricar as demais folhas)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO INEP ADAPTADO

1. **Nome:** _____

2. **Idade:** ____ anos

3. **Naturalidade:**
(A) Brasileiro
(B) Outro: _____

4. **Estado de origem:** _____

5. **Gênero:**
(A) Feminino
(B) Maculino
(C) Transexual
(D) Travesti
(E) Não binário
(F) Prefiro não responder
(C) Outro: _____

6. **Qual raça/cor você se considera?**
(A) Negra/preta
(B) Branca
(C) Amarela/oriental
(D) Parda/mestiça
(E) Indígena
(F) Outro: _____

7. **Qual o seu estado conjugal?**
(A) Casado
(B) Vivendo como casado
(C) Viúvo
(D) Divorciado
(E) Separado
(D) Nunca casou

8. **Você tem filhos?**
(A) Sim, 1 filho
(B) Sim, 2 filhos
(C) Sim, 3 filhos ou mais
(D) Não

9. **Qual religião você pertence ou com qual você mais se identifica?**
(A) Cristão católico

- (B) Cristão protestante
- (C) Judaísmo
- (D) Islamismo
- (E) Espiritismo
- (F) Matrizes africanas
- (G) Tradições indígenas
- (H) Nenhuma/sem religião
- (I) Outra

10. **Você tem atividades de lazer?**

- (A) Sim: _____
- (B) Não

11. **Você já trabalhou?**

- (A) Sim, com carteira assinada
- (B) Sim, mas não com carteira assinada
- (C) Trabalho informal
- (D) Não

12. **SE já trabalhou, qual a ocupação?** _____

13. **Você trabalha atualmente?**

- (A) Sim, com carteira assinada
- (B) Sim, mas não com carteira assinada
- (C) Sim, trabalho informal
- (D) Não

14. **Se trabalho informal, especificar:** _____

15. **Qual sua renda mensal atual?**

- (A) Até 200,00 R\$
- (B) Entre 201,00 e 400,00 R\$
- (C) Entre 401,00 e 600,00 R\$
- (D) Entre 601,00 e 800,00 R\$
- (E) Entre 801,00 e 1000 R\$
- (F) Mais de 1001 R\$

16. **Há quanto tempo você está na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tem outro lugar para ficar?**

- (A) Menos de 30 dias
- (B) Entre 30 e 60 dias
- (C) Mais de 60 dias

17. **Por que você está em situação de rua?**

- (A) Uso de drogas
- (B) Desentendimento familiar

- (C) Desemprego
- (E) Liberdade/escolha própria
- (F) Divórcio

18. **Atualmente, onde você dorme?**

- (A) Calçadas
- (B) Albergue
- (C) Casa de parentes
- (D) Casas abandonadas
- (E) Praças
- (F) Viadutos, pequenas pontes
- (G) Instituições

19. **Onde você consegue sua alimentação diária?**

- (A) Compro
- (B) Doações
- (C) Centro POP
- (D) Outros: _____

20. **Onde você realiza suas necessidades fisiológicas?**

- (A) Albergue
- (B) Casa de parentes
- (C) Instituições
- (D) Outros: _____

21. **Qual é o seu nível de escolaridade?**

- (A) Da 1a à 4a série do Ensino Fundamental (antigo primário)
- (B) Da 5a à 8a série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)
- (C) Ensino Médio (antigo 2o grau)
- (D) Ensino Superior
- (E) Especialização
- (F) Não estudei

22. **Se você deixou de estudar, quantos anos você tinha?**

- (A) Nunca estudei.
- (B) Estou frequentando a escola.
- (C) Menos de 10 anos.
- (D) Entre 10 e 14 anos.
- (E) Entre 15 e 18 anos.
- (F) Entre 19 e 24 anos.
- (G) Entre 25 e 30 anos.
- (H) Mais de 30 anos


23. **Qual serviço você busca quando precisa de assistência à saúde?**

- (A) Unidade Básica de Saúde

- (B) Hospital de Emergência
- (C) Unidade de Pronto Atendimento
- (D) Outros: _____
- (E) Não busco ajuda

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Quando tem algum problema de saúde, você busca ajuda? (Se não, pular a 2 e 3)
2. Onde você busca essa ajuda?
3. Você já sentiu alguma dificuldade ao buscar ajuda nesses locais? Se sim, quais?
4. Você faz algo para cuidar da pressão alta e/ou diabetes? (Hábitos de vida)
5. Você conhece outra forma de controlar a pressão alta e/ou diabetes, além da medicação?
6. Você faz uso dessa forma de controle?
7. Faz uso de medicação? Se sim, qual? (Se não, pular a 8, 9 e 10)
8. Consegue pelo SUS?
9. Encontra dificuldade para ter acesso a essa medicação?
10. Faz acompanhamento com médico para controlar o uso dessa medicação?
11. Qual a sua opinião sobre o atendimento à saúde das pessoas em situação de rua?
12. O que você acha que poderia melhorar?


ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITURA DE
ARAPIRACA

«TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.

A Secretária Municipal de Saúde de Arapiraca, no uso de suas atribuições legais, declara estar ciente dos termos da Resolução nº 466 de 12/12/2012 e Resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde e declara apoio para a realização do Projeto de Pesquisa: **“POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DE SAÚDE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO AGRESTE ALAGOANO”**, tendo como orientadora a Professora Dr^a. Meirielly Kellya Holanda da Silva, docente da Universidade Federal de Alagoas- UFAL/Campus Arapiraca. A pesquisa tem como objetivo analisar a situação de saúde de hipertensos, diabéticos e usuários de substâncias psicoativas em situação de rua que frequentam um centro de referenciado Agreste Alagoano. Salientamos que todas as despesas correrão por conta do pesquisador e que esta autorização está condicionada à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino e parecer do sistema CEP/CONEP.


Arapiraca, 12 de Julho de 2022.



Luciana Andréa Pereira da Fonseca
Secretaria Municipal de Saúde

Luciana Andréa Pereira da Fonseca
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B - ATESTADO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO INSTITUCIONAL E DE EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA PARA A PESQUISA

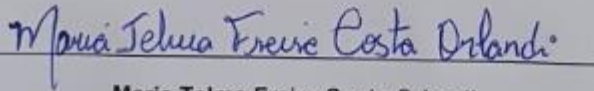


UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS ARAPIRACA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
Av. Manoel Severino Barbosa – Bom Sucesso – CEP: 57309-005
Arapiraca - Alagoas

ATESTADO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO INSTITUCIONAL E DE EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA PARA A PESQUISA

A diretora do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) do município de Arapiraca - AL, **Maria Telma Freire Costa Orlandi** (CPF: 028.644.464-05), atesta e declara à Universidade Federal de Alagoas (UFAL) que o Centro POP compromete-se como instituição executora do projeto intitulado "**População em Situação de Rua: Análise de Saúde em um Centro de Referência no Agreste Alagoano**", sob a coordenação da profª Drª Meirielly Kellya Holanda da Silva (CPF: 071.516.654-90), colocando à disposição os diversos espaços envolvidos, equipamentos e pessoal relacionados no projeto, para que o mesmo alcance os objetivos e metas descritas nesta proposta ora submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL, dentro dos limites institucionais disponíveis.

Arapiraca, 20 de julho de 2022.



Maria Telma Freire Costa Orlandi
CPF: 028.644.464-05
Maria Telma Freire Costa
Coordenadora

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DE SAÚDE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO AGRESTE ALAGOANO

Pesquisador: MEIRIELLY KELLYA HOLANDA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61667522.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas (campus Arapiraca)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.801.193

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, n°1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Página 05 de 06

MACEIO, 07 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))