

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: PERCEPÇÕES SOBRE ACESSO E CUIDADO

**PRIMARY HEALTH CARE AND THE HOMELESS POPULATION:
PRECEPTIONS ABOUT ACCES TO CARE**

Ciências da Saúde • 26/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/784745920](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/784745920)

Andréia Aparecida de Miranda Ramos¹

Fernando Braz Piuzana²

RESUMO

Estudo qualitativo, descritivo e analítico. Participaram 15 profissionais da Atenção Primária à Saúde, cinco do Consultório na Rua e 18 indivíduos adultos em situação de rua. A produção de dados ocorreu entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas, observação em campo e diário de pesquisa. Os dados foram analisados por técnica de análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin. O objetivo foi analisar como se configura o acesso de pessoas em situação de rua aos serviços da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, considerando percepções de usuários e profissionais em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. As análises evidenciaram que as condições de vida nas ruas interferem diretamente no processo saúde-doença e na relação com os serviços de saúde. Identificaram-se barreiras institucionais persistentes na Atenção Primária, como burocratização do acesso, exigência de documentação e estigmatização. Ao mesmo tempo, dispositivos territoriais, especialmente o Consultório na Rua e equipamentos da assistência social, atuam como mediadores na construção de vínculos e no acesso à rede de cuidado. Estratégias territoriais, intersetoriais e processos de educação permanente em saúde mostram-se fundamentais para fortalecer o cuidado e promover equidade no SUS.

Palavras-chave: Direito a saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; População em situação de rua; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Qualitative, descriptive, and analytical study. Fifteen primary health care professionals, five from the Street Clinic, and 18 homeless adults participated. Data collection took place between November 2021 and January 2022 through semi-structured interviews, field

observation, and research diaries. The data were analyzed using the content analysis technique proposed by Laurence Bardin. The objective was to analyze how homeless people access Primary Health Care services in the Unified Health System, considering the perceptions of users and professionals in a municipality in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Minas Gerais. The analyses showed that living conditions on the streets directly interfere with the health-disease process and the relationship with health services. Persistent institutional barriers in Primary Care were identified, such as bureaucratization of access, documentation requirements, and stigmatization. At the same time, territorial mechanisms, especially the Street Clinic and social assistance facilities, act as mediators in building bonds and accessing the care network. Territorial and intersectoral strategies and continuing health education processes are fundamental to strengthening care and promoting equity in the SUS.

Keywords: Right to health; Access of Health Services; Homeless Persons; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

Deve-se fazer uma contextualização/apresentação breve do tema a ser estudado ou do A população em situação de rua constitui uma expressão das desigualdades sociais presentes nos contextos urbanos contemporâneos. No Brasil, observa-se crescimento desse grupo em diferentes regiões, associado a processos estruturais como precarização do trabalho, insuficiência de políticas habitacionais e fragilização das redes de proteção social (Natalino, 2020; IPEA, 2020).

No campo da saúde coletiva, a análise desse fenômeno tem sido orientada pelo referencial da determinação social da saúde, que compreende o processo saúde-doença como resultado das condições históricas, sociais e econômicas nas quais os indivíduos estão inseridos. (Breilh, 2006; Buss, Pellegrini, 2007) Nessa perspectiva, a situação de rua configura-se como marcador relevante de vulnerabilidade social, com repercussões nas condições de saúde e no acesso aos serviços.

Estudos brasileiros indicam que pessoas em situação de rua apresentam maior prevalência de agravos relacionados às condições de vida, incluindo doenças crônicas, transtornos mentais e problemas associados ao uso de álcool e outras drogas (Hino, Santos, Rosa, 2018; Silva, 2019). Além disso, enfrentam dificuldades significativas no acesso aos serviços de saúde, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável pela coordenação do cuidado (Giovanella et al., 2012).

Entretanto, a organização histórica da Atenção Primária à Saúde (APS), baseada em territórios domiciliares e adscrição populacional, pode limitar a inclusão de grupos com vínculos territoriais instáveis. Nesse contexto, políticas públicas direcionadas à população em situação de rua, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e a implementação das equipes de Consultório na Rua (eCR), representam estratégias importantes para ampliação do acesso ao cuidado (Brasil, 2012; Medeiros, Macêdo, 2006).

Apesar desses avanços, estudos apontam a persistência de barreiras institucionais e organizacionais que dificultam o acesso e a

continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde. Assim, torna-se relevante compreender como esse acesso se configura no cotidiano dos serviços (Paiva et al., 2016).

Não obstante, observa-se que grande parte das pesquisas tem privilegiado análises centradas exclusivamente na perspectiva dos usuários ou dos profissionais, havendo menor produção de conhecimento que articule simultaneamente as percepções de pessoas em situação de rua, profissionais da APS e equipes do Consultório na Rua acerca dos processos de acesso e cuidado em territórios concretos de atuação do SUS. Essa lacuna é particularmente relevante porque limita a compreensão das tensões existentes entre a organização dos serviços, as práticas profissionais e as experiências vivenciadas pelos usuários, dificultando a identificação de estratégias capazes de qualificar a resposta da APS às necessidades dessa população.

Dessa forma, o presente estudo busca contribuir para o avanço do conhecimento ao analisar, de maneira integrada, as percepções de pessoas em situação de rua, profissionais da Atenção Primária à Saúde e equipes do Consultório na Rua sobre o acesso aos serviços de saúde em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Ao incorporar múltiplos olhares sobre o fenômeno, a investigação amplia a compreensão dos fatores que favorecem ou dificultam a construção de vínculos, a continuidade do cuidado e a efetivação da equidade no SUS.

Além de seu potencial de contribuição para o debate acadêmico sobre vulnerabilidades sociais e acesso à saúde, os resultados oferecem subsídios para a gestão e organização da APS, ao evidenciar limites e potencialidades dos processos de

territorialização, acolhimento, coordenação do cuidado e articulação intersetorial. Os achados também podem apoiar o planejamento de ações de educação permanente, a revisão de fluxos assistenciais e o fortalecimento da integração entre equipes da Estratégia Saúde da Família, Consultório na Rua e serviços da rede socioassistencial, contribuindo para a construção de práticas mais inclusivas e orientadas pelos princípios da equidade.

Diante desse cenário, este estudo de Mestrado Profissional em Saúde da Família teve como objetivo analisar como se configura o acesso de pessoas em situação de rua aos serviços da APS no Sistema Único de Saúde, considerando percepções de usuários e profissionais em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo de natureza descritiva e analítica, orientado pelos referenciais da pesquisa qualitativa em saúde. A investigação foi realizada em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, em um distrito sanitário caracterizado pela presença expressiva de pessoas em situação de rua e pela existência de serviços de saúde e assistência social.

O município possuía no momento da realização da pesquisa, segundo dados do IBGE (2020), uma população estimada de 668.949 pessoas, possuindo a terceira maior população de Minas Gerais. Para atender as necessidades de saúde da população, a rede de serviço do SUS está estruturada em 08 (oito) Distritos Sanitários. De acordo com a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Contagem, Minas Gerais (CONTAGEM, 2019a), a APS do município

é composta por 76 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que comportam 128 Equipes de Saúde da Família (eSF), 12 equipes de Atenção Básica (eAB), 38 Equipes de Saúde Bucal vinculadas a eSF (eSB-eSF), 15 eSB equivalentes e 12 equipes de NASF-AB.

Em 2021, a estimativa oficial apontava que a cidade de Contagem (MG) possuía cerca de 511 moradores em situação de rua. Esse número, que colocava o município na época como a terceira cidade com maior população de rua no estado, foi registrado durante o levantamento conduzido pelo programa Polos de Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, 2011).

Participaram do estudo 37 indivíduos, distribuídos em três grupos: 14 profissionais da APS, cinco profissionais da eCR e 18 pessoas em situação de rua (PSR) com idade igual ou superior a 18 anos.

Para maior vivência no cotidiano das pessoas em situação de rua e na rotina da assistência prestada pelo Consultório na Rua, o pesquisador foi a campo junto com a equipe deste serviço, antes da fase de coleta de dados, no período de outubro a novembro de 2021. Essa aproximação com as pessoas em situação de rua teve a finalidade de criar de vínculo e verificar possíveis dificuldades nos ambientes de convivência, que facilitasse a abordagem no momento da coleta de informações.

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, observação em campo e registro em diário de pesquisa. As entrevistas foram realizadas até o alcance da saturação teórica, sendo gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise. As entrevistas foram conduzidas de forma concomitante à análise preliminar do material empírico, permitindo o

monitoramento contínuo da emergência de novos elementos analíticos. A definição da saturação teórica ocorreu quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência de conteúdos, sem o surgimento de novas categorias temáticas, subcategorias ou elementos relevantes para a compreensão do fenômeno investigado. Foram considerados como critérios para saturação: (a) repetição dos temas centrais nas narrativas dos participantes; (b) estabilidade das categorias analíticas emergentes; (c) ausência de novas informações capazes de ampliar ou modificar a interpretação das categorias construídas; e (d) suficiência do material empírico para responder ao objetivo da pesquisa. A decisão de interromper a inclusão de novos participantes ocorreu após avaliação conjunta dos pesquisadores, quando se verificou que os dados produzidos apresentavam densidade analítica suficiente para sustentar as interpretações propostas.

A análise do material empírico foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo temática proposto por Bardin (2011) envolvendo leitura flutuante, organização do corpus e construção de categorias analíticas.

A pesquisa seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pelas normas nacionais para estudos com seres humanos, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº4.756.350).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

O corpus analisado foi composto pelas entrevistas dos participantes, consideradas unidades de análise do estudo, sendo os segmentos de texto classificados conforme proximidade lexical e interpretados de acordo com os princípios da análise de conteúdo.

O corpus da pesquisa foi composto pelo conjunto de entrevistas obtidas através das falas dos participantes, que foram referenciadas utilizando códigos, tanto para facilitar a identificação, quanto para manter o sigilo dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Instrumentos que compõe o corpus da pesquisa

INSTRUMENTO	CÓDIGO	DESCRIÇÃO
Entrevista semiestruturada	Participantes A1-A14	Profissionais da APS
Entrevista semiestruturada	Participantes B1-B5	Equipe do Consultório na Rua
Entrevista semiestruturada	Participantes C1-C18	Pessoas em situação de rua

Fonte: elaboração própria (2021).

Após o processo de categorização, foram elaboradas matrizes analíticas para os três grupos de participantes: pessoas em situação de rua (PSR), profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e equipe do Consultório na Rua (eCR).

Identificaram-se, entre os profissionais da APS, quatro categorias e 15 subcategorias; entre os profissionais da eCR, quatro categorias e 16 subcategorias; e, entre as PSR, cinco categorias e 21 subcategorias.

A seguir, apresentam-se recortes das falas dos entrevistados, os quais exemplificam as categorias analíticas construídas. Para fins deste artigo, as categorias foram integradas, permitindo uma análise articulada entre os diferentes grupos.

3.1. Produção de Vulnerabilidades na Vida nas Ruas, Impactos Sobre a Saúde e Percepção do Direito à Saúde

A experiência de viver nas ruas expõe cotidianamente os indivíduos a múltiplos fatores de risco à saúde, incluindo violência, privação de sono e alimentação, ausência de acesso à água potável, dificuldades de higiene e barreiras no acesso aos serviços de saúde.

As narrativas das PSR evidenciam que a centralidade dessas vulnerabilidades atua diretamente na produção de processos de adoecimento, bem como na construção de estratégias de enfrentamento:

“Na rua, não tem como se cuidar direito, porque a gente assim... não tem auxílio de ninguém... assim... nada... muito stress... é complicado”
(C1)

“A rua estava atrapalhando minha saúde, porque dependia de doação de comida e as vezes não chegava, tava passando fome.”
(C15)

Esses achados dialogam com a literatura, que aponta a precariedade das condições de vida como determinante da vulnerabilidade em saúde. Queiroz et al. (2011) destacam que a ausência de segurança, condições adequadas de higiene e alimentação compromete a imunidade e contribui para o surgimento de agravos como HIV/AIDS, transtornos mentais e doenças dermatológicas, gastrointestinais e respiratórias.

A análise também evidencia que processos de culpabilização e inferiorização social fragilizam a efetivação do direito à saúde. Embora o SUS seja estruturado sob os princípios da universalidade e

equidade, ele não é percebido por parte das PSR como capaz de atender suas especificidades. Tal percepção é expressa na valorização do atendimento privado:

“Eu tenho direito sim, mas é pouco, mas por exemplo, se eu fazer particular, talvez eu possa convencer o doutor a tirar mais sangue, do que se ele tira pela medicina, num posto de saúde. Eu posso fazer mais rápido se eu tiver que agendar pelo particular. No particular pode ser melhor. (C6)

Nesse contexto, Brito e Silva (2022) apontam que práticas que destituem a cidadania da PSR produzem sentimentos de vergonha e humilhação, afastando esses indivíduos dos espaços institucionais. Ademais, o estigma internalizado contribui para a não identificação como sujeitos de direitos (Teixeira et al., 2019; Kami et al., 2016). Essa dimensão foi reforçada nas narrativas:

“Muitas pessoas acreditam que não merecem nada... é preciso mostrar que têm direito ao cuidado.” (B3)

“Deixar claro que eles estão sendo vistos, que eles também têm direitos, ao cuidado, ao acesso, à saúde, com acolhimento, com atendimento psicológico. Muitas pessoas estão sensibilizados e acreditam que não merecem nada, que eles estão ali, na escória... é mais um acolhimento mesmo, e dessa sensibilização de cuidado.” (B3)

Os achados permitem compreender que o adoecimento da população em situação de rua não pode ser explicado exclusivamente por fatores biológicos ou comportamentais individuais. As condições relatadas pelos participantes evidenciam um processo de produção social do adoecimento, no qual a

exposição cotidiana à insegurança alimentar, à violência, à privação do sono, à ausência de moradia e à fragilidade dos vínculos sociais produz um conjunto de vulnerabilidades que se materializam em diferentes agravos à saúde. Nessa perspectiva, a situação da rua deve ser compreendida como expressão de processos históricos de exclusão social que limitam o acesso a recursos fundamentais para a reprodução da vida e para a proteção da saúde.

Sob o referencial da Determinação Social da Saúde, o adoecimento observado entre as pessoas em situação de rua não decorre apenas das condições presentes nas ruas, mas de trajetórias marcadas pela desigualdade social, pela precarização do trabalho, pela ruptura de vínculos familiares e pela insuficiência das políticas de proteção social. Assim, a rua deixa de ser apenas um local de moradia e passa a representar um espaço de reprodução das iniquidades sociais e sanitárias.

3.2. Organização da Assistência e Barreiras Institucionais no Acesso na APS

Fiorati, Arcencio e Souza (Fiorati, Arcêncio e Souza, 2016) descreveram em seu estudo, que as populações em condições de vulnerabilidade, que constantemente tem seus direitos violados, se encontram com maior necessidade de acesso aos serviços de saúde, visto as suas carências e violências que estão submetidas, porém não é o que acontece na prática. Obstáculo no acesso aos serviços de saúde é consequência também de um desajuste entre a oferta e a demanda dos serviços e da ausência de princípios equitativos. Percebe-se assim, que a existência de políticas para a PSR não evita as dificuldades enfrentadas nas ruas e nem garantem necessariamente sua inclusão na rede de saúde.

O acesso aos serviços da APS no território pesquisado é identificado de forma antagônica pelos profissionais e PSR entrevistados. Os profissionais de saúde da APS do município entrevistados no estudo, descrevem o serviço da APS como sendo de “porta aberta” às PSR, referindo que a chegada nas UBS ocorre sem impedimentos:

“A unidade está com livre acesso a população em situação de rua. Sempre que eles precisam, eles vêm até a unidade e a gente atende como demanda espontânea” (A1)

“O posto de saúde tem portas abertas pra eles... a gente é instruído a todo momento que não pode fechar as portas... se precisar a gente encaminha, a gente tem as unidades de referência...” (A9)

Outros profissionais entrevistados no estudo apontam que o acolhimento à pessoa em situação de rua ocorre de forma semelhante a qualquer outro usuário. Porém, como alerta Campos e Sousa (2013), o acolhimento a esse grupo precisa ser diferenciado e prioritário, pois o vínculo é tênue e qualquer rompimento na relação construída, exige uma “reconquista” permanente dessas pessoas. Costa et al. (2021) ressaltam que é preciso ter um olhar diferenciado sobre a PSR. As inúmeras vulnerabilidades devem ser consideradas como fatores de priorização e decisão, pelos profissionais.

“Ele chega, ele bate à porta ou ele é encaminhado, e bate à porta e faz basicamente os mesmos procedimentos dos outros usuários.” (A2)

Um aspecto importante evidenciado pelos achados refere-se à distinção entre igualdade e equidade no cuidado em saúde. Alguns profissionais afirmaram que o atendimento à população em situação de rua ocorre da mesma forma que para os demais

usuários da unidade. Embora essa postura possa expressar a intenção de evitar discriminações, ela revela uma compreensão limitada do princípio da equidade que orienta o SUS. Tratar igualmente grupos que vivenciam condições profundamente desiguais pode contribuir para a manutenção das iniquidades existentes.

A equidade pressupõe o reconhecimento das diferentes necessidades dos sujeitos e a adoção de estratégias específicas para garantir acesso e cuidado compatíveis com suas condições de vida. Nesse sentido, a população em situação de rua demanda abordagens diferenciadas relacionadas ao acolhimento, à flexibilização dos fluxos assistenciais, à priorização do atendimento e à construção de projetos terapêuticos que considerem as singularidades da vida nas ruas. Os resultados demonstram que a simples oferta formal dos serviços não assegura, por si só, a efetivação do acesso equitativo.

Apesar da APS ser descrita, pelos seus profissionais como um serviço aberto há, também, a identificação de problemas no momento do acesso das pessoas em situação de rua nas unidades básicas de saúde, e o relato do participante A11, por exemplo, evidencia a necessidade do trabalho com a busca ativa. A busca ativa no ‘território-rua’, princípio norteador das equipes de saúde da família, amplia o acesso e deve ocorrer para todas as pessoas no território, levando os cuidados e orientando sobre a oferta dos serviços no local de permanência dessas pessoas – conhecimento sobre a rede de atenção à saúde. O momento da visita no ‘território-rua’, pode ser oportunizado para realizar o cadastramento, acompanhamento e atendimento da PSR; sendo possível identificar necessidades, realizar ações preventivas e curativas.

“O acesso para eles é mais complicado. Eles não sabem localizar onde vão ser atendidos, como vão ser atendidos; e a própria população, que não é de situação de rua, não sabe que tem odontologia aqui, imagina o próprio morador de rua.” (A11)

Os obstáculos institucionais identificados neste estudo podem ser interpretados, também, à luz do debate sobre necropolítica. Embora originalmente formulado para analisar formas de gestão diferencial da vida e da morte em sociedades marcadas por profundas desigualdades, esse referencial permite compreender como determinados grupos sociais permanecem sistematicamente expostos a condições precárias de existência e a menores oportunidades de acesso aos direitos sociais.

A exigência de documentação, as dificuldades decorrentes da territorialização rígida dos serviços e os episódios de recusa ou adiamento do atendimento não constituem apenas falhas organizacionais isoladas. Tais práticas contribuem para a manutenção de condições que aumentam a vulnerabilidade e ampliam os riscos de adoecimento e morte entre pessoas em situação de rua. Dessa forma, ainda que não intencionalmente, determinadas dinâmicas institucionais podem produzir processos de exclusão que reforçam desigualdades historicamente construídas e naturalizam a precariedade da vida desses sujeitos.

Os cuidados de saúde da PSR do município ainda são realizados, predominantemente, de forma pontual, sem longitudinalidade. A procura pelos serviços de saúde se dá em grande parte das vezes, quando a doença afeta a capacidade de trabalhar ou de se locomover para buscar alimentos (Paiva et al., 2016). Pela dificuldade em acessar os cuidados básicos de saúde, a UBS também deixa de

ser procurada e a PSR só busca atendimento em último caso, quando a doença agrava.

“Só vou quando agrava mesmo... não vou mentir não, porque se mentir vai ser pior...” (C2)

“Vou (nas unidades de saúde) só quando eu estou passando muito mal mesmo” (C11)

Apenas cinco dos entrevistados da PSR – C3, C5, C7, C16 e C17 – (27,7%) revelaram que procuram a APS como referência para tratamento de suas necessidades de saúde.

“No posto de saúde, porque eles já sabem do meu prontuário completo, desde o primeiro dia que eu passei pela primeira vez, eles sabem até hoje. Então eles já acompanham há muito tempo, se for na UPA, eles não vão saber.” (C5)

A eCR, parte integrante da APS do município, oferta as ações e serviços de saúde in loco e quando necessário realiza o encaminhamento do usuário para as UBS ou outros pontos da rede de saúde. Para esses profissionais, a procura espontânea dos serviços de saúde pela PSR do município ocorre em momentos em que há o agravamento clínico das condições de saúde e a busca preferencial se dá na rede de urgência e emergência do município. Gomide et al. (2018) concluem que a demora no atendimento e agendamento na APS constituem os maiores fatores para a insatisfação dos usuários com a atenção básica e Campos e Souza (2013) identificaram como maiores dificuldades para o acompanhamento das doenças crônicas da PSR, a presença de filas e a demora para agendar consultas.

“Eles acessam muito mais o serviço de urgência do que a UBS, porque a UBS tem a burocracia, a demora, o tempo de espera... e o serviço de urgência é rápido. E geralmente eles procuram com uma urgência (médica).” (B2)

A análise das narrativas evidenciou que o limitado reconhecimento, por parte da PSR, da rede de serviços de saúde disponível no território, somado às barreiras de acesso na APS tem contribuído para a inversão do fluxo assistencial. Nesse contexto, observa-se a busca recorrente por serviços de urgência e emergência como principal estratégia de cuidado. A fala do entrevistado A3 converge com essa realidade observada no município, ao indicar que a procura por esses serviços ocorre, muitas vezes, em substituição ao acompanhamento longitudinal e aos cuidados continuados que deveriam ser ofertados no âmbito da atenção básica

“Eu acredito que o morador de rua, ainda não procura muito (a UBS), porque muitas das vezes ele quer o atendimento imediato, e ele próprio vai na UPA, né!? e não na atenção primária... É uma questão de logística mesmo” (A3)

Outro nível de atenção de cuidado com deficiência ao acolhimento da PSR – embora não seja exclusividade deste grupo – é a demora para acessar os serviços especializados (Atenção Secundária). A narrativa de um entrevistado (C13) expressa esse dado:

“ Alguns exames para especialidades, é bastante demorado. Se eu precisar de ortopedista, ou de outras especialidades que é fora do posto, o tempo para fila é muito grande.” (C13)

Já o participante A12 chama atenção para a ocorrência de processos como a exigência do comprovante de residência (territorialização),

que consiste em uma das barreiras de acesso a APS identificadas no estudo:

“O acesso para o morador de rua é difícil, porque a atenção básica trabalha com área de abrangência e eles não tem endereço fixo. Já presenciei casos em que não teve atendimento para o morador de rua no posto, devido a ele não ser da área de abrangência.” (A12)

A exigência de documentos e comprovantes de endereço, também são citados pela PSR entrevistada, como impedimentos para acessarem os serviços de saúde. Rodrigues (2016) destaca que as pessoas em situação de rua não possuem direitos a propriedade resguardado, e que são, frequentemente, vítimas de práticas higienistas, que recolhem seus pertences e documentos e isto dificulta exercer outros direitos, como quando são exigidos seus documentos de identificação nas unidades de saúde, burocratizando a assistência.

Na tentativa de simplificar o acesso aos serviços de saúde, a Portaria 940 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), regulamenta que o Sistema Cartão Nacional de Saúde dispensa comprovação de residência da PSR, não tendo pré-requisitos ou documentação prévia para sua obtenção. Porém, por desconhecimento de muitos profissionais, esse direito continua sendo negado.

“Eles fazem muita separação por estar na rua... o cara tem o endereço, tem uma casa, a ficha dele vai na hora. Mas quando você chega lá, que eles olham sua ficha, que você é morador de rua, infelizmente nem sempre você é atendido.” (C7)

Um dos aspectos mais relevantes evidenciados pelo estudo refere-se à tensão existente entre o modelo organizativo da APS,

fundamentado na territorialização e na adscrição de usuários, e a dinâmica de mobilidade característica da população em situação de rua. Embora a territorialização represente um importante instrumento de planejamento e responsabilização sanitária, sua operacionalização rígida pode produzir efeitos excludentes quando aplicada a grupos que vivenciam formas não convencionais de ocupação do território.

Nesses casos, a equidade exige que os serviços adaptem suas práticas organizacionais às necessidades dos usuários, e não o contrário. A flexibilização de fluxos e a valorização das singularidades dos modos de vida constituem elementos centrais para garantir a efetivação da cidadania sanitária e ampliar a capacidade da APS de responder às necessidades de populações socialmente vulnerabilizadas.

Outro aspecto, frequentemente, vivenciado pela PSR como barreira de acesso é a discrepância entre o horário de funcionamento da UBS e a locomoção dentro do território.

“O horário assim do posto pra gente que é complicado, porque dependendo da onde que o posto é, e a gente acaba tendo que deslocar de um lugar para o outro, e tudo a gente tem que andar a pé aqui, a gente não tem um transporte, nada que pode levar... e aí é complicado, porque a gente tá reciclando, e eu trabalho com reciclagem e aí fica complicado porque eu tenho que sair daqui e ir para outro lugar e chega lá e está fechado... e aí dependendo do horário não tem mais médico, aí é complicado... o horário poderia ser melhor...” (C1)

Os profissionais da eCR, também, compartilham da mesma percepção sobre as barreiras de acesso geradas pela burocracia institucional:

“... já quando chega na área da saúde, são inúmeras as barreiras... horário de consulta, que muitas vezes não compartilha com horário do paciente, dificuldade de deslocamento até o local onde vai ser a consulta, ou seja, muita coisa que ainda precisa ser acertada ... a gente está avançando um pouco...” (B5)

Os resultados indicam que parte significativa das dificuldades enfrentadas pela população em situação de rua decorre de barreiras organizacionais presentes na própria estrutura dos serviços. Horários de funcionamento incompatíveis com a dinâmica cotidiana das ruas, exigências documentais, longos tempos de espera, processos rígidos de territorialização e dificuldades de acesso à atenção especializada configuram obstáculos que limitam a utilização dos serviços de forma oportuna.

Essas barreiras não devem ser interpretadas apenas como problemas operacionais, mas como elementos que influenciam diretamente a capacidade dos serviços em garantir acesso universal. Quando a organização do cuidado não considera as especificidades dos usuários mais vulnerabilizados, os serviços tendem a favorecer aqueles que possuem melhores condições sociais para cumprir exigências administrativas e percorrer os itinerários assistenciais estabelecidos. Dessa forma, a estrutura organizacional pode funcionar como importante determinante das iniquidades em saúde.

3.3. Estigma, Discriminação e Práticas Profissionais

Além das barreiras de acesso institucionais, as práticas discriminatórias são descritas na literatura como um forte obstáculo para que os cuidados de saúde sejam experimentados pela PSR. Queiroz et al. (2021) concluíram em seu estudo, que os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados da PSR nos serviços de saúde, são os principais responsáveis pela exclusão e invisibilização desse grupo, a partir da discriminação e da imposição de inúmeras exigências para que essa população seja atendida.

Sobre o processo discriminatório, observa-se a existência de contradição na atuação de alguns profissionais. Ao mesmo passo que promovem um cuidado com posturas preconceituosas contra a PSR, muitas vezes de forma velada e internalizada, verbal ou não verbal, reconhecem que a discriminação é uma barreira para o tratamento de saúde dessas pessoas. Laura et al. (2021) ressaltam que o perfil inadequado e o discurso moral que norteiam a prática, dificultam o trabalho com a PSR. Matos e Ferreira (2004) chamam atenção para as representações populares pejorativas das pessoas em situação de rua, como vagabundo, preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado, mendigo, que interferem na constituição da identidade dessas pessoas, e influenciam na conduta profissional. Os participantes A12 e B3 relatam sobre episódios de negativa de atendimento, causada por preconceitos e discriminações dos próprios profissionais de saúde:

“As vinculações geralmente se dão através de nós (Consultório na Rua), mas essa continuidade é muito difícil eles manterem, até mesmo por conta da recepção que eles têm, e do olhar das pessoas que discriminam, não só dos profissionais, mas também das pessoas que estão no ambiente da unidade de saúde.” (B3)

“Tem muito profissional que não atende por preconceito”. “Já vi colegas que estão livres para atender, mas não atendem pela questão de preconceito mesmo...” (A12)

Nas narrativas de diversos profissionais entrevistados, emergiu como elemento recorrente a percepção de impaciência por parte de pessoas em situação de rua diante do tempo de espera para atendimento. Entretanto, é necessário situar tal aspecto no contexto das dinâmicas próprias da vida nas ruas, que frequentemente dificultam a permanência prolongada desses indivíduos nas UBS. Entre esses fatores, destacam-se a concorrência com horários de ingresso em serviços de acolhimento institucional, como abrigos e casas de passagem, os períodos destinados à alimentação em restaurantes populares e, ainda, a necessidade contínua de busca por meios de subsistência econômica. Nesse sentido, torna-se fundamental que os profissionais de saúde considerem as especificidades do modo de vida da população em situação de rua no processo de cuidado. Assim, a chegada desse usuário à UBS deve ser acompanhada de escuta qualificada, capaz de identificar desde demandas informacionais simples até situações clínicas agudas, possibilitando estimar o tempo de permanência necessário no serviço e orientar a condução do atendimento, sempre à luz das particularidades que marcam as condições de vida dessa população (Mattos, Ferreira, 2004).

O relato dos profissionais abaixo, responsabilizando as pessoas em situação de rua pelo não atendimento e as culpabilizando por sua condição, não levam em consideração seu modo de vida e seu contexto social, desrespeitam sua autonomia e reforçam o estigma com esse grupo. Lima et al. (2022) ressaltam que os serviços que impõe muitas exigências e regras, causam repulsa da PSR. Por

serem submetidas constantemente a práticas higienistas, quando se encontram perante a alta exigência das UBS, tendem a abandonar o tratamento e/ou atendimento.

“Ele não tem o comprometimento as vezes, né? Não volta pra tratar, não espera pra ser atendido...” (A8)

“tem muito morador de rua que não espera a demora pra atender e acaba indo embora.” (A12)

Os episódios relatados pelos participantes permitem compreender a discriminação não apenas como manifestação de atitudes individuais, mas também como um fenômeno institucional. A discriminação institucional ocorre quando normas, rotinas, práticas organizacionais ou culturas institucionais produzem desvantagens sistemáticas para determinados grupos sociais, mesmo na ausência de intenção explícita de exclusão.

No caso da população em situação de rua, observa-se que exigências burocráticas, dificuldades para acolhimento, resistência de alguns profissionais e a ausência de protocolos específicos podem atuar como mecanismos que restringem o acesso ao cuidado. Essas práticas contribuem para a reprodução das desigualdades sociais no interior dos próprios serviços de saúde, contrariando os princípios da universalidade e da equidade que fundamentam o SUS. Assim, o enfrentamento da discriminação institucional requer não apenas mudanças individuais nas atitudes profissionais, mas também transformações organizacionais e educativas capazes de produzir ambientes mais inclusivos e acolhedores.

3.4. Processos de Cuidado e Limitações Assistenciais

Em articulação com os aspectos anteriormente discutidos — sobretudo a necessidade de considerar as especificidades do modo de vida da população em situação de rua e de fortalecer a escuta qualificada no momento do atendimento —, observa-se também, nas narrativas dos participantes, outro elemento relevante para a compreensão das práticas de cuidado ofertadas na Atenção Primária. Destaca-se a ausência, ou a baixa frequência, com que pessoas em situação de rua são submetidas ao exame físico durante os atendimentos realizados por profissionais de saúde.

De acordo com Gomide et al. (2018), a ausência do exame físico durante o atendimento clínico, também influencia negativamente na relação entre profissional e usuário. Nota-se a insatisfação gerada pela ausência de tal exame, no relato abaixo do entrevistado:

“Eu estranhei o atendimento porque eles nem me olhou nem nada, eu expliquei que tava gripado, realmente eu tava muito gripado... Aí me receitou dipirona e outro remédio lá pra caso eu tivesse vômito e um outro lá e pronto... só isso nem me encostou pra ver...” (C10)

A falta ou insuficiência de profissionais que atenda essa demanda, foi citada pelas pessoas em situação de rua do estudo, como uma barreira no acesso aos serviços da APS e foi, também, percebida pelos profissionais, como um fator que limita e dificulta a assistência. A entrevistada abaixo ressalta que a falta de recursos humanos impacta na assistência a PSR:

“Depende da quantidade de fluxo no dia, de quantas pessoas a gente tem para atender. É um paciente que demanda muita atenção. Não temos profissionais suficiente... As vezes tem 80 pessoas ali fora e então depende muito da demanda do dia. Tem

vezes que realmente a gente atende muito, e em caso desses, o médico, ou o enfermeiro, não deixa de atender, porque não tem como... mas dependendo do dia, da quantidade de pacientes, nós temos muita dificuldade de atender. Muito paciente pra pouco profissional..." (A10)

Frente aos obstáculos que os serviços de saúde impõem, a PSR tende amenizar a dor, utilizando o que tem disponível nas ruas, como álcool, drogas, medicamentos ou outras substâncias psicotrópicas. Nunes et al. (2021) ressaltam que as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas não são maioria entre as pessoas em situação de rua e esse uso é feito muito mais no sentido de estratégia de sobrevivência à vida nas ruas: "Muitos deles passaram a fazer uso de substâncias psicoativas como suporte para a dor e o sofrimento em que se encontram". Observa-se pelo relato abaixo, as estratégias de enfrentamento da dor, frente as dificuldades no acesso aos serviços de saúde:

" Não tomam remédio. Tomam cachaça mesmo. A maioria bebe para ficar desligado, para não sentir incômodo. A verdade é essa. Eu sei que é difícil... muitos estão mesmo desamparados, não tem família, não tem saúde mesmo..." (C6)

Se por um lado existe a visão preconceituosa e errônea de que as pessoas que estão em situação de rua são usuárias de álcool e/ou outras drogas, por alguns dos profissionais da APS entrevistados; por outro lado, o participante A8 citam o processo de invisibilidade social que essa população está exposta na sociedade.

"Ela (pessoa em situação de rua) não tem documento, ela não tem referência. Ela acha que não vai ser atendida, ela acha que não vai

ser bem acolhida. Acha que ela é totalmente invisível pra gente” (A8)

Pela complexidade do tratamento da PSR, muitos profissionais tendem a achar que essa população necessita de um centro especializado de tratamento. Parte dos profissionais da APS do estudo tem a ideia equivocada de que a PSR deveria ter um serviço exclusivo para atendimento e não precisaria ser atendido nas UBS. Tal entendimento incorreto sobre a responsabilidade do atendimento a essa população, aumenta sua exclusão nesses serviços, pois os profissionais que ali atuam não se apropriam dessa atribuição. A responsabilidade por seu tratamento é da APS, em que as diversas equipes (eSF e eCR), podem lançar mão do matriciamento em saúde e da clínica ampliada (ferramentas como o projeto terapêutico singular e a consulta compartilhada) que tem a função de expandir a assistência e as redes de proteção. A fala do participante abaixo exemplifica este entendimento:

“Eu acho que existe uma dificuldade na rede de forma geral, porque eu acho talvez se a gente tivesse uma unidade de referência... porque eu acho que nós temos uma população grande o suficiente que justificasse ter uma unidade de referência. Eu acredito que devesse ter uma unidade de referência para esses pacientes. Assim como existe o consultório de rua.” (A7)

O processo discriminatório sofrido pela população em situação de rua ao procurar os serviços de saúde, deve ser problematizado nas reuniões de equipe e nos encontros de educação permanente nas UBS, para que o preconceito, mesmo que velado, possa ser reconhecido e superado. Os próprios profissionais da APS entrevistados reconhecem que há falha no processo educacional, e que é preciso capacitação para se trabalhar no cuidado com as

peessoas em situação de rua e sobre a rede de saúde do município como estratégia de superação das barreiras de acesso dessa população:

“Falta capacitação. Cursos de como você vai abordar esse paciente, de como você vai fazer o vínculo com esse paciente, para quando ele necessitar, ele estar de procurando” (A4)

“E sempre estar divulgando para a rede de saúde os serviços disponíveis para esse público, porque as vezes nem todo profissional entende que o morador de rua não tem uma unidade de saúde de referência, né!? As vezes tem profissional que tem dificuldade de aceitar esse paciente... essa questão de se conhecer essa rede de apoio e o consultório de rua... eu acho que poderia divulgar mais para os profissionais de saúde” (A13)

O estudo possibilitou apreender que embora ocorra a estigmatização e o preconceito praticado por parte dos profissionais de saúde contra a PSR, os próprios profissionais reconhecem que é preciso educação em saúde com foco nas especificidades desse grupo, para ampliar o acesso e ofertar uma atenção integral. A maioria dos profissionais entrevistados considera que a rede de saúde do município não está preparada ou é preciso melhorias para a assistência a PSR. O estudo evidenciou que a falta da PSR na maior parte dos fluxos, rotinas e protocolos clínicos normatizados da APS do município, reforçam sua invisibilidade, ampliam as barreiras de acesso e diminuem a resolutividade do serviço. É preciso haver a apropriação e normatização das atribuições e dos processos de trabalho da APS pelos profissionais, pois a assistência a PSR deve ser feita em rede, compartilhando o cuidado, com foco no sujeito, contando com os serviços intersetoriais – com destaque para a

parceria SUS/SUAS – nas demandas que extrapolam o setor da saúde.

“Eu acho que falta treinamento, capacitação. Está precisando de uma capacitação, de chamar a rede, de trabalhar esse tema nos postos, apresentar o que é o trabalho do consultório na rua, o que é o paciente em situação de rua...” (B5)

Dantas (2007) enfatiza que a falta de habilidade dos profissionais de saúde em lidar com as especificidades da PSR, muitas vezes é fruto da falta de treinamentos e educação permanente.

A figura do médico, na visão da PSR da pesquisa, constitui-se como ponto fundamental para atendimento. Nota-se que o modelo biomédico de atenção à saúde está fortemente presente na percepção dessas pessoas quando vão procurar o atendimento em saúde. Como destaca Gomide et al. (2018) esse modelo é ultrapassado, pois está pautado nas ações curativistas, medicamentosas, de alta densidade e hospitalocêntrica, com pouca ênfase no processo saúde/doença e que não considera os determinantes sociais da saúde, tão presentes no cotidiano das ruas. Segundo Paiva et al. (2016) esse modelo não tem conseguido satisfazer os problemas relativos aos processos saúde-doença da PSR.

3.5. Mediações Territoriais e Produção do Cuidado

A eCR emerge como dispositivo central na mediação do acesso e na produção do cuidado. No município onde o estudo foi realizado, a eCR foi implementada como estratégia para atenção à saúde da PSR em 2019, sendo uma equipe de modalidade III, contando atualmente como uma médica, enfermeira, psicóloga, técnica de

enfermagem e motorista. A equipe está lotada em uma UBS, utilizando o local para discussão do processo de trabalho, reuniões, atendimentos clínicos e preventivos, consultas, cuidados no ambiente da rua, exames e mediação com outros pontos de atenção da rede de saúde, como a atenção secundária e os serviços da Assistência Social, como Centro Pop e os abrigos, enfatizando a importância da articulação intersetorial.

“Até ultimamente não tinha (atendimento), hoje tá aí... esse consultório de rua, não tinha isso... agora tá tendo... Eu fiquei seis anos na rua, não tinha o atendimento deles... é diferente. Agora esse pessoal da abordagem vai lá buscar nós, vai saber como nós estamos. Tem as meninas da saúde... nós não tinha isso” (C4)

“O pessoal daqui me ajuda... aqui (no abrigo), a gente cuida aqui no posto, e aqui tudo que a gente precisa, a gente vai ali. Hoje eu já tive lá para pegar uma receita minha lá.” (C12)

Apesar de usar o espaço físico de uma UBS, a eCR atua em todo o município, em um processo de trabalho planejado, como descreve o participante B1:

“A gente roda em todos os distritos sanitários, a gente tem o município dividido em distritos sanitários, e nesses distritos sanitários já tem aquele local de maior concentração, então a gente já faz uma rota para fazer as visitas locais e a medida que vai aparecendo (novas pessoas em situação de rua), mudamos também...” (B1)

Conhecendo como a PSR se relaciona com o território, quais suas estratégias de sobrevivência, hábitos, utilização de recursos

disponíveis, as equipes podem traçar novas estratégias de abordagem e localização.

“Tem dificuldade sim, porque como eles deslocam muito, muitas vezes a gente não acha eles onde a gente combinou, as vezes eles esquecem ou pelo uso de entorpecentes, nem sempre a gente encontra eles no lugar que a gente combinou” (B4)

Nas narrativas dos profissionais vinculados à eCR, emergiu como temática recorrente a fragilidade na comunicação e na articulação entre esse dispositivo de cuidado e os serviços municipais de urgência e emergência.

“Agora, se ele está dentro de um serviço de urgência que demanda um tratamento, uma receita para buscar um medicamento na farmácia, esse paciente muitas vezes não é orientado. Então muitas vezes ele não dá prosseguimento ao tratamento... de uma tuberculose, de um HIV... às vezes uma lombalgia que ele tem que pegar um medicamento na farmácia, ele não vai... quando a gente pensa no imediato, ele consegue, mas no prosseguimento do cuidado, tem barreira” (B1)

Os profissionais da eCR identificam que há muitas barreiras no acesso aos serviços de saúde no município, porém tem a percepção que a sua existência faz reduzir tais dificuldades, como observa-se na fala do participante B3:

“Eu acho que até por isso é muito importante ter o consultório na rua, né!? Porque eles acabam acessando através da gente, mas de ir de livre espontânea demanda, ou vontade, eles acabam não acessando” (B3)

Destaca, ainda, que as barreiras de acesso, também podem ser replicadas em outros dispositivos de cuidados da rede e as pessoas podem preferir permanecer nas ruas, quando as instituições de abrigamento se apresentem como serviços de alta exigência de acesso e permanência. O relato do participante abaixo alerta para esse risco:

“As pessoas não querem entrar no abrigo, não querem entrar numa casa... Tipo assim... eles não aceitam, eles não aceitam ser controlado. Não aceitam ouvir ninguém, eles preferem estar na rua, então na rua eles passam por coisas piores” (C5)

A eCR adota como estratégias de cuidado as tecnologias leves na assistência a PSR. A relação de empatia e confiança estabelecida pelos profissionais dessa equipe, tende a favorecer a criação do vínculo (Hallais e Barros, 2018). Esses profissionais apostam em um encontro com o paciente no próprio território de vivência dessas pessoas, de maneira respeitosa, com escuta atenta e disponibilidade para o cuidado. Esse momento favorece os próximos contatos e o estabelecimento da confiança na longitudinalidade do cuidado. Santos et al. (2021) ressaltam que a eCR se caracteriza por oferecer um atendimento humanizado e diferenciado que respeita o contexto sociocultural do usuário, superando o modelo biomédico.

Os relatos evidenciam o protagonismo dessas estruturas no cuidado a essa população, uma vez que favorecem a aproximação com os serviços, contribuem para a construção de vínculos e ampliam as possibilidades de acesso às Unidades Básicas de Saúde. Em especial, a atuação da eCR foi apontada como uma ferramenta fundamental na organização do cuidado voltado à população em situação de rua,

configurando-se como estratégia efetiva no âmbito da atenção à saúde.

“Essa questão do consultório na rua, que eu acho que veio mesmo para somar, porque é uma equipe que anda... que vai nesses pontos... não vamos dar conta de conseguir resolver todos os problemas, mas pelo fato de ter o consultório na rua, eu acho que ajuda bastante” (A13)

“É claro que hoje a gente ainda tem apoio do consultório na rua, do Centro POP... Os que conseguem entrar nessa rotina de participar do Centro POP, ou do abrigo ou foi atendido pelo consultório na rua, a gente consegue ter um pouco de acesso, mas aqueles que estão diretamente na rua e não participa desses serviços, a dificuldade não é nossa de recebê-los, mas é deles de entenderem essa funcionalidade dos serviços e de ter mais dificuldade de vir até a gente...” (A3)

Em conjunto, os achados evidenciam que os desafios de acesso da população em situação de rua à Atenção Primária à Saúde extrapolam a dimensão individual e estão relacionados a processos institucionais e organizacionais que produzem e reproduzem desigualdades. A persistência de barreiras burocráticas, práticas discriminatórias e modelos assistenciais pouco adaptados às necessidades dessa população demonstra que a efetivação da equidade exige mais do que a disponibilidade formal dos serviços. Requer o reconhecimento das diferenças sociais, a revisão dos processos de trabalho e a construção de estratégias que assegurem a cidadania sanitária de grupos historicamente excluídos dos espaços de proteção social.

4. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura da saúde coletiva tem enfatizado que as iniquidades em saúde decorrem da distribuição desigual de recursos e oportunidades sociais (Breilh, 2006; Buss PM, Pellegrini, 2007) Nesse sentido, a situação de rua representa um marcador importante dessas desigualdades.

Os achados deste estudo indicam que o acesso da PSR à APS, no território analisado, permanece marcado por desafios estruturais e institucionais, reforçando achados de estudos recentes que apontam a presença de barreiras institucionais no acesso à APS para populações vulnerabilizadas (Hino, Santos, Rosa, 2018; Giovanella et al., 2018).

A pesquisa demonstrou que o CNR e o Abrigo são equipamentos que intermediam facilitando o acesso dessas pessoas as Unidades Básicas de Saúde do município. A partir do abrigamento a essa população é oportunizado melhores condições de reestabelecer sua saúde.

A eCR, demonstrou a partir dessa pesquisa, que a humanização do atendimento é fundamental para fortalecer o elo com a população de rua. O processo de trabalho dessa equipe pautado na abordagem interdisciplinar e na relação dialógica de ampliar a escuta, foi capaz de formar vínculo com a PSR do município, servindo de modelo para as demais equipes da Atenção Primária no que diz respeito ao trato a PSR. Apesar de ser uma equipe de implantação recente, o serviço já se encontra reconhecido pelas pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa como referência no cuidado à saúde. A presença dessa equipe também tensiona a rede de saúde, quando

coloca em evidência suas fragilidades ao trazer para dentro dos serviços uma população que deveria ter um cuidado equânime e universal. Além de ofertar o cuidado integral à saúde, com foco na redução de danos, a eCR aumenta as chances dessa população acessar os serviços da rede de saúde no município, sentindo-se mais segura na presença dos profissionais dessa equipe, além de sofrerem menos preconceito.

A superação dessas barreiras exige fortalecimento de estratégias territoriais no SUS; qualificação das equipes de saúde; ampliação da articulação intersetorial e reconhecimento das especificidades dessa população na organização dos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011.** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 29 abr. 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRITO, Carla Silva; SILVA, Luciana Nunes. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 151-160, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19662021>.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CAMPOS, Ana Gabriela; SOUZA, Maria Paula Ferreira. **Violência muda e preconceito: estratégias de equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua**. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 344-351, 2013.

COSTA, Karina Maria Rodrigues et al. Implicações dos profissionais da atenção primária no atendimento à população em situação de rua. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 24, n. 1, p. 109-126, 2021.

DANTAS, Maria Luiza Gomes. **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

FIORATI, Regina Célia; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; SOUZA, Lúcia Barbosa. Iniquidades sociais e acesso à saúde: desafios para a sociedade e para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2687, 2016.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMIDE, Mariana Ferreira Silva et al. Satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: análise do acesso e acolhimento. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.

HALLAIS, Janaina Aparecida Silva; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

HINO, Paula; SANTOS, José Orivaldo; ROSA, Anderson da Silva. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 684-692, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **População em situação de rua em tempos de pandemia**: levantamento de medidas municipais emergenciais. Brasília, DF: IPEA, 2020.

KAMI, Maria Tereza Machado et al. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 442-449, 2016.

LAURA, C. et al. Cuidados primários em saúde na atenção à população em situação de rua. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 19, n. 67, p. 234-250, 2021.

LIMA, Renata Ribeiro et al. Acesso da população em situação de rua aos serviços da atenção primária: avanços e desafios. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 4461-4474, 2022.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Representações sobre pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004.

MEDEIROS, Lúcia Fátima Rodrigues; MACÊDO, Kátia Barbosa. Catador de material reciclável: uma profissão para além da sobrevivência? **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 62-71, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000200009>.

NATALINO, Marco. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil** (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020.

NUNES, N. R. A. et al. **População em situação de rua em tempos de pandemia da Covid-19**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2021.

PAIVA, Ingrid Karla da Silva et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

POLOS DE CIDADANIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Doze cidades concentram 70% da população de rua de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/doze-cidades-concentram-70-da-populacao-de-rua-de-minas-gerais/>. Acesso em: 9 jul. 2026.

QUEIROZ, Isabela et al. A abordagem da população em situação de rua no Sistema Único de Saúde: uma realidade que precisa ser mudada. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 8230-8243, 2021.

RODRIGUES, Ivana. **A construção social do morador de rua: derrubando mitos**. Curitiba: CRV, 2016.

SANTOS, F. S. et al. Consultório na Rua: percepção da equipe multiprofissional sobre efetividade das ações. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 8, n. 41, p. 59-70, 2021.

SILVA, José Roberto. **Os invisíveis urbanos: o que as pessoas em situação de rua pensam sobre os serviços sociais aos quais têm direito**. 2019. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Tiradentes, Maceió, 2019.

TEIXEIRA, Márcia Barros et al. Os invisibilizados da cidade: o estigma da população em situação de rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 7, p. 92-101, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>.

¹ Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Professora Associada do Dept Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3928-6478>.

² Especialista em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Gerente do Centro de Saúde Waldomiro Lobo, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4807-487X>.