

Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura

Attention to the health of the population in the street situation in Brazil: a literature review

Atención a la salud de la población sin hogar en Brasil: una revisión de la literatura

Alicia Almeida da Silva Jesus¹ 

Milena Silva Lisboa² 

¹Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. ali.almeidasj@gmail.com

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. milenalisboa@bahiana.edu.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: A população em situação de rua, caracterizada como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, é um público com a maioria dos direitos humanos violados, entre os quais destacamos o frágil acesso à saúde pública. Pensando nisso, esse estudo tem como objetivo compreender como a literatura científica aborda os cuidados à população em situação de rua ofertados pelo Sistema Único de Saúde, conhecer as estratégias de cuidado utilizados e refletir sobre o funcionamento da relação entre a população de rua e a rede de saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, realizada a partir da análise da produção científica na área da saúde, publicada no banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde entre os anos de 2000 e 2019, tendo como critérios de inclusão os artigos em português, completos e disponíveis online, publicados em periódicos brasileiros. **RESULTADOS:** Os resultados foram divididos em três categorias (Dimensões organizativas do cuidado, Dispositivos de cuidado e Determinantes sociais) e oito subcategorias (Acesso à saúde, Políticas públicas, Intersetorialidade e Rede, Estratégias de cuidado e Estratégias norteadoras, saúde-doença e exclusão social). **CONCLUSÃO:** Foi possível observar que, dentre as políticas públicas direcionadas aos cuidados da população em situação de rua, a que mais se mostra eficaz e satisfatória é o Consultório na Rua, apresentando como estratégias norteadoras o vínculo entre a população e as equipes de saúde, a redução de danos e atividades educativas. Contudo, ainda é necessário a efetivação de políticas públicas com a atenção voltada às necessidades específicas da população em questão.

PALAVRAS-CHAVE: População em situação de rua. Atenção primária à saúde. Saúde Pública. Qualidade de vida. Políticas Públicas.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The homeless population, a heterogeneous populational group which is living in extreme poverty, is a public with most human rights violated, among which we may highlight the fragile access to public health. With that in mind, this study aims to understand how the scientific literature reflects about the care of the homeless people performed by the SUS – Sistema Único de Saúde (Unified Health System), to investigate the care strategies that are being used as well as to comprehend the relationship between the homeless population and the health network. **METHODS:** This is an integrative literature review based on the analysis of scientific production in the health field published in the Virtual Health Library database between 2000 and 2019, having as its inclusion criteria articles written in portuguese, complete and available online, published in Brazilian journals. **RESULTS:** The results were divided into three categories (Organizational dimensions of care, Care devices and Social determinants) and eight subcategories (Health access, Public policies, Intersectoral approach and network, Care and Guideline strategies, Health-disease and Social exclusion). **CONCLUSION:** It was observed that among the public policies directed towards the care of the homeless population, the most effective and satisfactory one is the Street Clinic, since it provides guiding strategies such as the bond between the population and the health teams, Harm Reduction Strategy and educational activities. However, it is still necessary to implement public policies with attention to the specific needs of that population.

KEYWORDS: Homeless people. Primary health attention. Public Health. Quality of life. Public policies.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La población en situación de calle, caracterizada como un grupo poblacional heterogéneo que tiene en común la pobreza extrema, es un público con la mayoría de los derechos humanos vulnerados, entre los que destacamos el frágil acceso a la salud pública. Pensando en esto, este estudio tiene como objetivo entender cómo la literatura científica aborda la atención a la población sin hogar ofrecida por el SUS – Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud), para conocer las estrategias de atención utilizadas y reflexionar sobre el funcionamiento de la relación entre la población sin hogar y la red sanitaria. **MÉTODOS:** Se trata de una revisión bibliográfica integradora, realizada a partir del análisis de la producción científica en el área de la salud, publicada en la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud entre los años 2000 y 2019, teniendo como criterio de inclusión artículos en portugués, completos y disponibles en línea, publicados en revistas brasileñas. **RESULTADOS:** Los resultados se dividieron en tres categorías (Dimensiones Organizacionales del Cuidado, Dispositivos de Cuidado y Determinantes Sociales) y ocho subcategorías (Acceso a la Salud, Políticas Públicas, Intersectorialidad y Red, Estrategias de Cuidado y Estrategias Orientadoras, Salud-Enfermedad y Exclusión Social). **CONCLUSIÓN:** Se pudo observar que, entre las políticas públicas dirigidas a la atención de la población en situación de calle, la más eficaz y satisfactoria es la Clínica de Calle, presentando como estrategias orientadoras el vínculo entre la población y los equipos de salud, la reducción de daños y actividades educativas. Sin embargo, sigue siendo necesaria la aplicación de políticas públicas centradas en las necesidades específicas de la población en cuestión.

PALABRAS CLAVE: Población sin hogar. Primeros auxilios. Salud pública. Calidad de vida. Políticas públicas.

Introdução

A existência da população em situação de rua (PSR) possui história antiga, ligada às transformações socioeconômicas e políticas que afetam as grandes capitais, em nível mundial (Aguilar & Iriart, 2012). Refletir sobre a atenção à saúde da PSR requer a realização de uma análise acerca destes sujeitos para além de suas condições de “moradores de rua”, em uma tentativa de proximidade que lance o olhar para as demais dimensões que constituem sua trajetória de vida.

A constatação de Costa (2007) é que a situação de rua ganhou visibilidade na medida em que cresceu, tornando-se algo cada vez mais presente no cotidiano das cidades e, junto a isto, os novos discursos, técnicas e entidades que refletem sua presença. Desde a década de 1960, algumas cidades brasileiras foram palco para o surgimento de movimentos pela garantia dos direitos da PSR. Por volta do final do ano de 1970, a Pastoral do Povo da Rua, movimento da Igreja Católica, começou a implantar casas de assistência, estimular a organização de movimentos populares de catadores de materiais recicláveis e realizar eventos sociais nas cidades de São Paulo e Belo Horizonte (Candido, 2006).

Em algumas cidades do país houve uma maior comoção em torno das pessoas em situação de rua nas últimas três décadas, dando maior visibilidade a esta questão. Assim, a ideia sobre a existência de uma “população de rua” e conseqüentemente da “situação de rua” é uma “invenção social recente e bem datada em nosso país” (Costa, 2007, p. 18), que veio sendo modificada historicamente.

Nos anos de 1990, a luta pelos direitos da PSR se intensificou e conquistou avanços importantes em algumas cidades, como Fortaleza, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. Este foi o fator que possivelmente influenciou órgãos públicos, como a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Belo Horizonte, por exemplo, a criar em 1993 seu Programa de População em Situação de Rua e promover um Fórum da População em Situação de Rua, permanecendo em funcionamento até 1999 (Frota & Brasil, 2013).

Com o avanço dos movimentos, a população em situação de rua se torna uma problemática oficialmente social, demandando do Estado intervenções que levem em conta como ela se constitui e as formas de sobrevivência ali desenvolvidas. Para a construção de um modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - universal, equânime e integral -, é essencial conhecer a população que vive nas ruas, identificando suas demandas sociais e a complexidade de seu processo saúde-doença, assim como as causas que os levaram às ruas (Bottil et al., 2009).

As conferências nacionais e estaduais, os fóruns nacionais e os conselhos de direitos tornaram-se métodos importantes de extensão na presença da comunidade no ciclo de políticas públicas no Brasil. Dentro destas iniciativas de interlocução, em 25 de outubro de 2006, o Presidente da República instituiu um Grupo de Trabalho (GT) Interministerial ([Decreto s/n](#), 2006). Segundo o [Governo Federal do Brasil](#) (2008), o grupo foi composto pelas seguintes entidades: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, da Educação, da Cultura, Saúde, Trabalho e emprego, da Justiça, pela Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União e dos representantes do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social. Este grupo de trabalho tinha como tarefa realizar estudos e debates, propondo então uma Política Nacional de Inclusão da População em Situação de Rua ([Governo Federal do Brasil](#), 2008), se baseando no conceito da intersectorialidade, proporcionando a integralidade dos indivíduos.

Neste mesmo ano as propostas apresentadas pelo grupo e pelos movimentos sociais foram consolidadas na Política Nacional de população em situação de rua constituída pelo decreto nº [7.053](#) de 23 de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e também o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, afim de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas desenvolvidas pelos nove ministérios que o compõem.

Caracterização da População em Situação de Rua

No primeiro artigo do decreto nº [7.053](#), de 23 de dezembro de 2009, parágrafo único, é consolidada a compreensão oficial utilizada pelo Estado para a população em situação de rua (PSR). Com isso, a PSR passa a ser considerada como grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, assim como a ausência de moradia, utilizando os espaços

públicos, as áreas degradadas e unidades de acolhimento como local de moradia provisória ([Decreto Nº 7.053](#), 2009).

O Brasil não conta com dados oficiais sobre a PSR. Esta ausência é explicada pela complexidade operacional de uma pesquisa de campo com pessoas sem endereço fixo, prejudicando a implementação de políticas públicas voltadas para este contingente e re-produzindo a invisibilidade social da população de rua no âmbito das políticas sociais ([Natalino](#), 2016).

Uma pesquisa realizada em 2016 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ([Natalino](#), 2016), mostra uma população em torno de 100 mil pessoas vivendo nas ruas do Brasil. Contudo, a estimativa dessa pesquisa foi baseada no Cadastro Único para Programas Sociais. Segundo Vanilson Torres, líder do MNPR, apenas 3 a 5% da população de rua está registrada no Cadastro Único. Com base nisso, o MNPR considera a existência de muito mais que 100 mil pessoas em situação de rua no Brasil, o que se faz necessário um novo Censo e Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua, como foi feito em 2007/2008 ([DENEM](#), 2017).

O Censo e Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua realizado pelo Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS), em 2007/2008, identificou 31.922 adultos com 18 anos completos ou mais, no universo de 71 municípios brasileiros com população superior a 300 mil habitantes, vivendo em situação de rua. A população é predominantemente masculina, 82%. Mais da metade (53,0%) se encontram em faixas etárias entre 25 e 44 anos ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome](#), 2009).

Os dados obtidos pelas razões das idas para as ruas revelaram que 71,3% dos entrevistados citaram pelo menos um dos três motivos, muitas vezes de forma correlacionada. Os principais motivos foram: problemas com álcool e/ou outras drogas (AD), desemprego e desavenças com pai/mãe/irmãos. Apenas 5,6% não citaram nenhum motivo ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome](#), 2009).

[Vieira](#), Bezerra e Rosa (1992) propõem três situações possíveis em relação à permanência na rua: 1. **“Ficar na rua”**, descrito por um estado de precariedade temporária, porém, sem se identificar com os “moradores de rua” e em constante busca de trabalhos para sair dessa situação; 2. **“Estar na rua”**, estado em que pessoas acabam por adotá-la como lugar para pernoite; 3. **“Ser da rua”**, quando as relações e os espaços públicos da cidade passam a ser considerados espaços de moradia quase que definitivamente.

Quando se considera as causas que fazem as pessoas permanecerem nas ruas, [Muñoz](#) (2007) foca nos processos estruturais fundantes na construção da identidade humana, citando como exemplos as rupturas de vínculos, as decepções e os fracassos vividos no campo profissional, assim como fragilizações nos laços familiares, sociais e afetivos, além de problemas de saúde de origem física e/ou mental, entre outros.

A maioria (68,6%) costuma dormir na rua, apesar de 51,9% dos entrevistados possuírem algum parente residente na cidade onde se encontra. Quase 71% (70,9%) das pessoas exercem algum tipo de atividade remunerada, ainda que de modo informal. Desse percentual, destacam-se as seguintes ocupações: 27,5% trabalham como catadores de materiais recicláveis, 14,1% ganham dinheiro na atividade de “flanelinha”, 6,3% na construção civil, 4,2% na atividade de limpeza e 3,1% como carregadores ou estivadores ([Noto et al.](#), 2004).

Quando perguntados sobre as atividades ilícitas, a predominância se encontra entre as crianças e adolescentes que não moram com a família. Nesse caso, 36,7% afirmaram praticar furto e roubo, 7,4% entrega e venda de drogas, 8,6% fazem sexo por dinheiro e 49,5% mencionam que fazem uso de drogas ilegais ([Noto et al.](#), 2004).

As questões de alimentação, higiene e saúde foram apresentadas no Censo e Pesquisa em conjunto por estarem diretamente ligadas. No aspecto de alimentação, 79,6% conseguem fazer ao menos uma refeição ao dia e 31,1% não se alimentam todos os dias. Em relação à higiene, os lugares mais utilizados para tomar banho são: rua, albergues/abrigos, banheiros públicos e a casa de parentes e amigos; em relação às necessidades fisiológicas os principais são:

rua, albergues/abrigos, banheiro público, estabelecimento comercial, casa de amigos ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome](#), 2009).

Considerando as condições precárias na alimentação e higiene, a saúde é prejudicada. 30% das pessoas em situação de rua afirmam ter problemas de saúde, tendo como mais citados hipertensão, problemas psicológicos, diabetes e IST (infecções sexualmente transmissíveis). Ao realizar o mapeamento da situação de saúde da população em situação de rua comparada à população em geral, os estudos destacam alguns prejuízos com mais atenuância, como: mais gestações, mais alcoolismo e mais tuberculose ([Carneiro](#), Jesus & Crevelim, 2010), além das diversas formas de violência que afetam a saúde física e mental. Contudo, quando é verificada a história do uso abusivo de substâncias psicoativas, destaca-se que grande parte da população teve o primeiro contato com o álcool e tabaco antes de estarem em situação de rua.

Acesso à Saúde

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o movimento sanitário ressaltou o conceito ampliado de saúde que abrange mais que a atenção médica - resultando então das condições básicas de sobrevivência, como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, entre outros -, não se referindo apenas à ausência de doenças, excedendo assim o tradicional conceito da Organização Mundial de Saúde ([Ministério da Saúde](#), 1986).

Esse conceito de saúde foi plasmado no texto constitucional de 1988, que assume a toda população brasileira o direito à saúde, sendo, então, dever do Estado, que deve ser garantido através de políticas sociais com o intuito de reduzir riscos e agravos de doenças, assim como oferecer acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de forma universal e igualitária ([Constituição Federal](#), 1988).

A Atenção Primária à Saúde (APS), desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, se estabeleceu como porta prioritária de entrada dos sistemas de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (MS), com base na Política Nacional de Atenção Básica de 2011, a atenção básica é definida como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, 2011, p. 19).

A prática terapêutica na saúde pública brasileira é orientada e ofertada à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como diretrizes os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e o princípio ético da equidade, cuja forma de organização e operacionalização apoia-se na participação popular, na regionalização e hierarquização, na descentralização e no comando único (Lei nº 8.080, 1990). Agrega à prática os conhecimentos sobre o meio físico, socioeconômico e cultural, e a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Foi somente em 1994 que o MS instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, tendo como função primordial o funcionamento como um instrumento de reorganização do SUS. Segundo Lisboa (2013), o modelo de assistência à saúde do PSF tem como objetivo desenvolver a promoção e proteção à saúde em três níveis: do indivíduo, da família e da comunidade.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Ministério da Saúde, 1998, citado por Silva, 2001, p. 63).

A partir de então, o PSF foi se destacando como a principal estratégia para a ampliação do primeiro acesso e de transformação do modelo assistencial. Como eixo norteador da base do SUS, o MS promoveu a mudança de Programa Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (Portaria nº 648/GM, 2006).

Consultório de Rua

Em 1989, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), vinculado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), funcionando desde 1985 na cidade de Salvador, desenvolveu um projeto denominado “Banco de Rua”, sendo um dos poucos serviços de saúde pública de atenção especializada aos usuários de substâncias psicoativas que se encontravam em situação de rua. Por meio desta iniciativa, parte-se para a criação de vínculos institucionais com órgãos governamentais responsáveis pelo cuidado com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, com o enfoque no fornecimento dos recursos humanos e materiais para a solidificação do Projeto Consultório de Rua. Em 1995 é iniciado o trabalho da primeira equipe do consultório de rua, se estendendo até 2004 por meio de convênios com o CETAD (Nery Filho, Valério & Monteiro, 2012).

A primeira equipe era formada por duas psicólogas, uma assistente social, um antropólogo, um motorista e dois estagiários de psicologia, se apresentando com uma proposta de atenção às vidas em situações de rua, favorecendo para o estabelecimento do vínculo com os profissionais. O vínculo constitui a base de sustentação do trabalho, visto que é através dele que é possível obter informações sobre os cuidados com a saúde, higiene, preservação e redução de danos (Nery Filho, Valério & Monteiro, 2012).

Atuando também a partir da estratégia da redução de danos, o consultório de rua surge como estratégia de atenção à saúde realizada no próprio local onde a população vive com o enfoque nos fatores de risco à vida, em especial ao uso de álcool e outras drogas e riscos relacionados ao contágio de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Sua atuação conta com um veículo equipado (do tipo van ou furgão, adaptado para transportar a equipe, os materiais e equipamentos) para fins de intervenções na rua nas modalidades de atendimento em assistência social,

cuidados imediatos à saúde, redução de danos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas, atendimento psicológico e encaminhamento para a rede social e da saúde, assim como a atuação preventiva e educativa.

Em 2009, o Consultório de Rua torna-se parte integrante do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) no SUS, determinado pela Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009, estabelecendo importante recurso público integrante na rede de atenção à saúde. Busca minimizar a falha histórica da assistência das políticas de saúde voltadas para o consumo de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio de ações de promoções, prevenção e cuidados primários no espaço de rua, tendo como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e inclusão social, o enfrentamento do estigma, ações de redução de danos e a intersetorialidade (Tondin, Neta & Passos, 2013).

O Consultório de Rua vale-se, portanto, de estratégias que visem a promoção da saúde, da cidadania e da dignidade humana e define-se como um dispositivo clínico de atenção à saúde biopsicossocial de pessoas em situação de rua, expostas a riscos de vida relacionados ao uso de substâncias psicoativas e ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis (Nery Filho, Valério & Monteiro, 2012, p. 33).

De acordo com o Guia do Projeto Consultório de Rua (2012), os consultórios utilizam duas categorias de pressupostos, sendo eles: os princípios éticos, que dizem respeito às questões sobre o posicionamento da equipe; e as diretrizes técnicas, que condizem com a prática cotidiana da equipe. Pensando nas interpretações do senso comum e unilateral sobre o uso problemático de drogas, a marginalidade e a situação de rua, partir do pressuposto de que toda conduta humana responde por uma significação pessoal é a condição para reconhecer os atos além da margem do estigma.

(...) que cada um se destituísse do seu olhar técnico e pudesse conhecer a rua através do olhar do outro. Isto é, que o antropólogo pudesse olhar através do olhar do psicanalista, e que o psicanalista pudesse olhar do lugar do motorista, e o motorista do lugar da assistente social, e assim por diante, numa permanente desconstrução-reconstrução de olhares sobre um mesmo objeto (...) (Entrevista com Antônio Nery Filho, citado por Nery Filho, Valério & Monteiro, 2012, p. 28).

Uma das estratégias adotadas é a redução de riscos e danos, aplicada nos casos em que o indivíduo não está em possibilidade de se abster do uso abusivo de determinada substância. Porém, isso não o impede de realizar ações de autocuidado e controle que direcione para a diminuição dos efeitos colaterais à saúde. Com isso, cria-se a viabilidade do próprio usuário desenvolver uma atenção voltada à sua saúde física e mental. A prática da redução de danos parte do ponto da subjetividade do indivíduo e dos seus direitos enquanto cidadão. A promoção de saúde implica que o indivíduo seja protagonista das atuações sociais em sua qualidade de vida, tendo em vista a autonomia e emancipação.

O conceito da redução de danos foi desenvolvido a partir da [Carta de Ottawa](#) (1986), onde foi objetivado que as ações de promoção de saúde reduziram as diferenças no estado de saúde da população e asseguraria oportunidades e recursos igualitários de capacitação para que toda a população realizasse completamente seu potencial de saúde. São inclusos como recursos e oportunidades, os ambientes favoráveis, o acesso à informação, as experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. Um exemplo citado pelo Guia do Projeto de Consultório de Rua (2012) diz respeito aos indivíduos que não estão em condições de se abster do uso da substância psicoativa – em casos como estes, eles ainda podem contar com ações de autocuidado e controle que objetivem a diminuição da incidência dos efeitos nocivos à saúde decorrente do uso de drogas.

Pensando nas propostas dos consultórios de rua, a Política Nacional de Atenção Básica instituiu a criação de equipes de atenção básica para populações específicas ([Portaria nº 2.488](#), de 21 de outubro de 2011, 2011), por meio da portaria Nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, trazendo a nomenclatura "Consultórios na Rua" para o cuidado integrado às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção para a PSR. Com isso, o Consultório na Rua está direcionado para acolher demandas diversificadas e complexas de saúde da PSR, centrando-se na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenções nos fatores que a colocam em risco. Atualmente, o Brasil conta com 145 equipes de consultório na rua distribuídas em 96 municípios brasileiros.

Apesar de todos os avanços que o SUS conquistou, ainda há muitos entraves na efetivação do direito de saúde para todos, ainda mais se tratando da população que historicamente tem acesso limitado aos direitos fundamentais do cidadão. O direito de acesso aos serviços de saúde é um dos principais obstáculos para as comunidades em situação de rua, em alguns casos por conta do despreparo dos profissionais, a exigência de comprovação de residência e documentação, além dos tratamentos de saúde não serem viáveis com as condições de vida dessa população (Costa, 2005).

Os serviços de saúde podem acabar reproduzindo, de forma preconceituosa e discriminatória, a lógica de ações descrita por Sposati (1995) como *modelo filantrópico higiênico* no qual a orientação do trabalho é segregar, esconder e higienizar. Nesta perspectiva, são sustentadas concepções reducionistas que classificam os problemas de ordem mental e/ou psiquiátrica vividos por pessoas em situação de rua como consequências diretas e exclusivas do uso de substâncias psicoativas (Varanda, 2003). Essa compreensão pode compactuar com outras formas de controle social, como, por exemplo, as propostas de internação involuntária e compulsória.

Outros exemplos desses entraves se dão em exigências relacionadas aos banhos, à necessidade de que as pessoas estejam acompanhadas, e à recusa de fazer procedimentos por receio de contaminação (Costa, 2005). Há também a dificuldade de coincidir os horários dos profissionais de saúde e da população, que muitas vezes têm dificuldade em seguir horários previamente marcados. Em casos de tratamentos prolongados que exigem comportamentos sistemáticos, como no caso da diabetes e de IST, dificilmente a população que vive nas ruas consegue se adequar às exigências desses tratamentos (Costa, 2005). Logo, esses aspectos relacionados à organização dos serviços e das práticas de cuidado limitam o acesso aos serviços de saúde.

Diante deste cenário de complexidades na atenção à saúde a essa população, este estudo tem como pergunta de pesquisa “Como a literatura científica aborda o cuidado à população em situação de rua ofertado pelo Sistema Único de Saúde?”, tendo como objetivo geral “Discutir como a literatura científica aborda os cuidados à população em situação de rua

ofertados pelo Sistema Único de Saúde.”, e específicos: “Conhecer as estratégias de cuidado;” e “Refletir sobre o funcionamento da relação da PSR com as redes de atenção à saúde.”

Método

O artigo propõe-se a realizar uma revisão de literatura integrativa. Segundo Whittemore e Knafl (2005), a revisão integrativa configura-se como uma abordagem metodológica ampla dentro dos estudos de revisão bibliográfica, uma vez que nesta modalidade é permitido incluir estudos experimentais e não-experimentais, combinando dados da literatura teórica e empírica, sem a pretensão de esgotar a totalidade de estudos. Integra diversos propósitos, sendo eles: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Seu vasto conteúdo amostral, associado à multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes, apesar de não ser exaustiva, como as revisões sistemáticas.

A busca foi realizada entre outubro de 2019 e março de 2020, cobrindo os artigos publicados de 2000 até 2019, a partir da análise da produção científica na área da saúde publicada no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), desenvolvida sob coordenação do Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que consiste em um portal que integra uma rede de fontes de informações online de saúde para a distribuição de conhecimento científico e técnico, incluindo os principais periódicos e portais de periódicos científicos mais conceituados na América Latina.

Foram utilizados os descritores primários: População em situação de rua e Pessoas em situação de rua, e como secundários: Atenção primária à saúde, Saúde pública, Qualidade de vida e Políticas públicas. Foi realizada uma pesquisa inicial sobre os primeiros descritores e, em seguida, a busca avançada cruzada destes com os segundos, tendo como objetivo levantar artigos que discorressem sobre a saúde da População em Situação de Rua.

Como critérios de inclusão, considerou-se os artigos em português, completos e disponíveis online, publicados em periódicos brasileiros.

Resultados e discussão

A pesquisa inicial sobre os descritores primários e secundários contabilizaram 8.495 artigos. Com a leitura prévia dos títulos e resumos, foram selecionados os artigos completos, *online* e escritos na língua portuguesa que abordavam a temática do estudo, sendo identificados 97 artigos científicos. Após esse levantamento, foram utilizados os critérios de exclusão: artigos repetidos, que apresentavam um recorte da população (gênero e idade, sexualidade, doenças específicas, entre outros) e que não abordavam a questão da saúde pública, o que contabilizou 17 artigos selecionados para análise. Uma tabela contendo as informações sobre tais artigos se encontra no [Anexo 1](#).

Após a leitura integral de todos os artigos, foram construídas 3 categorias analíticas (I - Dimensão organizativa da gestão do cuidado à PSR; II - Dispositivos de cuidado na atenção e assistência à PSR; III - Determinantes sociais do processo saúde-doença na PSR), a partir da produção de sentidos encontrada nas repetições das temáticas identificadas, no que tange à prática do cuidado à saúde da população em situação de rua na Atenção Básica, seus desafios, dificuldades e potências. Dentro das categorias, foram encontradas 8 subcategorias: Acesso à saúde, Políticas Públicas, Intersetorialidade, Rede, Vínculo, Estratégias de cuidado, Saúde-doença e Exclusão social, sendo remanejadas como mostrado no quadro 1:

Quadro 1. Categorias analíticas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ARTIGOS	%
Dimensão organizativa da gestão do cuidado à PSR	Acesso à Saúde	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 9 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 e 17	82%
	Políticas Públicas	1 - 2 - 3 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 e 17	82%
	Intersetorialidade	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 8 - 10 - 12 - 13 e 16	65%
	Rede	1 - 5 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 e 15	53%
Dispositivos de cuidado na atenção e assistência às PSR	Estratégias de cuidado	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 8 - 9 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 e 17	82%
	Estratégias Norteadoras	3 - 4 - 5 - 7 - 12 - 13 - 15 e 16	47%
Determinantes sociais do processo saúde-doença na População em Situação de Rua	Saúde-doença	1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 9 - 10 - 14 - 15 e 17	59%
	Exclusão Social	1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 14 - 15 - 16 e 17	82%

Nos artigos selecionados, foi possível observar uma maior prevalência em artigos publicados em revistas de Enfermagem (6 artigos, 35%) e em revistas de Saúde Pública (5 artigos, 29%), apresentando menor número em Psicologia (2 artigos, 12%), Saúde Coletiva (2 artigos, 12%), Saúde e Sociedade (1 artigo, 6%) e Atenção Primária à Saúde (1 artigo, 6%). Os anos de publicação dos artigos encontrados variaram entre 2006 e 2018, tendo uma maior concentração em 2018, com um total de 8 artigos, e 2016, com 4. Os outros artigos foram publicados em 2014 (2 artigos), 2015, 2012 e 2006 com apenas um em cada ano. Dos autores, o único que se repete é Anderson da Silva Rosa, enfermeiro formado pela Universidade Federal de São Paulo.

A análise será realizada a partir da teoria do Construcionismo Social, especialmente do método desenvolvido por Mary Jane Spink (2013) acerca das Práticas Discursivas e Produção de Sentido no cotidiano, teoria esta que se atenta para o papel da linguagem no processo de construção social da realidade social, ou seja, para os modos como os sentidos construídos linguisticamente nas produções acadêmicas acabam por compor a realidade discursiva que versa sobre as práticas de cuidado à população em situação de rua.

A dimensão organizativa da gestão do cuidado às PSR

A dimensão organizativa da gestão do cuidado à População em Situação de Rua foi dividida em quatro subcategorias: I - Acesso à saúde, abordando as dificuldades de acesso e a não adesão aos serviços; II - Políticas Públicas, trazendo os principais marcos referentes aos direitos à saúde da PSR; III - Intersetorialidade, como estratégia fundamental para o cuidado integral; IV - Redes, familiar ou assistencial.

Acesso à saúde

Dos artigos analisados, apenas três (8, 10 e 11) não trataram do acesso à saúde da população em situação de rua. Quatro artigos ressaltam que apesar da Constituição Federal assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, existem diversos entraves para a PSR acessar o Sistema Único de Saúde. Numa pesquisa realizada no Artigo 6, [Rosa](#), Secco e Brêtas (2006) apontam a opinião positiva da população sobre o atendimento oferecido. Já na visão dos trabalhadores, o serviço é de má qualidade, ressaltando o despreparo dos profissionais para lidar com a população e a dificuldade em conseguir os medicamentos prescritos.

• Dificuldades de acesso

Um dos obstáculos mais citados se refere à exigência na apresentação da documentação de identificação com foto expedido por órgão público e comprovante de residência. Nos artigos 4 e 15 é reforçado que o município possui uma instrução normativa¹, onde a PSR pode se cadastrar na Unidade de Saúde da sua preferência, sem a necessidade de comprovação de endereço, nem da apresentação de documento com foto, sendo aceito apenas o nome social. Outro entrave muito citado é o estigma, preconceito, discriminação e atitudes higienistas com a sujeira, mau cheiro e o efeito de álcool e outras drogas, por parte dos profissionais da APS, UBS e SAMU, dificultando, inibindo ou até mesmo inviabilizando o acesso da PSR sem a companhia dos profissionais do Consultório na Rua.

• Não adesão ao serviço

Notou-se que alguns atendimentos não obtiveram resultados satisfatórios por conta da lógica de

agendamentos prévios e da necessidade do paciente ser mais autônomo no seu processo saúde-doença, como nos casos de diabetes e hipertensão (artigos 3, 6, 14, 15).

Políticas Públicas

Como mostrado no quadro 1, nesta categoria 13 artigos (82%) abordaram questões sobre as políticas públicas referentes à População em Situação de Rua. Nos artigos 9, 14 e 17, os autores referem-se ao I e II Encontros Nacionais de População em Situação de Rua. O I Encontro, realizado em 2005, objetivou conhecer os desafios e estabelecer estratégias para construção de políticas públicas, resultando na aprovação da Lei nº 11.258, que dispõe sobre a criação de programas específicos de assistência social. No II Encontro, realizado em 2009, foi publicado o texto da PNPSR.

Os autores [Hamada](#), Alves, Hamada, Hamada e Valvassori (2018), no artigo 9, apresentam a Lei nº 11.258 de 2005, que abre espaço para a criação de diversos programas assistenciais ofertados à PSR, como: O Sistema Único de Saúde (SUS), com o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com os Centros Regionais Especializados de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP), entre outros. Os artigos 14 e 15 ressaltam que o poder público investe pouco em ações de inclusão, de reconhecimento da PSR e em políticas de atendimento que respondam às necessidades e demandas da população.

Os artigos 1, 3, 5, 9, 10, 13 e 15 trazem a PNPSR, Decreto Presidencial nº 7.053 de 2009, que caracteriza a população em situação de rua como grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza extrema. A lei é pautada na perspectiva de assegurar a integralidade das políticas públicas e do acesso aos direitos de cidadania às pessoas em situação de rua. Possui como princípios a igualdade, equidade, humanização, universalidade, direito à convivência social, reconhecimento da singularidade social e o respeito à dignidade e à cidadania.

No artigo 2, [Oliveira](#) et al. (2018) e, no artigo 15, [Hallais](#) e Barros (2015), reforçam que, apesar da existência da PNPSR e de outras políticas setoriais e intersetoriais,

¹ A instrução normativa refere-se à Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018.

onde elas asseguram os direitos da PSR, nem sempre garantem um cuidado integral. Com isso, afirmam a necessidade de visibilização por parte dos gestores e profissionais das áreas social e da saúde, considerando a vulnerabilidade física e social, projetando um olhar pautado no cuidado equitativo.

[Sicari](#) e Zanella (2018) destacam a importância de compreender o processo de saída das ruas para o delineamento de políticas públicas que auxiliem na construção de projetos de vida. No artigo 11, [Medeiros](#) e Cavalcante (2018) sinalizam a necessidade de o governo federal considerar a heterogeneidade política, socioeconômica e a capacidade dos governos municipais, gerando assim cooperação interfederativa para ter sucesso na efetividade de suas políticas públicas. Os artigos 3, 10 e 15 apontam que um dos desafios para a gestão é implantar uma política intersetorial que contemple ações entre os setores de Assistência, Saúde (incluindo serviços de psicologia e psiquiatria), Habitação, Trabalho e renda, na busca de um cuidado integral. No artigo 14, [Paiva](#) et al. (2016, p. 2.603) sinalizam que "no campo das políticas de saúde, persistem os problemas de acesso, estigma, preconceito, despreparo profissional, desarticulação entre os setores, cuidado uniprofissional, uma atenção à saúde, ainda, voltada para ações assistencialistas e medicalizantes."

Os artigos 1, 2, 8, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 citaram a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua como avanço importante para o acesso aos direitos básicos, garantidos pela Rede de Atenção Psicossocial. No entanto, em municípios onde não existe o Consultório na Rua, o cuidado integral da PSR é de responsabilidade da Atenção Básica, como postula a Política Nacional de Atenção Básica ([Oliveira](#) et al., 2018). Contudo, ainda encontramos cidades nas quais existe a atenção básica, mas a população segue desamparada no que se refere aos cuidados básicos de saúde.

Intersetorialidade

Dos artigos analisados, 11 (65%) abordaram sobre a intersetorialidade, sendo conceituada nos artigos 4 e 5 como o alinhamento da estratégia de intervenção e recursos entre os atores de dois ou mais setores e órgãos (governamentais ou não) no âmbito da esfera pública. Tem como finalidade alcançar objetivos complementares que sejam relevantes e valorizados por

todas as partes para solucionar problemas sociais de grande complexidade (necessidades biológicas, psíquicas e sociais). Neste sentido, como apontado por [Paula](#) et al. (2018), no artigo 3, todas as Unidades de Atenção Básica de Saúde do território possuem papel relevante no processo de cuidado multiprofissional. [Mattiello](#) e Ramos (2018), no artigo 10, ressaltam a inexistência de uma política intersetorial de saúde e educação integrada a outros serviços de suporte à PSR.

Todos os 11 artigos reforçam a importância da intersetorialidade para lidar com as demandas complexas da PSR, mas ao mesmo tempo ressaltam que é um dos maiores desafios enfrentado pela saúde coletiva. [Borysow](#) e Furtado (2014), no artigo 5, apontam para a necessidade de recriação de ações intersetoriais, visto que os setores Assistência, Saúde e Segurança não conseguiram articular suas perspectivas. Para [Sicari](#) e Zanella (2018), a falta de articulação entre a saúde e a assistência social promovem uma cronificação e institucionalização da pessoa. [Borysow](#) e Furtado (2014) também apontam que, além da falta de fluxos estabelecidos, é verificada falta de pessoas para executar o trabalho intersetorial.

Rede

Dentre os 17 artigos analisados, nove (53%) deles abordam aspectos da rede de cuidados da PSR. De acordo com [Oliveira](#) et al. (2018, p. 2854), "as redes tecidas por afetos no cotidiano da rua possibilitam a esses indivíduos a guarda de seus pertences e a construção de relações de amizade que atendem às necessidades afetivo-sociais". [Vargas](#) e Macerata (2018), no artigo 7, comentam que a rede se constitui em arranjos entre os diferentes serviços de saúde nos territórios com o intuito de desconstruir a fragmentação das práticas de saúde sustentadas apenas pela lógica de atendimentos pontuais aos agravos, geralmente centrada na lógica orgânica-biológica. Os artigos 9 e 12 ressaltam que a reinserção familiar e/ou social, muitas vezes é difícil pois existe a perda do vínculo familiar, além do estigma social, gerando um aumento na vulnerabilidade social.

• Rede familiar

De acordo com os artigos 2 e 10, é importante considerar o papel da família tanto no momento de escolha da rua como moradia quanto nas estratégias a serem realizadas. A rede familiar deve atuar em conjunto com os profissionais da assistência social,

saúde e das áreas afins, no sentido de fortalecer o tratamento e a reintegração da pessoa, após a alta da clínica, no seu contexto social. É interessante notar como apenas dois artigos versam sobre a importância das redes familiares, o que aponta para a fragilidade e as dificuldades vividas por parte dos profissionais em reconstituir esses laços junto aos seus usuários.

• Rede assistencial

Conforme os artigos 7 e 11, o consultório na rua tem a função de tecer e aquecer a rede de saúde e de assistência social. Já no artigo 15 (Hallais & Barros, 2015), a atenção assistencial a essa população é executada pelo Departamento de Operações de Assistência Social, por intermédio da Coordenadoria Setorial de Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Os artigos 5, 8 e 9 destacam as casas de acolhimento como um potente serviço que resgata a autonomia e cidadania. É nesse espaço de acolhimento que o indivíduo tem o direito de ir e vir, construir seu projeto de vida e reorganizar a questão escolar, profissional e financeira, garantindo a inserção social através do contato com a rede de serviços públicos, com os profissionais das equipes e com outros internos e usuários dos serviços considerados, para que, quando restaurarem sua autonomia, possam reconstruir novas relações afetivas. Salientamos certo silêncio relacionado aos albergues, o que nos indica pouca reflexão sobre como estes equipamentos estão operando, especialmente considerando que seu funcionamento está sempre ameaçado pelas mudanças nas direções políticas municipais e é atravessado por diretrizes que variam em sua relação com a defesa ou a negligência aos direitos humanos e da saúde.

Dispositivos de cuidado

A prática de trabalho no espaço de rua deve incorporar saberes, experiências e culturas das pessoas envolvidas no processo, assim como devem compreender a realidade em que atua (desigualdade social, condições precárias de vida, invisibilidade). Dos artigos analisados, 14 (82%) trazem estratégias

de cuidado, sendo eles: O Consultório na Rua como porta de entrada ao serviço de saúde, o Vínculo, a Redução de Danos e Atividades Educativas como estratégias norteadoras.

Estratégias de Cuidado

• Consultório na Rua

No artigo 13 e 16, Engstrom e Teixeira (2016) e Silva, Frazão e Linhares (2014), apontam que a proposta de Consultório na Rua inspirou-se no primeiro Consultório de Rua (CR). A partir dessa experiência, em 2004, o CR foi vinculado a um equipamento da área de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas, inaugurando tal dispositivo na rede institucional. Hallais e Barros (2015), no artigo 15, trazem que a partir da Portaria 122, as equipes de Consultório de Rua, a princípio associadas à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passaram a se chamar Consultório na Rua, integrando os serviços da atenção básica. O Consultório na Rua surge como porta de entrada deste segmento populacional nos serviços de atenção.

No artigo 12 (Ferreira, Rozendo & Melo, 2016), é possível ver que os depoimentos indicam que, na atuação da equipe, estão presentes sensibilidade, afeto, apoio às demandas mais imediatas no campo biológico e psicológico, assim como tentativa de reinserção social e familiar, respeito à autonomia e defesa de sua integridade. As ações ofertadas no Consultório estão voltadas para a promoção da vida, redução de danos, prevenção de agravos e melhoria das condições de saúde. O artigo 3 (Paula et al., 2018) traz a importância dos profissionais que atuam nas equipes reinventarem suas práticas de cuidado, se transformando a cada dia para, assim, construir uma base de trabalho agregadora. No artigo 16, Silva, Frazão e Linhares (2014) abordam que a equipe do consultório exerce a prática de acordo com a necessidade do campo, utilizando oficinas, reconhecendo que essas atividades realizadas na rua permitem que os usuários se sintam mais à vontade para a participação e construção do vínculo.

Estratégias Norteadoras

· Vínculo

Os artigos 3, 4, 12, 15 e 16 ressaltam que a relação dialógica e a escuta consistem em saberes necessários para a construção do vínculo com a PSR. A relação interpessoal constitui um fator positivo, trazendo elementos importantes como o respeito mútuo, a sustentação da dignidade, a construção de confiança e a demonstração de acolhimento. Porém, a criação e permanência do vínculo foram apontadas como difíceis, estando ligadas às características de invisibilidade social e sofrimento psíquico deste grupo.

· Redução de Danos

Segundo os artigos 13 e 16, a Redução de Danos tornou-se estratégia norteadora do cuidado, ofertando cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo os prejuízos agregados em função do uso de drogas. Porém, no entendimento da equipe, a redução de danos não é uma estratégia exclusiva para os usuários de substâncias. É considerada como porta de entrada e como propostas de metas e estratégias para a construção do projeto terapêutico.

· Atividades educativas

De acordo com os artigos 13 e 16, as atividades educativas e informativas estão inseridas em todas as etapas do trabalho da equipe, estando pautadas nas políticas de redução de danos, com informações sobre agravos mais recorrentes, autocuidado, com a alimentação e higiene, direitos humanos e cidadania, dentre outros temas relativos à qualidade de vida. Este cuidado é estabelecido com base na relação de respeito, entendendo a educação em saúde como uma ferramenta para proporcionar o exercício de cidadania dos moradores.

Determinantes Sociais

As condições e os modos de vida da população determinam o seu processo de saúde-doença. Com base nisso, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: I - Processo saúde-doença, abordando a visão para a PSR e os problemas mais prevalentes; II - Exclusão social, trazendo as vulnerabilidades e a forma como impacta na não adesão ao tratamento.

Processo Saúde-Doença

O processo saúde-doença é um conceito indispensável para a delimitação das ações do setor de Saúde da População em Situação de Rua. Nesta subcategoria, foram identificados 10 artigos. Os artigos 1, 6 e 14 trazem que, na visão da população em situação de rua, a saúde é associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano, enquanto a doença foi compreendida como um estado debilitante que compromete a luta pela sobrevivência (não poder ir trabalhar, impedimento de realizar tarefas simples) e/ou que demanda pronto atendimento. Para eles, o processo saúde-doença depende do indivíduo e o cuidado é responsabilidade dos serviços de saúde. No artigo 17, [Aguiar](#) e Iriart (2012) trazem reflexões sobre entrevistas semiestruturadas com pessoas em situação de rua abrigadas e não abrigadas da cidade de Salvador/Bahia. Entre os não abrigados, a visão de saúde e doença foi a mesma apresentada pelos artigos 1, 6 e 14. Entre os abrigados, a saúde foi associada à qualidade de vida (vida prolongada, alimentação adequada, manutenção de cuidados higiênicos, zelo com o corpo e com a rotina e acompanhamento médico regular).

Estudos dos artigos 1, 3, 9, 10, 15 e 17 identificaram que os principais problemas de saúde foram: a infecção pelo HIV/AIDS, problemas respiratórios, dermatológicos (em virtude da ausência de serviços de higiene), oftalmológicos e odontológicos, tuberculose, hipertensão e traumatismos por atropelamento, violências e tentativas de homicídios. Também foram citados problemas referentes ao abuso de substâncias psicoativas nos artigos 1, 3, 4, 6, 10 e 17, sendo mencionado como determinante da entrada, permanência e saída da rua, atenuante da percepção das rupturas sofridas e como meio de criação de laços com outras pessoas que se encontram na mesma situação de rua. Também foram citados os transtornos mentais/psiquiátricos nos artigos 1, 3, 5, 9, 10, 14, 15 e 17, tendo maior prevalência de transtornos mentais leves e graves, esquizofrenia e psicose (podendo ou não ser advinda do uso de substâncias psicoativas). Nos artigos 14 e 17 é ressaltado que muitos indivíduos só são submetidos a tratamentos de saúde quando são levados por serviços de resgate ou buscam atendimento quando o problema é de urgência e emergência, sendo atendidos, muitas vezes, por profissionais sem devido preparo técnico para a compreensão das necessidades de saúde.

Exclusão Social

O contexto das ruas é historicamente marcado por um processo de exclusão, comumente perpassado por rupturas familiares, violência emocional, física e sexual, exposição ao uso de substâncias psicoativas e ao crime. Em decorrência disso e das condições precárias das ruas que resultam em exposições e riscos acumulados, a PSR se submete diariamente a condições de vulnerabilidade, sendo privados dos direitos sociais básicos. Dos 17 artigos analisados, 14 (82%) trouxeram questões relativas à exclusão social. [Rosa, Secco e Brêtas \(2006\)](#) apresentam que os estigmas e discriminações sociais surgem no momento em que a PSR passa a se descuidar, assumindo características próprias que a sociedade identifica como "mendigo". [Sicari e Zanella \(2018\)](#) chamam a atenção para o estereótipo dessas pessoas propagado pela mídia, relacionando-as à criminalidade, degradação do espaço público, loucura e pobreza, fazendo com que a PSR seja identificada como causadora de insegurança e violência, viabilizando as ações de limpeza urbana e de exclusão. A análise dos artigos mostrou que a discriminação social acontece pela população de uma forma geral, refletindo nos atendimentos à saúde, onde sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários.

Quando buscam o serviço de saúde, é comum se deparar com o despreparo e a inabilidade dos profissionais de saúde para a realização do atendimento voltado para o acolhimento das demandas e necessidades de saúde, apresentando um déficit na escuta e na compreensão do processo saúde-doença para a população ([Hino, Santos & Rosa, 2018](#)), sendo encaminhadas para albergues sem tratamento, com a justificativa de que deveriam primeiramente passar pelo atendimento social ([Borysow & Furtado, 2014](#)). Frequentemente as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Guarda Municipal recusam-se a realizar intervenções com a PSR que apresentem estado confuso e agressivo, alegando que o responsável pelo caso é a equipe socioassistencial ([Borysow & Furtado, 2014](#)).

[Mattiello](#) e Ramos (2018) afirmam que as situações de vulnerabilidade social afetam o desenvolvimento biopsicossocial, agravam as possibilidades de reintegração à sociedade, assim como geram forte impacto na vida de crianças e adolescentes que estão em formação de caráter e personalidade. A simbologia estigmatizada prejudica a imagem que o indivíduo tem de si, invalidando outras possíveis representações do Eu para estas pessoas.

Considerações finais

O artigo teve como finalidade compreender como a literatura científica aborda a atenção à saúde da população em situação de rua, por meio da reflexão sobre a atenção primária e o desafio para a promoção da saúde e prevenção de doenças, realizadas em especial pelas Unidades Básicas de Saúde.

Apesar de existir políticas públicas que deveriam garantir o cuidado integral e intersetorial ao indivíduo, os estudos retrataram as condições de vida precária, assim como inúmeras barreiras na atenção à saúde para a população em situação de rua. As principais barreiras de acesso encontradas são: a exigência de identidade, comprovação de residência, questões higienistas e uma falha na articulação do cuidado intersetorial. Nas barreiras do cuidado, foram encontrados a falta de adesão ao tratamento por parte das pessoas em situação de rua e a dificuldade em conseguir medicamentos. Também foi possível encontrar o despreparo dos profissionais de saúde e o estigma social que os mesmos apresentam.

Dentre as Políticas Públicas direcionadas à População em Situação de Rua, a que mostra-se eficaz e satisfatória para a população é o Consultório na Rua, com suas estratégias de cuidado voltadas para a Redução de Danos, respeitando os direitos e vontades do paciente, com o intuito de deixá-lo mais participativo no seu processo saúde-doença e no plano terapêutico, resgatando a autonomia e práticas de autocuidado.

Em 11 de abril de 2019, no decreto 9.761, é aprovada a nova Política Nacional Sobre Drogas (Pnad), onde é incorporada a estratégia de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como paradigma de tratamento no que tange à redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso. Tal estratégia anula a Redução de Danos, implicando diretamente na autonomia do sujeito em escolher sua proposta terapêutica, da mesma maneira que dificulta a criação do vínculo entre a rede de cuidado e a população em situação de rua ([Portaria nº 1.190](#), 2009).

Tendo em vista os entraves atuais e possíveis entraves futuros, é possível notar uma persistência na falha da prestação de assistência à saúde da população em questão, ferindo os direitos humanos e recorrendo a ações que promovem julgamentos morais, exclusão e práticas criminalizadoras e punitivas. As terapêuticas que se fundam na abstinência configuram-se como estratégias de alta exigência, já que exigem do usuário a condição inicial de estar abstinente do uso de substâncias psicoativas para ser incluído nos serviços, além da manutenção desta meta, sob o risco de ser excluído dos Programas ou ser internado em instituições de caráter correccional. As Comunidades Terapêuticas aparecem nesse cenário como instituições que sustentam o paradigma da abstinência, e pautam suas terapêuticas em práticas orientadas por preceitos religiosos, ainda sustentando-se sob a égide do tratamento moral.

Essa pesquisa, por trazer resultados que partem da história de lutas e avanços no desenvolvimento de práticas terapêuticas fundadas na Atenção Primária à Saúde e na Promoção de Saúde Mental no território onde vivem (a rua) a partir da estratégia da Redução de Danos, tem o dever de denunciar o retrocesso que estamos vivendo com o desmonte do Consultório na Rua a partir da exclusão das estratégias de Redução de Danos no campo da Política Nacional sobre Drogas e reafirmar a potência destes dispositivos aqui apresentados. Pactuamos com os autores aqui pesquisados acerca da necessidade de melhoria das políticas públicas, com o enfoque exclusivo nas necessidades da população, buscando novas formas de intervenções que considerem as pessoas nas suas individualidades, assim como direcionadas à qualificação de profissionais, desconstruídos em seus preconceitos e críticos em relação às políticas higienistas, e preparados para lidar com as diversas demandas apresentadas.

Acredita-se na relevância do presente estudo como contribuição para o campo de pesquisa acadêmica na área da saúde, em especial na Psicologia, visto a necessidade de novas produções acerca das vulnerabilidades e desigualdades sociais, para o processo de transformação da visão estigmatizada, assim como para melhoria das políticas públicas que apresenta grande fragilidade e atuais retrocessos.

Contribuições das autoras

Jesus, A. A. S. participou da concepção, planejamento, delineamento e desenvolvimento da pesquisa, coleta e análise de dados, interpretação dos resultados e redação do artigo. Lisboa, M. S. participou da concepção, planejamento, delineamento e orientação da pesquisa, assim como na revisão e correção do artigo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [EBSCO](#), [DOAJ](#) e [LILACS](#).



Referências

- Aguiar, M. M., & Iriart, J. A. B. (2012). Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>
- Borysow, I. C., & Furtado, J. P. (2014). Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm USP*, 48(6), 1069-1076. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>

- Bottil, N. C. L., Carolina, G. C., Mônica, F., Ana, K. S., Ludmila, C. O., Ana, C. H. O. A. C., & Leonardo, L. K. F. (2009) Condições de saúde da população de rua na cidade de Belo Horizonte. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 162-176. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68482>
- Candido, N. A. (2006). *Ação pastoral da Igreja Católica Apostólica Romana face ao direito à inserção social de pessoas em situação de rua* [Dissertação de mestrado, Universidade Metodista de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/194>
- Carneiro, J. N., Jesus. C. H., & Crevelim. M. A. (2010). A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e sociedade*, 19(3), 709-716. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>
- Carta de Ottawa. (1986). In: *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988*. (1988). Da ordem social, da saúde. (pp. 118-120). https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- Costa, A. P. M. (2005). População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Revista Virtual Textos e contextos*, 4(1), 1-15. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993>
- Costa, D. (2007) *A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-20122007-140625/pt-br.php>
- Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. (2009). Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
- Decreto s/n, de 25 de outubro de 2006*. (2006). Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm
- DENEM. (2017). *Saúde da população em situação de rua*. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/2018-Sa%C3%BAde-Pop.-de-Rua.pdf>
- Engstrom, E. M., & Teixeira, M. B. (2016). Equipe "Consultório na rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(6), 1839-1848. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>
- Ferreira, C. P. S., Rozendo, C. A., & Melo, G. B. (2016). Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad. Saúde Pública*, 32(8), e00070515. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>
- Frota, H. C., & Brasil, F. P. D. (2013). *Fórum de População de Rua de Belo Horizonte – a Criação de uma Política Pública de Forma Participativa e Deliberativa*. http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/68/2013_EnANPAD_APB2069.pdf
- Governo Federal do Brasil. (2008). *Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua*. https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf
- Hallais, J. A. S., & Barros, N. F. (2015). Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, 31(7), 1497-1504. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>
- Hamada, R. K. F., Alves, M. J. M., Hamada, H. H., Hamada, J. S. F., & Valvassori, P. M. D. (2018). População em situação de rua: A questão da marginalização social e o papel do Estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Rev. APS*, 21(3), 461-469. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16041>
- Hino, P., Santos, J. O., & Rosa, A. S. (2018). Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 732-740. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lisboa, M. S. (2013). *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização*. [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUCSP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17023>
- Mattiello, F., & Ramos, W. M. (2018). Estudos em psicologia e áreas interdisciplinares sobre a população em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 67-77. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180008>

- Medeiros, C. R. S., & Cavalcante, P. (2018). A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. *Saúde Soc*, 27(3), 754-768. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170946>
- Ministério da Saúde. (1986). *Conferência Nacional de Saúde*, 8, Relatório final. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- Ministério da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata, de 12 de setembro de 1978*. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua - Síntese dos resultados. In: J. V. Q. Cunha & M. Rodrigues. *Rua: Aprendendo a contar*. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
- Muñoz, J. V. (2007). *Bases para uma política pública de inclusão da população adulta em situação de rua no Estado do Rio de Janeiro*. Fórum Permanente de população adulta em situação de rua RJ.
- Natalino, M. A. C. (2016). *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil*. Texto para Discussão nº 2246. IPEA. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf
- Nery Filho, A., Valério, A. L. R., & Monteiro, L. F. (2012). *Guia do projeto consultório de rua*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/guia-do-projeto-consultorio-de-rua>
- Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., Nappo, S. A., Fonseca, A. M., Carlini, C. M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2004). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003*. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas, SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/Levantamento-Nacional-sobre-o-Uso-de-Drogas-entre-Crian%C3%A7as-e-Adolescentes-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-nas-27-Capitais-Brasileiras-2003.pdf>
- Oliveira, D. M., Expedito, A. C., Aleixo, M. T., Carneiro, N. S., Jesus, M. C. P., & Merighi, M. A. B. (2018). Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua. *Rev Bras Enferm*, 71(6), 2849-2857. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>
- Paiva, I. K. S., Lira, C. D. G., Justino, J. M. R., Miranda, M. G. O., Saraiva, A. K. M. (2016). Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(8), 2595-2606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
- Paula, H. C., Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. A., Brandão, P. S., & Scoralick, G. B. F. (2018). A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. *Rev Bras Enferm*, 71(6), 3010-3015. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>
- Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. (2009). Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
- Rosa, A. S., Secco, M. G., & Brêtas, A. C. P. (2006). O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Rev Bras Enferm*, 59(3), 331-336. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300015>
- Sicari, A. A., & Zanella, A. V. (2018). Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão sistemática. *Psicologia: Ciência e profissão*, 38(4), 662-679. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>
- Silva, F. P., Frazão, I. S., Linhares, F. M. P. (2014). Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*, 30(4), 805-814. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>
- Silva, J. A. (2001). *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade?* [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-29082014-114850/pt-br.php>

- Sposati, A. (1995). Comentário sobre as formas de atuação com a população de rua. In: C. M. M. Rosa. (Org.). *População de rua: Brasil-Canadá*. HUCITEC.
- Tondin, M. C., Neta, M. A. P. B., Passos, L.A. (2013). Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, 22(49), 485-501. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929#:~:text=O%20Consult%C3%B3rio%20de%20Rua%20se,pe%C3%A7as%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua>
- Varanda, W. (2003). *Do direito a vida à vida como direito: sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de moradia e trabalho nas ruas da cidade de São Paulo*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. Biblioteca digital USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28022011-231027/pt-br.php>
- Vargas, E. R., & Macerata, I. (2018). Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica*, 42, 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>
- Vieira, M. A. C., Bezerra, E. M. R., & Rosa, C. M. M. (Orgs). (1992). *População de rua: quem é, como vive e como é vista*. HUCITEC.
- Whittemore, R., & Knafli, K. (2005). A revisão integrativa: metodologia atualizada. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Anexos

Anexo 1. Artigos selecionados para análise

Nº	Nome	Autor	Ano	Revista	Método
1	Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde	Paula Hino; Jaqueline de Oliveira Santos; Anderson da Silva Rosa	2018	Brasileira de enfermagem	Revisão integrativa
2	Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua	Deise de Oliveira; Adélia Expedito; Milleny Aleixo; Nicolli Carneiro; Maria de Jesus; Miriam Merighi	2018	Brasileira de Enfermagem	Pesquisa qualitativa
3	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde	Hermes de Paula; Donizete Daher; Fabiana Koopmans; Magda Faria; Paula Brandão; Graziela Scoralick	2018	Brasileira de Enfermagem	Relato de experiência
4	Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua	Maria Kami; Liliana Larocc; Maria Chaves; Laura Piosiadlo; Guilherme Albuquerque	2016	Escola de Enfermagem	Pesquisa qualitativa e exploratória
5	Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua	Igor da Costa Borysow; Juarez Pereira Furtado	2014	Escola de Enfermagem	Estudo de caso
6	O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença	Anderson Rosa; Maria Secco; Ana Brêtas	2006	Brasileira de Enfermagem	Pesquisa qualitativa
7	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica	Everson Vargas; Iacã Macerata	2018	Panamericana de Salud Pública	Revisão de literatura
8	Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática	Aline Sicari; Andrea Zanella	2018	Psicologia: ciência e profissão	Revisão Sistemática
9	População em situação de rua: A questão da marginalização e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil	Rafael Hamada; Márcio Alves; Hélio Hamada; Jéssica Hamada; Pedro Valvassori	2018	APS	
10	Estudos em psicologia e áreas interdisciplinares sobre a população em situação de rua	Felipe Mattiello; Wilsa Maria Ramos	2018	Estudos de psicologia	Revisão de literatura
11	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua	Cristiane Medeiros; Pedro Cavalcante	2018	Saúde e Sociedade	Descritivo-exploratório
12	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	Cíntia Ferreira; Célia Rozendo; Givânia Melo	2016	Caderno de Saúde Pública	Pesquisa qualitativa
13	Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil:	Elyne Engstrom; Mirna Teixeira	2016	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa
14	Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática	Irismar Paiva; Cindy Lira; Jéssica Justino; Moêmia Miranda; Ana Saraiva	2016	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão integrativa
15	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Janaina Hallais; Nelson Barros	2015	Caderno Saúde Pública	Observação participante
16	Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua	Felicialle Silva; Iracema Frazão; Francisca Linhares	2014	Caderno Saúde Pública	Pesquisa qualitativa
17	Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil	Maria Aguiar; Jorge Iriart	2012	Caderno Saúde Pública	Pesquisa Qualitativo