

## O acesso da População em Situação de Rua aos serviços de saúde: utopia ou realidade?

*Access of the Homeless Population to health services: utopia or reality?*

Hermes Candido de Paula<sup>1</sup>, Donizete Vago Daher<sup>2</sup>, Fabiana Ferreira Koopmans<sup>3</sup>, Mirna Barros Teixeira<sup>4</sup>, Magda Guimarães de Araujo Faria<sup>5</sup>, Carine Silvestrini Sena Lima da Silva<sup>6</sup>, Elyne Montenegro Engstrom<sup>7</sup>, Enéas Rangel Teixeira<sup>8</sup>

Artigo Original

### RESUMO

Viver na rua é condição de grande vulnerabilidade social e levam as pessoas em situação de rua ao adoecimento e, atrelado a isso, encontram diversos entraves aos serviços de saúde para o cuidado. Este artigo objetiva analisar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, utilizando como método a etnografia. Nove pessoas em situação de rua do município do Rio de Janeiro participaram desta investigação. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de Domínio. Assim, após a interpretação dos dados, possibilitou a seguinte categoria de análise: Barreiras de acesso aos serviços de saúde, permitindo compreender que os modos de viver e sobreviver das pessoas em situação de rua atrelam-se à maneira de reproduzir suas biografias de vida nos espaços urbanos e se conectam as dificuldades cotidianas que elas enfrentam para ter acesso aos serviços de saúde, somadas às diversas barreiras presentes nas instituições de saúde. Conclui-se que é importante o exercício ético-político dos profissionais de saúde, levando em conta as especificidades das pessoas em situação de rua e sua cultura, com um olhar direcionado às mazelas sociais impostas em seu cotidiano.

**PALAVRAS- CHAVE:** Pessoas em Situação de Rua. Saúde Pública. Acesso aos Serviços de Saúde. Universalização da Saúde. Vulnerabilidade em Saúde.


### ABSTRACT

Living on the streets is an extremely socially vulnerable condition, which often causes disease. Furthermore, there are several obstacles for homeless persons to access health services and receive care. This article aims to analyze the access of homeless people to health services, using ethnography as a method. The investigation included nine homeless persons from Rio de Janeiro. Domain analysis was used to analyze the data. After data interpretation, the following category of analysis was created: Obstacles to access health services. This category allowed understanding that the ways of living and surviving of homeless persons are connected to the fact that their lives take place in urban spaces. This is associated with every-day difficulties faced by this population to access health services, added to the several barriers within health institutions themselves. Health workers must take ethical-political action, considering the specificities of homeless people and their culture, while focusing on the social maladies imposed onto their daily lives.


**KEYWORDS:** Ill-Housed Persons. Public health. Health Services Accessibility. Universalization of Health. Health Vulnerability.

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF)  <https://orcid.org/0000-0003-4277-4760>

<sup>2</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF)  <https://orcid.org/0000-0001-6249-0808>

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  <https://orcid.org/0000-0003-2238-5469>

<sup>4</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ)  <https://orcid.org/0000-0003-0088-9420>

<sup>5</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  <https://orcid.org/0000-0001-9928-6392>

<sup>6</sup> Universidade Estácio de Sá (UNESA)  <https://orcid.org/0000-0002-4631-000X>

<sup>7</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ)  <https://orcid.org/0000-0001-6149-3396>

<sup>8</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF)  <https://orcid.org/0000-0002-1721-2056>

## INTRODUÇÃO

Na medida em que se ampliam as investigações sobre as questões sociais que envolvem o contexto de vida das pessoas em situação de rua, descortina-se um debate cada vez mais amplo na saúde pública, no sentido da busca por compreensão do acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde, o que ainda se configura como um constante desafio.

Viver na rua é condição de grande vulnerabilidade social, caracterizada pela precarização das condições de vida e saúde que levam esses indivíduos ao adoecimento e vinculando-se aos determinantes sociais da saúde, representados pela falta de condições salubres em consequência da alimentação inadequada ou ausente, exposição à violência e às condições climáticas, falta de locais salubres e privativos para higiene pessoal, entre outros<sup>1</sup>. Esse conjunto de adversidades colabora para o agravamento das condições de saúde das pessoas em situação de rua (PSR), que, em decorrência de seu modo de vida, ainda demonstram necessidades de cuidado em saúde mais complexas e singulares<sup>2</sup>.

No Brasil, o acesso das PSR aos serviços de saúde tem lenta, mas progressivamente melhorado por meio da criação das equipes de Consultório na Rua (CnaR). No entanto, barreiras de acesso ainda existem, em consequência dos processos de trabalho dos serviços de saúde. Além disso, há muitos limites estruturais, graças ao pequeno número de serviços que atendem especificamente a essa população, assim como à precarização dos que já existem, tanto física como de recursos humanos<sup>3</sup>.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece o direito à saúde como fundamental e de aplicabilidade imediata, no sentido de ser essencial para o exercício da vida humana. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se proporcionar acesso universal, sem discriminação e com atenção integral à saúde de todos, embora, apesar do oferecimento gratuito da saúde, o que se verifica é a dificuldade de universalização do acesso, em especial para as pessoas em situação de rua<sup>4</sup>.

Assim, mesmo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), que visa garantir o acesso desse grupo às políticas sociais de forma intersetorial, transversal e interdisciplinar, não garante, por si só, o acesso e o cuidado integral à saúde dessa população<sup>5</sup>. Corroborando esse fato a percepção social negativa, ou estigma, sobre estas pessoas, que influencia significativamente a prática dos profissionais dos serviços de saúde.

Um estigma é profundamente depreciativo. Assim, muitas vezes, a PSR está associada a termos como “cracudo”, “mendigo”, “vagabundo” e “fedorento”, termos estigmatizantes usados pela sociedade e reforçados pela mídia para caracterizar as pessoas em situação de rua<sup>6</sup>.

O objetivo deste artigo é, portanto, compreender, da perspectiva da população em situação de rua, o acesso a serviços de saúde.

## METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de perspectiva antropológica, com uso da etnografia, uma vez que esta é adequada para se compreender o modo de vida de pessoas ou grupos na sua própria perspectiva, e possibilita descrever o mundo e o modo como as pessoas veem, ouvem, falam, pensam e agem de formas diferentes. Seu objetivo principal, portanto, é descrever uma cultura, cabendo ao investigador etnográfico compreender a maneira de viver do ponto de vista dos nativos da cultura analisada<sup>7</sup>. Partindo deste pressuposto, entendemos as pessoas em situação de rua como sendo “nativos” da cultura da rua.

Este manuscrito representa um recorte da tese de doutorado do primeiro autor, que investigou fenômenos envolvendo os modos de vida, saúde, doença e acesso aos serviços de saúde pela PSR. Essa tese foi desenvolvida junto à Universidade Federal Fluminense com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense – UFF – Hospital Universitário Antônio Pedro (parecer n.º 2.878.996; CAAE n.º 93537418.9.0000.5243), de acordo com Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, não havendo conflitos de interesse para a sua realização.

A pesquisa de campo ocorreu em um bairro da zona oeste do município do Rio de Janeiro (RJ) em um período de 12 meses, de setembro de 2018 a setembro de 2019. Este cenário foi eleito pois o território em questão mostrava uma elevação crescente da PSR em consequência da criação de uma unidade de abrigamento, sendo que muitos dos seus abrigados não conseguiram se adaptar às normas institucionais ou se mostraram insatisfeitos nesse espaço, retornando às ruas de maneira célere.

O território em questão é rodeado por favelas habitadas por famílias vivendo em situação de extrema pobreza e grande vulnerabilidade social. Em relação à organização sociopolítica, a zona oeste do Rio de Janeiro, durante décadas, sofreu com questões de violência urbana, associadas aos conflitos diários entre facções criminosas que disputavam os pontos de vendas de drogas. Tais facções transformaram-se paulatinamente ao longo dos anos, tomando outra configuração. Ao mesmo tempo, surgia a milícia, atualmente chamada de narcomilícia. Portanto, o território não ficou à margem deste fenômeno. Com efeito, o poder paralelo apropriou-se deste espaço urbano, impondo sua ordem e ditando suas regras.

Simultaneamente, e sob influência da explosão da venda de *crack* nas cidades brasileiras, uma das comunidades que integra este território possuía uma grande cena de uso de drogas, sendo reconhecida popularmente como uma “cracolândia”. Optamos por chamá-la, bem como a lugares similares, de “cenas de uso de drogas”, por compreender que nestes locais não ocorre somente a venda de *crack*, mas também de álcool, tabaco e outras drogas. Os estigmas e

preconceitos gerados dessa forma podem afastar as pessoas dos cuidados e do acesso aos serviços de saúde, e até mesmo invisibilizá-las aos olhos das políticas públicas.

Essas cenas de uso de drogas são locais cujo entorno ganha forma nos corpos maltrapilhos de homens, mulheres e crianças. No período das observações de campo, notava-se um “ordenamento urbano” quase imperceptível. Junto a tudo isso, colheram-se as histórias e descrições de muitas pessoas, vítimas de diversos agravos a saúde nunca tratados ou cujo tratamento não teve continuidade.

As cenas de uso foram removidas da paisagem urbana na sua totalidade por integrantes da “narcomilícia”. No entanto, com um olhar mais atento à dinâmica da rua, percebeu-se um itinerário diferente do circuito das drogas. A venda de drogas parecia proibida, e os usuários, geralmente, deslocavam-se para outros bairros para comprá-las e utilizá-las, onde era livre a circulação e comercialização.

Contudo, observou-se que o território continuava sendo uma cena de uso, uma vez que no centro do bairro que serviu de cenário ao estudo, observavam-se, timidamente, usuários da população geral, entre eles a PSR, em restritas e fragmentadas cenas de uso, com consumidores alertas a qualquer movimentação de “soldados narcomilicianos”.

Exigiu-se certa plasticidade para construir táticas de aproximação no trabalho de campo. Para tanto, os encontros entre os possíveis participantes e um estranho que se interessava em envolver-se em seus dias e ouvir suas histórias de vida se deram de forma artesanal e gradual. Inicialmente, realizaram-se encontros breves, evitou-se realizar anotações no diário de campo, ou mesmo fazer questionamentos e expressões julgadoras que dificultassem a aproximação.

Por meio deste contato frequente, tornou-se possível aproximar-nos da realidade dessas pessoas e convidá-las para o estudo. Os critérios de inclusão para o estudo incluíram pessoas em situação de rua de ambos os sexos, acima de 18 anos, com tempo de vivência na rua de pelo menos 30 dias, abordadas em grupo ou sozinhas, em período diurno, escolhidas por conveniência. Excluíram-se da amostra aquelas que apresentavam visível alteração de lucidez que pudesse evidenciar dificuldade de entendimento e de se comunicar com o pesquisador.

Dadas as características da biografia das pessoas em situação de rua, muitas com sucessivas histórias de violência, vínculos sociais rompidos e sofrimentos, os primeiros contatos geraram desconfianças e, em alguns momentos, afastamento, o que talvez tenha influenciado algumas a se recusarem a participar. Assim, cinco negaram-se a contribuir, de modo que, do universo de 14 pessoas convidadas, apenas 9 aceitaram e compuseram a amostra.

Para a coleta dos dados, realizaram-se entrevistas semiestruturadas e audiogravadas, contendo uma questão aberta: “Fale-me o como o (a) Senhor (a) foi atendido (a) pelos serviços de saúde, quando necessitou de atendimento”. Foi também realizada uma observação participante, possibilitando, assim, a apreensão dos elementos essenciais. Esse tipo de

observação é muito mais que a mera descrição dos componentes de identificação de sentido, ou seja, que uma simples obtenção de informações. Logo, tem um duplo objetivo: engajar-se em atividades apropriadas e observar as pessoas, suas práticas cotidianas, e os aspectos físicos das situações a serem estudadas<sup>8</sup>.

Além disso, foram registradas características do ambiente urbano e outros elementos importantes para a investigação por meio de observações diretas, que seguiram um roteiro e foram posteriormente registradas em um diário de campo. Quanto ao encerramento das entrevistas, aplicou-se a estratégia de saturação, levando à interrupção na entrevista de número nove.

Levou-se em conta, para a produção dos dados, o seguinte conjunto: observações etnográficas, fragmentos do diário de campo e entrevistas. Previamente, estes dados densos foram tratados de forma a possibilitar uma estética mais compreensível no decorrer da apresentação da escrita textual: os erros de linguagem foram transcritos na íntegra e corrigidos, e buscou-se traduzir o vocabulário comum utilizado pela PSR.

Privilegiou-se, para a interpretação dos dados, a estratégia de Análise de Domínio, cujo objetivo é identificar domínios culturais que sejam categorias de significados culturais<sup>7</sup>. Dessa maneira, estes significados foram estruturados, agrupados, e as narrativas foram individualizadas de acordo com cada participante. A seguir, eles foram constituídos em categorias, de maneira a organizar as diferentes concepções mais prevalentes, de modo a apresentá-las.

Para garantir o anonimato e confidencialidade dos participantes, foram identificados com a letra P (participante), seguida do número sequencial da entrevista. A decisão dos participantes de aderir ao estudo foi oficializada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Os participantes deste estudo foram 7 homens e 2 mulheres. A média de idade variou de 18 a 78 anos. Em relação à cor, predominaram a preta e a parda. A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a superior completo. A respeito dos locais de origem, antes de morarem nas ruas do bairro na zona oeste do Rio de Janeiro, todos mencionaram serem procedentes de áreas urbanas. A maioria não possuía documento oficial que os identificasse no país e não recebia nenhum benefício social de programas de distribuição de renda ou programas sociais do governo.

Sobre vínculos afetivos, a maioria relatou rompimento total dos laços familiares ou parentais. O tempo de vivência na rua variou de 30 dias a 20 anos. O fenômeno de rualização

não pôde ser atribuído a uma única causa; dentre suas razões ou motivos atribuídos, destacaram-se problemas familiares, desemprego, e o uso de álcool e/ou outras drogas. As características relacionadas à caracterização do perfil das pessoas em situação de rua entrevistadas estão descritas de forma mais detalhada na Tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização do perfil das pessoas em situação de rua, Rio de Janeiro

| Variáveis   | n | (%) |
|---|---|-----|
| <b>Sexo</b>   |   |     |
| Feminino  | 2 | 22  |
| Masculino   | 7 | 78  |
| <b>Idade</b>  |   |     |
| Entre 18 e 46 anos  | 5 | 56  |
| De 50 a 78 anos   | 4 | 44  |
| <b>Cor ou Raça</b>  |   |     |
| Preta   | 6 | 67  |
| Parda   | 3 | 33  |
| <b>Escolaridade</b>                                       |   |     |
| Fundamental incompleto                                    | 5 | 56  |
| Nível médio   | 3 | 33  |
| Superior incompleto                                       | 1 | 11  |
| <b>Locais de origem</b>                                   |   |     |
| Bangu / Zona Oeste  | 3 | 34  |
| Belford Roxo / Baixada Fluminense                         | 1 | 11  |
| Botafogo / Zona Sul                                       | 1 | 11  |
| Campo Grande / Zona Oeste                                 | 1 | 11  |
| Duque de Caxias / Baixa Fluminense                        | 1 | 11  |
| Lapa / Zona Central                                       | 1 | 11  |
| Realengo / Zona Oeste                                     | 1 | 11  |
| <b>Documento oficial</b>                                  |   |     |
| Nenhum  | 9 | 100 |
| <b>Benefício Social</b>                                   | 9 | 100 |
| <b>Rompimento total dos laços familiares ou parentais</b> |   |     |
| Rompimento total dos laços                                | 8 | 89  |
| Mantém laços parentais ou familiares                      | 1 | 11  |
| Conflitos familiares                                      | 2 | 22  |
| Desemprego  | 4 | 45  |
| Uso de álcool e outras drogas                             | 3 | 33  |

Fonte: elaborada pelos autores

No que trata da integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, que tem como pressuposto ações direcionadas à materialização da saúde, percebeu-se, por meio de alguns relatos, que este direito muitas vezes é negado por meio de muitas barreiras que impedem o acesso da PSR aos serviços de saúde. Várias destas pessoas mencionaram que morar na rua já constituía uma barreira de acesso. Inúmeros entraves levavam indivíduos da PSR a desistir



do acesso ao atendimento nas unidades básicas de saúde, dentre eles, o estigma dos profissionais de saúde, que não os atendiam, como expressou um dos entrevistados:

“Quando você vai sozinho no posto de saúde, como eu te falei, eles não atendem de jeito nenhum, viram as costas, e isto pelo fato de ser morador de rua”. (P1).

Algumas narrativas indicaram que muitos preferiam buscar hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), por acreditarem que assim suas queixas seriam atendidas mais rapidamente. Neste aspecto, davam ênfase às questões da doença em detrimento da prevenção. Alguns se mostraram, após o atendimento, muito satisfeitos e agradecidos. Tudo por um acontecimento garantido pela constituição federal, que deveria ser habitual: o acesso ao cuidado e ao atendimento. No pensar destes indivíduos, o benefício, que representa um direito, caracteriza-se como benevolência:

“No hospital a gente até que é bem atendida. Uma vez eu fiquei sem tomar os remédios e minha pressão subiu. Quando eu sou atendido no hospital, eu fico mais satisfeito, pois mesmo sendo morador de rua, eles atendem, é mais rápido, os médicos te passam remédio e você pega até de graça na farmácia”. (P2).

É corriqueiro apresentarem dificuldades com o cuidado corporal, pois os locais na rua onde podem se higienizar com qualidade e privacidade são bastante escassos. Com isso, nem sempre conseguem se afigurar com esmero, incomodando demais usuários e profissionais de saúde com sua aparência e condição de higiene, o que gera situações discriminatórias quando são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme relato:

“Quando estamos doentes, vamos à Clínica de Família, onde o atendimento é péssimo! Às vezes não tem médico. Eles veem a gente sujo, fedendo, não te atendem direito. Eu procuro tomar banho para ir, mas às vezes não tem como, por isso ninguém quer colocar a mão em você”. (P3).

Outras formas discriminatórias e preconceituosas foram narradas: rotineiramente, as pessoas em condição de rua eram identificadas e reduzidas a bêbadas e drogadas. Este tipo de concepção, que orienta o pensar e agir dos profissionais de saúde, também se traduz em barreira de acesso aos atendimentos, ou seja, é uma forma de impedir o acesso. Um participante descreveu que tais concepções não permitem sequer acessar os átrios das UBS:

“Eles pensam assim: ‘Esse pessoal de rua enche a cara de drogas e cachaça, agora querem atendimento’. Nós somos muito discriminados, tem muito preconceito com quem mora na rua. O segurança não nos deixa nem entrar, não chegamos nem na recepção, coloca a gente para fora. Isso já aconteceu comigo algumas vezes”. (P4).

Paralelos a essas questões, ouvimos relatos de pessoas que, quando conseguiram acessar os serviços de saúde, foram tratadas com descaso e sem o mínimo de empatia ou respeito. Recebiam atendimentos mecanicistas, frios, como uma tarefa, obrigação ou questão burocrática a ser cumprida:

“Fui numa Clínica de Família, e a moça que me atendeu disse que eu tinha que procurar o pessoal que atende na rua (faz menção à equipe de Consultório na Rua - eCnaR), porque

eles ali não atendem quem mora na rua. Eu quis explicar a ela que eles não vêm todos os dias fazer curativo e eu queria continuar fazendo ali, porque é mais próximo de onde eu fico. Ela nem me ouviu, estava com pressa e saiu. Minha ferida está piorando porque eu não consigo fazer curativo todos os dias”. (P5).

Ficou evidenciado que, no cotidiano das ruas, as ações de saúde para a PSR são basicamente compensatórias e assistencialistas, quando sequer ofertadas pelas unidades de atenção primária à saúde (APS). Suas queixas, quando acolhidas, são solucionadas por meio de ações pautadas no modelo unicasual, com foco central na doença, excluindo outras prerrogativas importantes nessa conexão, sem continuidade e sem visar ações que promovam a saúde deste grupo de pessoas. O depoimento a seguir demonstra esta visão:

“Outro dia passei mal e fui à Clínica de Família. A enfermeira me atendeu muito bem e me passou para o médico para passar o remédio. Ele disse que eu tinha que continuar tratando da pressão alta. Eu tinha esse problema e nem sabia. Mas, quando perguntei na recepção se eu podia voltar lá para continuar me consultando, a mulher da recepção disse que só me atendeu naquele dia porque eu estava passando mal mesmo. Disse que, por eu não ter documento, eu não poderia continuar indo lá, disse que eu tinha que dar meu jeito para conseguir o documento”. (P6).

As narrativas contribuem para entendermos melhor as barreiras de acesso estruturais e burocráticas nas unidades de saúde quando a PSR busca atendimento, muitas delas associadas à exigência de documentação e comprovante de residência:

“Nas Clínicas de Família, eles não te atendem se você não tiver documentos, não te deixam nem chegar à enfermeira”. (P7).

Esperar horas pelo atendimento na UBS traduz-se em perda da alimentação daquele dia e de um dia do trabalho informal que gera os recursos para alimentação diária. Deste modo, parte da PSR deixa de buscar os serviços de saúde para continuar a busca pela sobrevivência, como narrou um dos participantes:

“Nós não temos tempo nem para ir à Clínica de Família, às vezes, quando vamos, demora tanto para atender e, quando atendem, perdemos a hora do almoço ou perdemos um dia de trabalho no garimpo. Uma vez eu fui numa Clínica de Família, esperei muito e, no final, a moça da recepção disse que não tinha vaga, que eu não ia ser atendido, com isso, eu perdi um dia de trabalho e ainda fiquei com fome. As irmãs que doam alimentos já tinham passado, aí fiquei com fome”. (P8).

Embora os dados analisados nos conduzissem a algumas críticas relativas ao sistema de saúde, encontramos alguns depoentes que mencionaram apreciar o atendimento recebido quando acessaram as unidades de saúde:

“Não é todo mundo que nos atende bem quando vamos à Clínica de Família, mas um dia eu fui lá e a enfermeira e a médica me atenderam muito bem e até me pediram para voltar para buscar roupas que elas iam me doar, e me disseram que, se eu precisasse poderia voltar que elas iam cuidar de mim”. (P9).

Com base nos resultados encontrados, estabeleceram-se três categorias, apresentadas na discussão a seguir.



## DISCUSSÃO

### **Constructos sociais: interferência na dimensão do processo saúde-doença-cuidado**

O perfil dos participantes desse estudo, considerando a literatura, assemelha-se àquele encontrado em outros estudos<sup>1,3</sup>. O fenômeno da PSR possui uma multiplicidade de determinantes. Todavia, restou claro que envolve a articulação de três condições principais: a pobreza extrema, os laços familiares fragilizados ou interrompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Ressalte-se, entretanto, que não há uma ordem ou linearidade neste processo<sup>9</sup>.

O Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania realizou um diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal em 2023, no Brasil, e fez alguns apontamentos importantes, objetivando resolver ou ao menos minimizar tais fenômenos<sup>10</sup>.

No que tange aos principais motivos para a realização, os resultados apresentados nesse estudo indicam problemas familiares, desemprego, uso do álcool ou de drogas e perda de moradia.

Considerando que a principal motivação é relacionada a problemas familiares, é primordial fortalecer a atuação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros equipamentos, serviços, programas e projetos de assistência social básica, visando prevenir situações de vulnerabilidade e risco social e fortalecer vínculos familiares e comunitários, além da atuação dos serviços de proteção especial, como os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e outros equipamentos sociais para o enfrentamento dos problemas que levam à situação de rua, mantêm as pessoas nessa situação e dificultam a sua superação.

A questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas deve ser tratada enquanto problema de saúde pública, e, para isso, o fortalecimento de equipes de Consultório na Rua, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços de atenção à saúde tem grande relevância.

Em relação à perda de moradia, esta precisa ser enfrentada como uma política habitacional robusta e equitativa. A existência de locais para dormir, como albergues, abrigos e casas de passagem, influencia tanto no local de pernoite quanto no acesso a outros serviços e políticas públicas.

A partir do entendimento dessas medidas, analisamos que não basta desenhá-las no sentido de compartilhamento de informações. É necessário que haja também vontade política e investimentos do Governo Federal para que, na concretude dos fatos, no chão árido das pessoas

em situação de rua, se alcance suas realidades, de modo que de fato possam mudar seus contextos sociais, marcados pela marginalização.

Chamam-nos a atenção, entre os participantes, pessoas vivendo em situação de rua há décadas. Assim, remeteram-nos à reflexão de que tal fenômeno nem sempre é temporário. As pessoas que habitam rua vivem das consequências destes territórios – por exemplo, a escassez de alimento e água, a falta de locais para se higienizarem e, por conseguinte, as diversas doenças às quais estão suscetíveis<sup>3</sup>. Estes elementos são tissulares ao influenciar a determinação do processo saúde-doença-cuidado e, portanto, necessitam pautarem-se em políticas macrossociais, focalizadas em programas de inserção e proteção social.

Em vários momentos que atravessaram a história da humanidade, empregaram-se muitos esforços para compreender o fenômeno saúde-doença-cuidado. Na concepção mágica religiosa do período pré-histórico (2.5 milhões - 10.000 a.C.), quando as doenças não podiam ser associadas às causas naturais ou às ações do homem ligadas às suas atividades cotidianas, eram explicadas pela ação sobrenatural, atribuídas a deuses, demônios ou espíritos malignos evocados por inimigos. Posteriormente, ganhou espaço o modelo biomédico baseado na medicina, onde o foco estava em um conjunto de fenômenos reais que se limitava à observação das estruturas da anormalidade funcional dos órgãos e à composição dos seus sistemas<sup>11</sup>.

Nesse universo, há várias formas de ver os processos sociais envolvidos na formulação da produção da vida, a saúde-doença-cuidado. A antropologia da saúde analisou uma lógica que incluísse a perspectiva do indivíduo na maneira de se construir este paradigma. Assim, no bojo dessa compreensão, percebe-se que o sujeito se torna mais ativo na construção do seu processo de saúde-doença. Portanto, ele passa a ser visto como um elemento central, diferente da medicina dos órgãos que denomina uma pessoa pela patologia, ofuscando sua personalidade e sua capacidade de decisão ou participação – “um paciente”. Busca auxiliar na superação desta crescente fragmentação através da ampliação do entendimento do que é o adoecer, dos diferentes sistemas de saúde e modelos explanatórios, do biopoder e da própria prática médica<sup>12</sup>.

Por vezes não é somente o adoecimento, a preocupação das políticas públicas e profissionais de saúde que acometem essas pessoas, mas a não-continuidade no tratamento que implica maior gravidade. Isso é agravado pelo comportamento bastante comum da PSR de negar e não perceber/valorizar a presença de sintomas e descontinuar medicações<sup>13</sup>.

Tais fatores conectados são capazes de agravar o adoecimento, especialmente, pelo fato de se tratarem de uma infeliz junção entre fatores sociais, biológicos e psicológicos que facilmente contribuem para a geração de sofrimento e adoecimento no grupo destacado<sup>9</sup>.

É inegável que as pessoas em situação de rua apresentam características desafiadoras para os profissionais de saúde. Estar preparado para lidar com os processos do adoecer e do

sofrimento desses indivíduos, agravados pela situação de vulnerabilidade e pobreza extrema, não é um trabalho simples, conforme destacado:<sup>14</sup>

Viver na rua é uma condição de extrema vulnerabilidade que precisa ser compreendida como fruto das políticas neoliberais que acentuam as profundas desigualdades sociais, o desemprego, a precarização do trabalho, a pobreza, entre outras situações de iniquidades<sup>14</sup>.

São pessoas que apresentam uma multiplicidade de fatores preditores do adoecimento, produtos dos seus modos de viver, acrescidos de um conjunto de desigualdades sociais que os inserem em um contexto de exclusão e mostram sua face quando acessam os cuidados indispensáveis à saúde. Geralmente, encontram-se à margem da rede de atenção à saúde e são alvos, muitas vezes, de políticas de saúde focalizadoras, que ignoram a complexidade dos seus modos de vida<sup>15</sup>.

### **A peregrinação pelos serviços de saúde: o acesso**

A análise nesse estudo não se restringiu às formas de acesso aos serviços de saúde e seus meios de disponibilizar cuidados formais, posto que isso poderia limitar a compreensão. Assim, ampliaram-se os dados gerados para tecnologias de cuidados distintas, a que, por vezes, as pessoas vivendo em situação de rua recorriam. Elas incluem o acesso aos serviços de pronto atendimento (menos narrado desde a perspectiva dos participantes), e, principalmente, à APS, entendendo-se assim uma complexidade e dificuldade para acessá-la.

As PSR são titulares de direitos (e deveres) perante o Estado e a sociedade, de modo que a realização de políticas públicas voltadas ao atendimento de suas necessidades não é mera liberalidade nem obra de caridade<sup>16</sup>. A busca preferencial por cuidados em saúde em instituições que ofereçam atendimentos de emergência, em detrimento das unidades da APS, revela-se nas formas com que são acolhidos quando procuram estes serviços de saúde. Isso fere o princípio da hierarquização de tais serviços como propostos pelo SUS e suscita uma reflexão sobre o modelo de atendimento oferecido a essa população<sup>17</sup>.

Acostumados com os sintomas que os incomodam por atribuírem tais sensações às suas características de vida, muitas vezes as pessoas em situação de rua buscam cuidados nos serviços de saúde somente quando seus corpos começam a sucumbir à doença, ou quando a dor é muito intensa. Desta maneira, a busca por esses cuidados se dá por meio das UPA ou de emergências hospitalares<sup>17</sup>.

Desse modo, a prevenção e a promoção da saúde, que deveriam ser exercidas idealmente pelos profissionais do primeiro nível de atenção, acabam sendo negligenciadas, visto que os serviços de emergência têm um foco hospitalocêntrico e resolvem queixas pontuais das pessoas que os acessam. Isso aponta para fragilidades da APS em alcançar a PSR e responder

a suas necessidades de saúde. Por mais que esses serviços deem garantias no primeiro atendimento, não se responsabilizam pela continuidade do cuidado e do acompanhamento, desconsiderando a atenção à saúde em rede, conforme preconiza o SUS<sup>18</sup>.

Somado a isso, as pessoas em situação de rua são vistas como sujas e suas roupas e pertences cheiram mal. Assim, são discriminadas e tratadas de forma preconceituosa, afetando o acesso e o cuidado integral em saúde<sup>19</sup>.

É como se essas pessoas, ao adentrarem pelas portas dos serviços de saúde, parecessem ser convidadas a deixar suas histórias de vida do lado de fora<sup>20</sup>. Isso faz com que, simbolicamente e concretamente, as pessoas em situação de rua não se sintam tratadas como "gente" nesses locais<sup>3</sup>, o que pode lhes trazer a sensação de que não são dignas de frequentar estes espaços, ocasionando mais afastamentos.

Dessa forma, a negação dos direitos produz um círculo vicioso. A superação desse círculo vicioso depende de atravessarmos a fronteira do conhecido, assumindo atitudes de tolerância e de respeito às diferenças. Prestar atendimento e estar próximo às populações em situação de rua são tarefas para todo profissional de saúde, sendo uma exigência ética inerente ao compromisso com a saúde da população do país<sup>21</sup>.

Contudo, é notório que o preconceito e a discriminação dessa população fazem parte da estrutura do atendimento nas UBS. Associado ao estar em situação de rua, o uso de álcool e outras drogas é considerado, há muito tempo, um dos elementos culturais que compõem o estilo de vida de quem vive na rua, seja porque ajuda no alívio da fome ou do frio, seja por outras questões de sofrimento. Portanto, estar em abstinência é um grande desafio para essas pessoas, mesmo que disso dependa sua própria sobrevivência<sup>22</sup>.

O ser humano que vive na rua abarca várias características a ele atribuídas, passando por dificuldades no acesso à rede de atenção à saúde, com suas bagagens culturais acumuladas por experiências distintas. Todavia, não há como dissociá-las quando se encontram fragilizados em decurso do adoecimento, e assim, suas necessidades tornam-se prementes<sup>10</sup>. Isso tenciona a importância de compreender os modos de viver e sobreviver das pessoas em situação de rua, suas carências enredadas nos processos de realização e suas nuances.

Não obstante, muitos são os serviços de saúde que não atendem as pessoas quando elas estão sob o efeito de drogas. Isso gera uma barreira de acesso ao cuidado. É imperativo pensar no cuidado a essas pessoas considerando um escopo ampliado de práticas, ressaltando a perspectiva da redução de danos, o tempo, e a oportunidade nesse modelo de cuidado como eixos centrais<sup>23</sup>.

Enquanto a atribuição destes tipos de identidades, como "bêbados e drogados", for um fator determinante de suas posições sociais relativas, produzir-se-á um bloqueio dos saberes, discursos e práticas, no caso, possíveis intervenções sociais e institucionais<sup>24</sup>. Portanto, a

discriminação que ocorre nos serviços de saúde exemplifica as características culturais da sociedade<sup>11</sup>.

Documentadamente invisíveis aos olhos do Estado, essas pessoas são negligenciadas<sup>22</sup>. Desta forma, analisa-se que os cuidados e atendimentos precários que lhes são destinados de maneira negativa e frequentemente discriminatória fragilizam as relações com as instituições e profissionais de saúde, de modo a não contribuir para o desfecho exitoso do tratamento das doenças às quais estão suscetíveis. Isso desafia os conceitos gerais de universalidade, integralidade e equidade do SUS<sup>17</sup>.

Dado o entendimento da complexidade que emerge da questão do uso prejudicial do álcool e outras drogas, salienta-se que as ações integradas numa perspectiva intersetorial, além da articulação entre RAS e RAPS a partir dos CAPS e da Assistência Social, possibilitam melhor atendimento e acolhimento da PSR que vivencia essa problemática e, assim, a sua importância se colocadas em prática na realidade cotidiana dessas pessoas<sup>25</sup>.

Apesar de advogarmos a importância do dispositivo da equipe de CnaR, se os profissionais de saúde que atuam em unidades básicas de saúde da APS de fato desempenhassem seus papéis de forma a incluir a PSR em seus processos de trabalho, não seria necessário “recriar” uma equipe específica dentro da APS, ou seja, um sistema “dentro” do sistema de saúde para fazer valer um direito que é constitucional<sup>26</sup>.

O Ministério da Saúde é claro ao descrever a responsabilidade dos profissionais de saúde em possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção a suas necessidades de saúde<sup>27</sup>.

Em contraste, apesar de refletirmos se há a necessidade de um novo modelo de saúde que contemple as necessidades da PSR, concordamos com alguns pesquisadores, como Kiser e Hulton, nos Estados Unidos, que descreveram a importância da criação de iniciativas na APS visando a provisão de serviços especializados e capacitados para dar resposta às necessidades específicas de saúde destas pessoas<sup>28</sup>. Portanto, no Brasil, ressalta-se que, incluído no escopo de ações da PNAB<sup>27</sup>. O CnaR tem um papel importante para que tais necessidades sejam respondidas, buscando assim, promover cuidados à PSR com diferentes problemas e necessidades de saúde, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as UBS<sup>3</sup>.

Além disso, os equipamentos de serviços de saúde ainda são visivelmente insuficientes para atender as necessidades das pessoas em situação de rua. Por exemplo, em dezembro de 2022, apenas 145 municípios dispunham de equipes de Consultório na Rua, enquanto 3.354 municípios tinham pessoas em situação de rua cadastradas no Cadastro Único, sendo que 328 tinham 80 pessoas ou mais. Ainda que todos os serviços de saúde do SUS devam atender

pessoas em situação de rua, a existência de serviços específicos e itinerantes têm maior potencial de favorecer o acesso dessa população às ações de prevenção e atendimento de saúde<sup>10</sup>.

Além do cuidado à saúde, é preciso destacar que toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome, como preceitua o artigo 16 do Código Civil, condição *sine qua non* para a existência social do indivíduo. Deste modo, o acesso à documentação civil básica deve ser garantido a todas as pessoas que vivem em situação de rua, pois a posse da documentação possibilita ter acesso aos programas sociais do governo federal, estadual e municipal, e à rede de serviços<sup>29</sup>.

A falta de documentação e de comprovante de residência não deveria ser impeditiva para o atendimento na rede de saúde. Essa exigência, por vezes, torna-se contraditória em relação ao preconizado pelas diretrizes quanto ao dever do Estado de promover a saúde da população, sem nenhuma forma de discriminação. Essa questão evoca a necessidade de se refletir sobre os impactos produzidos por este trabalho no cotidiano dos profissionais e sobre maneiras de ampliar o acesso e expandir ações de cuidado, de modo a implicar serviços e políticas nesse processo<sup>30</sup>.

Tais exigências para definir a base territorial de atendimento terminam por representar uma dificuldade a mais para essas pessoas, devendo ser relativizadas. A lógica da ESF, com sua matriz domiciliar, desconsidera as formas de viver dos que não se encaixam nos padrões gerais, e leva a questionar qual o lugar daqueles que vivem nas ruas nos serviços de saúde. Desse modo, a PSR, por não pertencer a um território definido, facilmente acaba por pertencer a ninguém<sup>18</sup>.

Diversas instituições governamentais e não governamentais de um mesmo território possuem a assistência à PSR como característica do seu trabalho. Cabem, então, o reconhecimento desta rede formal e informal e a reflexão sobre de que maneira esforços podem ser somados para o processo resolutivo de cuidado<sup>31</sup>.

## **Remodelagem do modelo de atenção à saúde para a população em situação de rua**

Analisaram-se vários estudos que retratam o acesso da PSR aos serviços de saúde<sup>1,2,10,28</sup>. Parecendo-nos que os avanços ainda são frágeis, embora se deva frisar o reconhecimento e os esforços das políticas públicas e de profissionais de saúde para alcançar as pessoas em situação de rua no ostracismo. Deste modo, torna-se fundamental que práticas de saúde incluam tanto a dimensão técnica do cuidado, as habilidades clínicas e gerenciais, quanto as dimensões atitudinais, como o acolhimento, a escuta atenta e o respeito pelas histórias de vida, fortalecendo a autonomia e aliviando ou minimizando o sofrimento dessas pessoas<sup>14</sup>.



A garantia do acesso e dos cuidados em saúde para a PSR remete à criação de um novo sistema de saúde que abarque suas necessidades, porém, não se necessita de um modelo novo ou alternativo de atenção à saúde que lhes garanta este direito, já que este é assegurado pelo SUS<sup>32</sup>.

No SUS, o princípio da Universalidade afirma que a saúde é um direito de todos, e cabe ao poder público a provisão de serviços e de ações que o assegurem. Já o princípio da Integralidade endossa que a atenção em saúde deve considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupos, mesmo que minoritários, em relação à população<sup>27</sup>. prerrogativas estas também incluídas na Constituição Brasileira de 1988. Porém, tal documento, isoladamente, não parece ter sido suficiente para tornarem-se reais os seus princípios, quando se trata da PSR e suas necessidades de saúde<sup>5</sup>.

Desse modo, destaca-se a criação da PNPSR, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que tem por objetivo corrigir as injustiças sociais imersas no universo de carências em saúde dos que residem nas ruas. Essa política imprime muitas considerações basilares sobre o acesso dessas pessoas a cuidados em saúde, e tem como princípios: a igualdade, a equidade, a humanização, a universalidade, o direito à convivência social (familiar e comunitária), o reconhecimento da singularidade social, e o respeito à dignidade e à cidadania<sup>6</sup>.

A existência de uma política nacional para a PSR pressupõe que houve, em algum momento, um contexto histórico e político que possibilitou que o fenômeno da situação de rua fosse reconhecido como um problema merecedor da atenção do Estado brasileiro e, em função disso, pudesse ser absorvido pela agenda governamental, merecendo, assim, o interesse e produção de respostas por parte da gestão pública do País<sup>33</sup>.

No campo da saúde houve também outros avanços importantes das políticas públicas sobre o direito das pessoas aos serviços de saúde. A APS, inclusive, tem protagonismo no encadeamento do acesso da PSR à oferta dos seus serviços. Em vista disso, pleiteia-se que o cuidado em saúde a essas pessoas seja, preferencialmente, coordenado pela APS. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde<sup>34</sup>.

Assim, a PNAB definiu equipes específicas para o cuidado da PSR, as equipes de Consultório na Rua, com o objetivo de ampliar o acesso da PSR aos serviços públicos e assegurar ações de cuidado integral à saúde. Essas equipes são multiprofissionais, com variadas categorias profissionais (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, técnico de enfermagem e agente social), e se articulam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de outros equipamentos sociais do território<sup>27</sup>.

Essas equipes de CnaR precisam ter um modelo de cuidado flexível e oportuno, conforme ressaltado:<sup>14</sup>

A complexidade do trabalho das equipes de Consultório na Rua sugere a adoção de modelos centrados em uma visão ampliada de cuidado, considerando as singularidades das pessoas, suas necessidades e contextos de vida, o que implicaria a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) compartilhados e flexíveis<sup>14</sup>.

Além disso, para a efetivação do cuidado à PSR recomenda-se considerar novas formas de cuidado, superando o modelo tradicional, não focando especificamente numa doença, mas no sujeito, ou melhor, no grupo de sujeitos (PSR). Isto implica em modificar e ampliar alguns aspectos como a escuta e o processo terapêutico, reconstruindo o trabalho proposto em manuais considerados “normativos”<sup>35</sup>.

É de se admitir que grandes avanços nas últimas décadas tenham sido indutores no sentido de incentivar políticas públicas para a PSR, principalmente, no campo constitucional. Todavia, ainda é necessário aproximar as políticas públicas das necessidades desse grupo de indivíduos<sup>20</sup>.

Portanto, indubitavelmente, a remodelação de um sistema de saúde que, muitas vezes, fragmenta o corpo, regulado pela medicalização, por sua vez pautada no modelo médico hegemônico, cuja perspectiva o sujeito torna-se um simples produto, para um modelo que busque a compreensão do indivíduo na sua totalidade, é imprescindível<sup>12</sup>. Isso se constitui num desafio a mais para as políticas públicas e os profissionais de saúde, de maneira a transformar essa engrenagem em uma força motriz capaz de impulsionar o SUS, de modo a trazer universalidade, equidade e integralidade para as pessoas em situação de rua.

## CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que os modos de viver das pessoas em situação de rua atrelam-se à maneira nas quais reproduzem suas vidas, conectando-se a dificuldades que enfrentam para ter acesso aos serviços de saúde e a como o sistema de saúde tem que avançar para que, de fato, o princípio de Universalidade do SUS se torne uma realidade, assegurando o direito de cuidado à saúde para todas as pessoas.

Os serviços de saúde, quando oferecidos a essas pessoas, fundamentam-se num modelo unicausal, focado na doença, e excludente de outros determinantes sociais e da saúde. Esse modelo não visa processos de trabalho resolutivos ou ações que promovam saúde para este grupo de pessoas de maneira perene.

Isso reverbera institucionalmente no reducionismo e simplismo dos profissionais de saúde, que desconhecem a cultura dos habitantes das ruas, somados à internalização de

costumes sociais inerentes à vida dessas pessoas, as quais, em detrimento da sobrevivência, ignoram os atendimentos de saúde.

Neste sentido, desvelam-se inúmeros desafios, e espera-se que esse estudo possa promover reflexões dos profissionais de saúde que trabalham para o SUS, convidando-os a adentrar as ruas com olhares mais humanizados e prospectivos, de modo a compreendê-las como meio em que se produz a vida de muitas pessoas que, por vários motivos, não sairão da condição de viver na rua e necessitarão de cuidados de saúde, desenvolvidos por múltiplas competências, para além do modelo biomédico, com uma escuta sensível como prerrogativa.

A possível limitação do estudo deve-se ao fato de ter sido realizado em um único cenário. Entretanto, entende-se que são apontamentos que refletem muitos outros locais nos quais pessoas vivem nas ruas e têm expectativas e necessidades similares de acesso aos serviços de saúde, o que significaria que os achados podem ser generalizados e, assim, merecem novas investigações em locais análogos.

## REFERÊNCIAS

1. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Lemos PFS, Moniz MA et al. No place to shelter: ethnography of the homeless population in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* [internet]. 2020 [acesso em 2023 nov. 17]; 73(Suppl 2):e20200489. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>
2. Peñata CA, Berbesi D, Segura A. Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia promoc. Salud* [internet]. 2017 [acesso em 2023 fev. 20]; 22(1): 56-69. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.5
3. Duarte AH. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos & Contextos (Porto Alegre)* [internet]. 2019 [acesso em 2023 nov. 12] 18(2), e34306. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>
4. Domingos IM, Gonçalves RM. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito* [internet]. 2019 [acesso em 2023 jan. 20]; 1(1): 99–108. DOI:10.4013/rechtd.2019.111.06
5. Brasil. Decreto nº 7053 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. Distrito Federal, DF: Brasília; 2009. [acesso em 2023 mai. 20]. Disponível: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art.)
6. Teixeira MB, Belmonte P, Engstrom EM, Lacerda A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. *Saúde debate* [internet]. 2020 [acesso em 2023 mar. 10]; 43: 92–101. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>
7. Spradley, JP. *The ethnographic interview.* Forth Worth: Hancourt Brace Jovanovich. College, 1979.
8. Spradley JP. *Participant observation.* New York: Holt Rinehart and Winston; 1980.

9. Aguiar MJ, Campos MM. População em situação de rua e direito de acesso à saúde: um olhar sobre a realidade de Campos dos Goytacazes/RJ. LINKSCIENCEPLACE [internet]. 2023 [acesso em 2023 nov. 26];10(2): 57. Disponível em: <http://linkscienceplace.com/index.php/lnk/article/view/54/27>
10. Brasil. Ministério Direitos Humanos e da Cidadania. População em situação de rua: Diagnostico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, Distrito Federal [internet]. 2023 [acesso em 2023 nov. 16]. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat\\_pop\\_ua\\_digital.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_ua_digital.pdf)
11. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed editora; 2009.
12. Manso MEG, Cancone MHVB. Antropologia da saúde: considerações sobre os diversos referenciais teóricos. Revista Conhecimento e Inovação [internet]. 2012 [acesso em 2023 nov.25 (1), 2(01)]. Disponível em: [file:///C:/Users/Bem%20Vindo/Downloads/1610-4102-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Bem%20Vindo/Downloads/1610-4102-1-PB%20(1).pdf)
13. Brito C, Silva LN, Xavier CCL, Antunes VH, Costa MS, Filgueiras SL. The way of life of the unhoused people as an enhance for COVID-19 care. Rev Bras Enferm [internet]. 2021 (acesso em 2023 nov. 25); 74(Suppl 1): e20200832. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0832>
14. Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. Saúde em Debate [internet]. 2019 [acesso em 2023 jan. 16]; 43(especial 7 dez): 50–61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [acesso em 2022 nov. 10]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)
16. Conselho Nacional do Ministério Público. Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua. Brasília, DF: CNMP; 2015. [acesso em 2022 nov. 22]. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/publicacoes/8969-guia-de-atuacao-ministerial-defesa-dos-direitos-das-pessoas-em-situacao-de-rua>
17. Curvo DR, Matos ACV, Sousa WL, Paz ACA. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. Cad Bras Saúde Mental [Internet]. 2019 [acesso em 2023 nov. 4]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69614>
18. Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AK M. Is the access of the street population a denied right. Rev Min Enferm [internet]. 2019 [acesso 2023 em jan. 13]; 23:e-1157. DOI: <https://10.5935/1415-2762.20190004>
19. Neves-Silva P, Martins GI, Heller L. Human rights' interdependence and indivisibility: a glance over the human rights to water and sanitation. BMC International Health and Human Rights [internet]. 2019 [acesso em 2023 fev. 10]; 19(1): 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0197-3>
20. Merhy EE, Gomes MCP, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg Saúde Debate [internet]. 2014 [acesso em 2023 mar. 17]; 52: 153. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/305808534\\_Redes\\_Vivas\\_multiplicidades\\_girando\\_](https://www.researchgate.net/publication/305808534_Redes_Vivas_multiplicidades_girando_)

as\_existencias\_siniais\_da\_rua\_Implicacoes\_para\_a\_producao\_do\_cuidado\_e\_a\_producao\_do\_conhecimento\_em\_saude

21. Abreu DD, Oliveira WFD. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2023 nov. 25]; 33 (2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196916>
22. Rodrigues JS, Lima AFD, Holanda RB. Identidade, drogas e saúde mental: narrativas de pessoas em situação de rua. *Psicologia: Ciência e Profissão* [internet]. 2018 [acesso em 2023 nov. 22]; 38, 424-436. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-37030004912017>
23. Bassin HCM, Lucca VI. Acesso à saúde: para além do cobertor e papelão. *In: Saúde da População em Situação de Rua*. São Paulo: DENEM [internet]. 2017 [acesso em 2023 jan. 25]; Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/2018-Sa%C3%BAde-Pop.-de-Rua.pdf>
24. Assumpção ELA. A vida em cenas de uso de crack: ensaio de análise institucional e bioética. [tese]. [internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina; 2016. [acesso em 22 dez. 02]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/5045>
25. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saúde debate* [Internet]. 2022 [acesso em abr. 2023]; 46(132): 227-39. DOI: » <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>
26. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso 2023 abr. 20]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=I%20%2D%20construir%20uma%20sociedade%20livre,quaisquer%20outras%20formas%20de%20discrimina%C3%A7%C3%A3o.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=I%20%2D%20construir%20uma%20sociedade%20livre,quaisquer%20outras%20formas%20de%20discrimina%C3%A7%C3%A3o.)
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2023 nov. 13]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_ rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf)
28. Kiser T, Hulton L. Atendendo às necessidades de cuidados de saúde da população sem-abrigo: uma nova abordagem através da investigação-ação participativa. *SAGE Aberto*. [internet]. 2018 [acesso em 2023 nov. 10]; 8 (3). DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244018789750>
29. Rio de Janeiro. Diário Oficial–Rio; PARTE, I. A. Ministério Público. A tutela da população em situação de rua: cartilha de orientação. Rio de Janeiro: Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Cidadania; 2015. [acesso 2023 mar. 15]; Disponível em: [https://www.mprj.mp.br/documents/20184/25421/cartilha\\_tutela\\_populacao\\_situacao\\_ rua\\_pa ra\\_grafica\\_2.pdf](https://www.mprj.mp.br/documents/20184/25421/cartilha_tutela_populacao_situacao_ rua_pa ra_grafica_2.pdf)
30. Wijk LBV, Mângia EF. (2019). Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Ciência & saúde coletiva* [internet]. 2019 [acesso em 2023 nov 20]; 24, 3357-3368. DOI: » <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>
31. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão PS, Scoralick GBF. Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2018 [acesso em 2023 jan. 10]; 71(6): 2843–7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>
32. Bottil NCL, Castro C, Ferreira M, Silva AK, Oliveira L, Castro AC et al. Condições de saúde da população de rua na cidade de Belo Horizonte. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*

- [internet]. 2009 [acesso em 2023 mai. 16];1(2): 164-179. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i2.68482>
33. Nascimento FCA. A Política Nacional para a População em Situação de Rua e os direitos humanos (2009-2018). [dissertação]. [internet]. Brasília: Universidade de Brasília, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares; 2019. [acesso em 2023 fev. 23]; Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB\\_d843ccc4dd21131168f3f57066090370](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_d843ccc4dd21131168f3f57066090370)
34. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2018 [acesso em 2023 nov 23]; 34(8): e00029818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?format=pdf&lang=pt>
35. Koopmans FF, Daher DV, Faria MGA, Paula HC, Cursino EG. Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2018 [acesso em 2023 jan. 17]; 17(4): e20186277. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20186277>

Artigo recebido em setembro de 2023

Versão final aprovada em dezembro de 2023